

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA

**“A SAÚDE COMO DIREITO NO CONTEXTO DA REFORMA DA SAÚDE NA
COLÔMBIA, 1999-2007”**

Mónica Cecilia Moreno Moreno

Porto Alegre

2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA**

Mónica Cecilia Moreno Moreno

**“A SAÚDE COMO DIREITO NO CONTEXTO DA REFORMA DA SAÚDE NA
COLÔMBIA, 1999-2007”**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Ciência Política do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como
requisito
parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciência
Política**

Orientação: Prof^ª. Mercedes Maria Loguercio Cánepa

Co-orientação: Prof.^a María Victoria López López

Porto Alegre

2008

MÓNICA CECILIA MORENO MORENO

Autora

**“A SAÚDE COMO DIREITO NO CONTEXTO DA REFORMA DA SAÚDE NA
COLÔMBIA, 1999-2007”**

**Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação em
Ciência Política do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial
para a obtenção do título de Mestre em Ciência Política**

Aprovada em _____ de _____ de 2008.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Mercedes Maria Loguercio Cánepa – Orientadora.

Prof^ª. Dr^a. Maria Izabel Noll

Prof. Dr. Marco Cepik

Prof^ª. Dr^a. Soraya Maria Vargas Cortes

Porto Alegre, 2008

Dedico este trabalho a uma mulher amorosa, alegre, e um exemplo para minha vida: minha mãe, igualmente à minha professora, uma porta sempre aberta e acadêmica rigorosa, María Victoria López López.

Manifesto minha gratidão a Deus. Agradeço à minha mãe, amiga incondicional, entusiasta, criativa e feliz que me acompanhou durante o processo de elaboração deste trabalho, guiando-me nos momentos em que dela necessitei e mostrando-me que a melhor forma de viver é adotando uma atitude positiva. Agradeço à María Victoria López López por dar-me um apoio acadêmico profundo e constante, por permitir-me contar com espaços de pesquisa, por convidar-me a enfrentar desafios e por seduzir-me com a idéia de continuar no campo acadêmico, mostrando-me seus caminhos e seus frutos. Agradeço à professora Mercedes Cánepa por prestar-me assessoria, por ajudar-me a ser sistemática e a compreender diferentes formas de pensar o processo de pesquisa e por dar-me ânimo e segurança enquanto realizava este trabalho.

Agradeço ao *Grupo Políticas Sociales y Servicios de Salud da Facultad de Enfermería da Universidad de Antioquia* e à equipe de pesquisa *Atención en salud* na cidade de Medellín.

Expresso meus sinceros agradecimentos ao professor André Luis Marengo e à equipe do Programa de pós-graduação em Ciência Política da Universidade Federal do Rio Grande do Sul por dar-me a opção de me aproximar de abordagens teórico-metodológicas da ciência política e da realidade brasileira e de compartilhar com professores e colegas dispostos a avançar na pesquisa social e a compartilhar seus conhecimentos. Agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio econômico que me permitiu prestar dedicação exclusiva às tarefas de pesquisa. Agradeço, igualmente, ao *Instituto de Estudios Políticos da Universidad de Antioquia* por permitir-me entrar em um caminho de formação sólida estando cercada por pessoas com uma larga experiência nos campos acadêmico e político e comprometidos com a defesa de uma vida digna. Por sua cordialidade e eficiência, agradeço aos funcionários dos centros de documentação da

Escuela Nacional Sindical, la Corporación Región, el Centro de Investigación Educación Popular e la biblioteca de la Facultad Nacional de Salud Pública da Universidad de Antioquia, que me deram acesso à listas da documentação existente sobre o direito à saúde e espaços para analisar os textos.

Expresso minha gratidão à Margarita, Alberto, Fabiola e toda a família Gutiérrez por sua incondicional amizade, por sua alegria e sua generosidade e por sua enorme colaboração em Medellín. Agradeço especialmente à Emma e Andrés por estender sua mão para ajudar-me e orientar-me, por oferecer-me sua casa, sua sabedoria, sua confiança e sua amizade. Agradeço de todo coração à família Ortega por acolher-me em Porto Alegre, por dar-me a oportunidade de sentir-me como se estivesse em casa e por fazer-me sentir um deles.

A culminância deste trabalho não seria possível sem o acompanhamento permanente, o apoio, a confiança e a compreensão daqueles que não mencionei, da minha avó, dos meus tios e toda a minha família, assim como dos meus colegas e amigos e do Neyo, homem inteligente e carinhoso.

RESUMO

Com este trabalho, procurou-se contribuir com as construções que a partir da ciência política vêm sendo realizadas diante da configuração da saúde como direito no contexto da reforma do sistema de saúde colombiano. Realizou-se um balanço crítico da produção sobre o direito à saúde na última década. A metodologia apóia-se no enfoque qualitativo, utilizando as técnicas de análise de conteúdo e análise do discurso. Para a definição da unidade de leitura, realizaram-se entrevistas semi-estruturadas com informantes representativos. Para a análise formal da produção, aplicaram-se instrumentos compostos por pontos como: objetivos, temáticas, atores, enfoques e resultados. Deste material, pode-se destacar a presença da análise sobre a crise hospitalar, o problema trabalhista e sua relação com a saúde, as barreiras de acesso ao atendimento e os questionamentos feitos ao sistema de informação e a situação da saúde pública. São identificados como atores centrais no estudo do direito à saúde: instituições privadas de saúde, a sociedade e o Estado. O balanço aponta duas perspectivas para configurar a política de saúde: uma que vê na liberdade de mercado a melhor opção para garantir o atendimento na saúde e outra que propõe que o Estado garanta o direito à saúde. Avançar na avaliação do impacto da reforma da saúde permitiria reorientar a organização do sistema de saúde e construir alternativas de política que tornem realidade o direito à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Direito à saúde, Reforma do Sistema de Saúde, Estado da arte, Colômbia.

ABSTRACT

This dissertation seeks to make a contribution to the constructions that are being made from within the field of political science about health as right in Colombia. It was done a critical review of the work relating the right to health in the country from the last decade. The methodology is based on the qualitative approach, using the content and discourse analysis. In order to define the reading unit, semi-structured interviews with key informants were carried out. For the formal analysis of the production instruments with descriptors such as objectives, themes, actors, approaches and results were applied. About the finds, the presence of analysis of the hospital crisis, the labor problem and its relationship with health, access barriers to care and concerns about information and public health are notable. Private health institutions, society and the State are recognized as primary actors. The balance shows two perspectives to configure the health public policy: the first one sees in the free market the best option to offer health attention and the second one, believes that the State is the one that must guarantee the right to health. to advance on the evaluation of the impact of health would allow to track the health system's organization and and design a public policies alternatives so that the health as right becomes true.

KEYWORDS: right to health, health system reform, state of the art, Colombia..

LISTA DE TABELAS

	PÁG.
Tabela 1.0- Documentação Analisada.....	37

LISTA DE SIGLAS

ARS: Administradoras do Regime Subsidiado

DESC: Direitos Econômicos, Sociais e Culturais

EPS: Empresas Promotoras de Saúde

IPS: Instituições Prestadoras de Serviços de Saúde

POS: Plano Obrigatório de Saúde

SISBEN: Sistema de identificação de beneficiários

SGSSS: Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde

SUMÁRIO

	PÁG.
INTRODUÇÃO	
A saúde como direito, um problema de pesquisa.....	13
Linha metodológica.....	15
Considerações éticas.....	18
REFERENCIAL TEÓRICO E CONTEXTUAL DA SAÚDE COMO DIREITO	19
1.1 A reforma do Estado: transformações institucionais e suas consequências na política social.....	19
1.2 Marco político da assistência social em saúde na Colômbia.....	26
1.2.1 A Lei 100 de 1993 e a sua implementação.....	27
1.2.2 Pluralismo estruturado: Modelo orientador do sistema de saúde.....	31
2. CARACTERÍSTICAS DA DOCUMENTAÇÃO ANALISADA	37
2.1 Características e perspectivas.....	43
2.2 Contribuições conceituais	46
2.3 Estudo de grupos específicos	47
2.4 Perguntas e orientações	50
2.5 Abordagens teórico-metodológicas dos trabalhos.....	52
3. PROBLEMÁTICAS CENTRAIS DA SAÚDE COMO DIREITO	60

3.1 A situação hospitalar: expressão da crise do setor da saúde	60
3.2 Transformações trabalhistas no contexto da reforma	66
3.3 Acesso ao atendimento	70
3.4 Desafios para a configuração do sistema de informação da saúde	75
3.5 Estancamento e retrocesso da Saúde Pública	
4. ATORES FUNDAMENTAIS NO ESTUDO DO DIREITO À SAÚDE	80
4.1. O Estado: O papel de instituições criadas com a Constituição Política de 1991 e o questionamento sobre o papel do Estado na garantia da saúde como direito	85
4.1.1 Corte Constitucional e Defensoria Pública.....	85
4.1.2 Responsabilidade estatal frente à saúde como direito.....	90
4.2 Instituições privadas de saúde.....	93
4.3 Um ator essencial no reconhecimento da saúde como direito: A sociedade.....	97
5. CONCLUSÕES.....	102
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	109
ANEXOS.....	117

INTRODUÇÃO

A saúde como direito, um problema de pesquisa

A elaboração deste trabalho parte da convicção de que abordar o direito à saúde, um dos principais frutos políticos e discursivos do século XX, a partir da Ciência Política é necessário e pertinente. Em primeiro lugar, porque esta disciplina permite analisar o direito à saúde como processo histórico relacionado a construções em torno da cidadania, democracia e participação, assuntos que embora não sejam exclusivos da ciência política, têm, desde o ponto de vista desta ciência, contribuições importantes para a análise da saúde; em segundo lugar, a ciência política permite compreender discussões desde o contexto do Estado e a organização social que obedece a determinações nacionais e internacionais. A partir desta abordagem disciplinar, podem ser formuladas questões como: Qual a importância que, inscrito em distintas gerações de direitos, tem a saúde? E, qual é o valor que a sociedade e o Estado outorgam à saúde como direito?

Sabendo-se que o reconhecimento de uma situação problemática é fundamental para empreender qualquer tarefa de pesquisa e para tratar de fazer uma investigação que contribua acadêmica e politicamente, neste estudo, entende-se que as condições sociais e, especificamente, da saúde, tanto na Colômbia como na América Latina, são críticas: sistemas de saúde fragmentados (dando continuidade a uma tradição política que se expressa no terreno da política de saúde), retrocessos na saúde pública (eliminação de avanços em programas de prevenção e promoção da saúde) e iniquidades no acesso ao atendimento (sendo significativa a importância que para isto têm as diferenças nas contribuições), entre outras (FLEURY, Sonia. (1999), ALMEIDA, Celi. (2002)).

As mudanças que se têm realizado no setor da saúde, com início nas últimas décadas do século passado, expressam de forma clara os principais elementos da reforma do Estado. Além disso, dado que a saúde é tanto um fim em si mesma como um meio de desenvolvimento, que implica a mobilização de boa parte dos recursos, no âmbito das políticas sociais, as da saúde constituem-se em um elemento importante para compreender este processo de transformação.

No contexto latino-americano, o caso da reforma da saúde na Colômbia é importante para entender a situação do direito à saúde, que tal como propõe Almeida consiste, junto à experiência chilena, em uma implementação rigorosa do pluralismo estruturado, modelo criado para a região (ALMEIDA, p17). A implementação desta reforma na Colômbia é também significativa para compreender os problemas de outros países da América Latina, uma vez que, apesar das diferenças entre eles, existem situações comuns como a necessidade de erradicação da pobreza e os desafios no processo de participação e consolidação da cidadania.

Como apontam diversos autores (ALMEIDA, 2002, p907 e p914) existe uma distância entre a maneira como se formulam as políticas de saúde e as realizações alcançadas por estas. Um caso em que isto pode ser observado é na reforma do Sistema de Saúde colombiano, onde se adotou como meta a universalização, e o que se tem conseguido, no entanto, é uma ampliação no atendimento, que não corresponde às necessidades de acesso e a qualidade dos serviços ofertados (HOMEDES, 2005, p212).

Neste contexto, inscreve-se este trabalho que teve como objetivo principal realizar um balanço crítico da produção acadêmica recente sobre o direito à saúde na Colômbia, a partir da produção da última década, tendo como ponto inicial a reforma do sistema de saúde no país.

Foram objetivos específicos deste trabalho: a) Descrever e analisar as temáticas e os atores que estão presentes nos documentos abordados, b) examinar os propósitos e os enfoques teóricos e metodológicos e levantar questionamentos sobre as tendências e as contribuições que podem ser reconhecidos e c) propor algumas linhas de pesquisa que podem identificar-se a partir da análise dos textos.

Linha metodológica

Trata-se de um estado da arte, modalidade de pesquisa de corte essencialmente documental que também se conhece como estado do conhecimento, estado da questão e estado da discussão. Desenvolver este balanço permite identificar algumas das principais problemáticas e teses que existem frente à implementação da reforma da saúde na Colômbia. Igualmente, é possível dar conta de um conjunto de atores que participam no cenário da saúde no país, apresentar certos aspectos teóricos e metodológicos que caracterizam a documentação sobre o direito à saúde na Colômbia e apontar algumas linhas que os textos analisados sugerem importantes para a investigação e que emergem a partir da realização desta pesquisa.

Os trabalhos abordados sobre o direito humano à saúde na Colômbia apresentam contribuições que vão desde o processo de elaboração das políticas públicas à fase de avaliação¹, por consistirem essencialmente em estudos sobre a implementação (alcances e retrocessos) da reforma da saúde desenhada e posta em prática desde o início dos anos noventa do século passado. A pergunta básica que atravessa todos os documentos pode ser assim formulada :Qual é a situação do direito humano à saúde que se tem configurado na Colômbia com a implementação da reforma do antigo Sistema Nacional de Saúde?

¹ Tomo como base a adaptação do **policy cycle** elaborada por André Roth Deubel. ROTH DEUBEL, p.50

Desenvolvendo este estado da arte, pretendeu-se contribuir, com vistas a propiciar o desenvolvimento da investigação social, o que serve para evitar a realização de duplos esforços. Do ponto de vista metodológico o presente estudo compõe-se de três etapas. Na primeira, realizou-se um mapeamento de bibliotecas e centros de documentação chave de Medellín, Bogotá e Cali (principais cidades do país) e foram estabelecidos por escrito os critérios que guiariam a delimitação da unidade de análise. Na Segunda fase, fez-se a coleta de dados a partir de trabalhos realizados sobre o direito à saúde na Colômbia com base nos instrumentos elaborados para este fim. Nos anexos 1 e 2² foram apresentadas fichas com os componentes e as questões a serem analisadas nos documentos. Na terceira etapa, identificaram-se as linhas de pesquisa a partir dos documentos analisados.

Perseguindo-se o desafio de entender que como parte de um estado da arte, como ocorre com qualquer outra modalidade investigativa, podem ser utilizadas técnicas diversas de aproximação da realidade ainda quando predominam certas abordagens (RODRIGUEZ et al., 2002, p. 1-13), realizaram-se duas entrevistas a especialistas (ver anexo 3), o que permitiu orientar a construção da unidade de análise através da identificação de documentação e instituições chave. A determinação de que certos livros ou artigos fariam parte da unidade de leitura tomou-se com base nas recomendações que me foram feitas e a partir de um exercício de triangulação entre informação que havia encontrado e as duas pessoas que foram consultadas.

Recorreu-se ao pessoal de centros de documentação de instituições sociais, políticas e de educação superior para ter acesso a listas relacionadas com a saúde como direito. Apesar de boa parte da documentação ter sido encontrada em Medellín, buscou-se

² Levando-se em conta que um estado da arte tem sua razão de ser nas propostas descritivas, mas também críticas, a partir da abordagem de determinada unidade de leitura e que a esta tarefa é útil a hermenêutica, formularam-se questões-chave que foram localizadas na ficha de conteúdo, instrumento que se dirigiu a partir da leitura de cada um dos textos integrantes da matéria-prima deste trabalho. (GADAMER, 1993).

identificar e analisar o significado nacional de todos os textos e recorreu-se a bases de dados internacionais, o que validou ainda mais a unidade de leitura, de forma que não se tratavam de documentos com ênfase no local e de material avaliado sob critérios acadêmicos restritos.

Os instrumentos de coleta que foram empregados neste estudo definiram-se a partir dos componentes principais que sugerem a abordagem das técnicas de discurso e análise de conteúdo e de estudos prévios, que têm empregado a mesma modalidade investigativa³.

Analisaram-se sessenta trabalhos entre livros, capítulos de livros e artigos de revista localizados nas bibliotecas de universidades públicas do país, organizações não-governamentais e bases de dados internacionais, atendendo-se os critérios fundamentais: estar relacionados com a saúde como direito no país ou em alguma de suas regiões e cidades, ter um caráter acadêmico e terem sido publicados a partir de 1990. Apesar de haver estabelecido inicialmente o ano 1990 como data a partir da que se consultariam documentos, concentrou-se a análise sobre os trabalhos publicados entre os anos 1999 e 2007.

Trabalhou-se com base na técnica de codificação, foi assim como se construíram códigos descritivos, interpretativos e identificaram-se códigos “ao vivo”. Este procedimento foi realizado nas fichas de conteúdo desenhadas em Microsoft Word, posteriormente, estes códigos se organizaram em tabelas em Microsoft Excel, a partir das quais se desenvolvem exercícios de redação e elaborou-se a redação final.

É importante ressaltar como exercício fundamental na realização deste trabalho o desenvolvimento de exercícios de redação durante a maior parte da etapa da coleta de

³ (DURAN; ROJAS, 1994), (ANGARITA, 2001), (GÓMEZ M., 1999), (GAITÁN, 1994), (FERNANDEZ, 2002), (GALEANO e VÉLEZ, 2002), (GARCÍA et al., 2002), (HERNÁNDEZ N., 1996), (LÓPEZ, 1998), (MEJÍA, 1997), (PÉREZ, 1994), (POCHET, Rosa María,1996), (RODRIGUEZ, José Gregorio,2002), (RUIZ; CASALLAS,1999).

informação. Estes consistiram em uma descrição dos momentos, as dificuldades e as aprendizagens metodológicas pelos quais se perpassou. Escrever foi útil para conscientizar-me das conquistas e das linhas metodológicas que se apresentaram.

Com o primeiro capítulo são apresentados referentes teóricos e contextuais do direito à saúde. Seus componentes são a reforma do Estado e o marco político da reforma do sistema de saúde colombiano. O segundo capítulo apresenta as características dos documentos analisados destacando aspectos fundamentais como perspectivas analíticas, referências conceituais, as questões que orientam os trabalhos e suas abordagens teórico-metodológicas.

Problemáticas centrais do direito à saúde como a crise hospitalar, a relação entre a questão trabalhista e a situação da saúde, as barreiras que impedem o acesso ao atendimento e linhas que enfrenta o sistema de saúde colombiano, destacam-se no terceiro capítulo. Integra o capítulo quarto, o reconhecimento de atores fundamentais no estudo do tema. Para finalizar, compartilham-se conclusões do trabalho e vários anexos com instrumentos e guias que foram úteis no processo de coleta de informação.

Considerações éticas

No trabalho de revisão documental, levaram-se em consideração questões éticas como: O respeito às fontes de informação, em termos de autoria, datas, e informação pertinente; procurou-se coletar os dados de forma organizada e interpretá-los com a maior fidelidade possível; o exercício de releitura dos dados fez parte dos cuidados tomados para elaborar o trabalho de uma maneira que garantisse a integralidade na análise; buscou-se evitar desvios de foco na seleção de documentos revisados consultando bases de dado internacionais de caráter acadêmico.

CAPÍTULO 1

REFERENTE TEÓRICO E CONTEXTUAL DA SAÚDE COMO DIREITO

A crise hospitalar, o problema trabalhista e sua relação com a saúde, das barreiras do acesso ao atendimento e os questionamentos ao sistema de informação e a situação da saúde pública, não poderiam ser compreendidos de forma adequada se não se fizesse uma aproximação às principais discussões que existem em torno do direito à saúde na Colômbia. Neste mesmo sentido, análises sobre os atores fundamentais do sistema de saúde colombiano são incompletos se não se faz uma aproximação a tais discussões. Por estas razões e porque a construção de um referencial teórico e contextual permite, a partir dos dados, identificar e propor linhas investigativas, neste capítulo apresento uma série de reflexões que permitem reconhecer os principais debates que rodeiam o estudo da saúde como direito na Colômbia.

Primeiramente trata-se da reflexão atual em torno ao Estado e sua reforma e o conceito de saúde. Posteriormente, escreve-se sobre os modelos de saúde junto às principais características do pluralismo estruturado, modelo de saúde proposto para a América Latina. Após fazer tais referências sobre estes elementos, são expostas algumas características da implementação da reforma à saúde da Colômbia.

1.1 A reforma do Estado: transformações institucionais e suas conseqüências na política social

Desde o final do século passado, na América Latina, vêm se redefinindo, o Estado e seu papel, a partir de uma mudança de orientação política e econômica a nível global e local.

São situações que influenciam na ruptura do Estado de Bem-estar em suas diferentes manifestações a exacerbação da dívida externa e a crise local.

Neste processo, consolidaram-se propostas dirigidas à reestruturação do capital e a transição até o modelo de desenvolvimento neoliberal em um contexto globalizado. A partir dos anos sessenta, na América Latina, fortaleceu-se a crítica à intervenção estatal nos assuntos sociais, econômicos e políticos. Clientelismo, burocracia, iniquidades, ineficiência e insuficiência de qualidade são algumas problemáticas que geraram mudanças substanciais na maneira de entender a atuação do Estado e as relações Estado – sociedade.

Estas transformações adquirem vigor com a nova ordem mundial após a queda do socialismo soviético. Sob o atual modelo, as relações entre os Estados se estruturam em torno de centros de poder político e econômico diferentes dos que predominavam no contexto dos Estados de Bem-estar. Exemplo disto é o papel que desempenham o Banco Mundial, o Banco Interamericano de Desenvolvimento e a Organização Mundial do Comércio, que além de serem instituições financeiras internacionais, estabelecem diretrizes de políticas sociais, antes a cargo dos Estados.

Os argumentos a favor da planificação estatal, da nacionalização das empresas e da gestão das instituições sob a diretriz do Estado como estratégia de desenvolvimento, foram substituídos por critérios que privilegiam a eficiência, a eficácia, a iniciativa individual e a competência, gerando um contexto em que prevalecem o mercado, as entidades privadas e os interesses e capacidades individuais.

A reforma do Estado materializa-se em uma série de medidas entre as quais se destacam a abertura econômica, a passagem da centralização à descentralização política, fiscal e administrativa, a redução dos gastos sociais e as reorientações na esfera trabalhista, que se traduzem em uma flexibilização, com modificações nas formas de contratação, no sistema salarial e nas condições de trabalho em geral. Estas mudanças transformam as

políticas protecionistas de inversão estatal direta e de regulação econômica em livre desenvolvimento das forças do mercado.

Assim, através de uma racionalidade instrumental, o Estado sofre uma redução e há o favorecimento da dinâmica do mercado, cuja lógica transforma os sujeitos em agentes dependentes da relação oferta-demanda. No caso da saúde, os usuários dos serviços passam a ser clientes e o acesso a estes são garantidos mais por sua capacidade econômica que pelo reconhecimento da saúde como um direito. Isto também ocorre em outras esferas sociais, como na educação, nos serviços, etc.

De uma estratégia em saúde que buscava responder às necessidades da área, apresentar soluções multi-setoriais e o avanço em programas de prevenção de doenças e provisão de atendimento médico para toda a população, formulada no fim da década de setenta, expressa na *Declaración de Alma Ata* (HOMEDES, 2005, p210), ocorre em um contexto em que universalização, qualidade, eficiência, eficácia e equidade foram estabelecidas como metas para o setor, tendo como eixo central a privatização, a descentralização e a mercantilização dos serviços de saúde. Isto foi acompanhado por mudanças constitucionais que incorporavam como eixo articulador o discurso democrático e, neste, o reconhecimento da saúde como um direito do cidadão.

Com a reforma do Estado, a proposta para enfrentar o *déficit* financeiro incluiu políticas de ajuste mediante redução do gasto público, focalização, e racionalidade no investimento social, entre outros. Entretanto, na prática, estas políticas deram continuidade a características históricas da região, entre as quais se encontram a exclusão econômica, política e cultural, e se verifica que em alguns setores estas estão piorando (FLEURY, 1999, p7).

A partir do que se tratou anteriormente, pode-se pensar que na América Latina configurou-se um cenário no qual se generaliza uma lógica de mercado, que transforma as

práticas e as idéias sobre a forma como devem ser enfrentadas as problemáticas regionais, nacionais e locais. Deixar a cargo de instituições privadas as responsabilidades que antes correspondiam ao Estado, tem significado a consolidação de um programa em que as respostas políticas não são suficientes ante as demandas e necessidades sociais de ordem conjuntural e estrutural.

O conceito de saúde

A saúde pode ser concebida a partir de uma perspectiva exclusivamente individualista frente a qual as respostas se dão a partir do modelo biomédico ou como um processo estreitamente ligado à dinâmica social e seus processos vitais, como o trabalho, a doença e a morte (DUARTE, 1991, p24 e p83).

A forma como se dá conta de uma particular relação entre o setor de saúde e outros setores indica de que noção de saúde se parte. Assim, as problemáticas do setor da saúde podem ser compreendidas como questões ligadas diretamente aos condicionamentos ahistóricos e isolados que não possuem relação alguma com as políticas de diferentes setores que não o da saúde.

A concepção que outorga preponderância ao caráter biológico-individual do processo saúde-doença foi legitimada através da produção de um corpo de conhecimentos e práticas [que se fundamenta no positivismo] e fizeram-se hegemônicas no campo político-sanitário (GRANDA, 2004, p152).

O predomínio deste ponto de vista não tem sido historicamente linear, ao contrário, como fruto das crises, tanto sociais como da prática médica, e de certa incapacidade para resolver satisfatoriamente as condições de saúde das populações, têm-se gerado debates que vêm permitindo questionar e repensar a conceitualização do processo saúde-doença e as respostas médicas.

A discussão nos anos setenta, no século passado, sobre a forma como devia conceber-se a saúde fez parte de um contexto de crise econômica, política e social e se deu em meio a lutas sociais que se configuraram de formas diferentes, tanto nos países que se denominam desenvolvidos, como naqueles considerados em via de desenvolvimento (LAURELL, 1987, p7). No campo acadêmico, o problema consistiu na insuficiência de conhecimento que permitisse responder às condições de saúde que se mostravam estancadas ou deterioradas.

A saúde como processo social

Como parte de um processo dialético, a escola, que parte de ver na saúde-doença um processo social, fortalece-se e enriquece-se a partir dos movimentos populares e realiza contribuições que permitem transcender (HERNÁNDEZ, 2001, p61) as posturas e avaliações que viam o bem-estar como desenvolvimento social a partir do crescimento econômico.

A partir da medicina social (corrente de pensamento latino-americano que se nutriu das ciências sociais, mais especificamente do materialismo histórico) (MORENO, 2005, p22) fortalece-se uma visão crítica a partir da qual o crescimento econômico não gera necessariamente distribuição econômica e se reconhece que mesmo o crescimento econômico tendo um papel importante nas ações como a diminuição da pobreza, as variantes mais determinantes são de natureza política. Com esta perspectiva o impacto sobre as necessidades econômicas da população depende de decisões de redistribuição da riqueza. E ocorre que na América Latina, a pesar de ter aumentado o crescimento econômico na última década do século passado, permanece sem alteração a distribuição da renda (FLEURY, 1999, p7).

Em relação à reforma da saúde que se dá na América Latina, a Medicina Social se constitui em uma forma de análise que leva em consideração as condições específicas de sua execução, assim como sua contextualização histórica, esta região e a globalização econômica, política e cultural. Trata-se de uma ótica a partir da qual a diferença de uma posição conservadora, não vê nela um fenômeno desarticulado de seus determinantes sócio-econômicos, nem considera como única saída ante a crise a execução de políticas que se assentam em critérios técnico-pragmáticos (LAURELL, 1999).

A compreensão da reforma da saúde na América Latina desde esta perspectiva desmerece, portanto, considerar o processo histórico institucional que se configurou ao largo do século XX nesta região, caracterizado por um forte corporativismo, isto é, pela construção de uma cidadania regulada (conceito criado por Santos, 1979, citado por Almeida (2002, p3 e p14) ligada principalmente ao mercado de trabalho (LAURELL, 1999), à persistência de vícios políticos que não permitem o fortalecimento do público e de um tipo de políticas sociais que acentua a exclusão política, econômica e social (FLEURY, 1999, p15).

No estudo sobre a maneira como a reforma da saúde foi implementada em cada país da América Latina, cobram importância, a partir da medicina social, as diferenças nos atores que participam de sua elaboração (grupos de acadêmicos, membros de partidos políticos não tradicionais, pessoas com uma forte formação econômica, grupos sociais), as tradições e cultura política de cada nação, o tipo de instituições que configuram o espectro da prestação de serviços, os principais componentes da reestruturação do Estado e o ritmo em que estes se incorporam e os processos de mudanças na concepção da saúde, o público e o Estado (FRANCO, 2002, p58) (ALMEIDA, 2002, p16).

Uma observação da reforma da saúde como processo social reconhece que alguns de seus elementos fundamentais como a privatização, a mudança nas relações mercado-

Estado-sociedade, a divisão de funções que antes se prestavam por uma mesma instância, as mudanças no acesso e a prestação de serviços de atendimentos individuais e coletivos, estão determinados e por sua vez influenciam nas condições econômicas (como a distribuição da renda e o emprego) e demográficas (expressas nos índices de morbidade e mortalidade e culturais), que incluem imaginários frente ao público e valores e idéias sobre as formas em que devem configurar-se as transformações administrativas, fiscais e políticas.

A perspectiva que não vê na saúde um fato explicável em termos exclusivamente biológicos pode amalgamar-se com uma visão que considera a saúde um direito. Concebendo, desta forma, a saúde, podemos pensar que as práticas políticas, econômicas e culturais que se realizam no contexto da implementação de uma lógica centralizada no mercado, desenvolve-se em contraposição de conquistas alcançadas durante os séculos XIX e XX em termos de uma cidadania na qual se baseia questões civis e políticas, entendida por Marshall, desde meados do século passado, como “... todo o espectro desde o direito a um mínimo de bem-estar econômico e atendimento ao direito a participar do patrimônio social e a viver a vida de um ser civilizado conforme os padrões correntes na sociedade”. (MARSHALL, 1997, p303).

Concebidas como aquelas ações dirigidas a solucionar uma necessidade ou problema coletivo e como um processo dentro do qual o Estado necessariamente participa (ROTH, 2002, p27), as políticas públicas e sua aplicação guiada por uma perspectiva de mercado desconhecem e contradizem debates e construções jurídicas de caráter mundial entre os que se encontram a discussão sobre (DESC) Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e o reconhecimento da saúde como direito humano por parte de organismos internacionais como as Nações Unidas e a *Declaración de Alma-Ata*.

Em relação aos DESCs é imprescindível considerar que o Estado, sem ser o único nem o ator mais importante, desempenha um papel importante em sua aplicação. No mesmo sentido que o proposto por Berlinguer, Laurell, Franco, Escudero e Granda no marco dos congressos organizados desde fins dos anos oitenta pela *Asociación Latinoamericana de Medicina Social* (MORENO, 2005, p26), sem desconhecer que a sociedade pode desenvolver um papel ativo frente às situações em que vive, para a implantação dos DESC (Direitos Econômicos, Sociais e Culturais), deve-se reconhecer que o Estado tem a responsabilidade de garantir o bem-estar das populações (MORENO, 2005, p25).

É possível de se entender, a partir da medicina social, que a materialização da saúde como direito implica uma mudança na essência da reforma social da região. Esta teria que partir de uma concepção ampla da saúde, relacionada com outros setores, como o econômico e o cultural, transcendendo a visão individualista e medicalizada do atendimento.

1.2 Marco político da assistência social em saúde na Colômbia:

Neste bloco são apresentados elementos centrais da lei com que no início dos anos noventa cristalizou-se uma mudança na estrutura e no funcionamento do sistema de saúde colombiano: Lei 100 de 1993 (ver anexo No 4). O processo que demarcou sua consolidação foi determinado por condições internas e externas: Deu-se no contexto de transformações nacionais importantes como a Constituição de 1991 e da descentralização administrativa e financeira, e seguiu as linhas de privatização, minimização do Estado e exaltação da sociedade no processo de elaboração das políticas de organismos internacionais como o Banco Mundial. Faz parte também deste bloco a referência aos argumentos centrais de quem propôs o pluralismo estruturado, como o modelo de

organização dos sistemas de saúde para a América Latina e especificamente para a Colômbia.

1.2.1 A Lei 100 de 1993 e sua implementação

Na Colômbia, um dos antecedentes da reforma da saúde foi a Constituição Política de 1991. É aceito por vários autores, que a Constituição foi elaborada a partir de diferentes posições políticas e que o conteúdo do novo sistema de saúde é o reflexo desta situação. Jaramillo (citado em RESTREPO, 2006, p45), sustenta que o SGSSS é fruto da discussão entre uma postura frente à seguridade social e a oferta de serviços de saúde desde a qual se propunha estender a cobertura do atendimento sem levar em conta de forma determinada a eficiência, e uma posição a partir da qual se fazia uma defesa do mercado que incluiria um plano pré-pago, que desconsiderava a importância da solidariedade.

A Lei 100 de 1993 trouxe consigo novos atores para o cenário do setor de saúde. Este fato obedece a duas grandes condições. De um lado, uma divisão entre as funções do sistema: administração financeira (administradores de fundos, vendedores de planos de saúde), regulação do sistema (representantes de seguradoras, prestadores, usuários e o Estado) e prestação dos serviços (IPS) Instituições Prestadores de Serviços de Saúde privadas e públicas); de outro, descentraliza-se o sistema público a nível local para a execução de Planos de Atendimento Básico e convertem-se os hospitais públicos em empresas autônomas que demonstram sustentabilidade financeira. Com esta base, delegou-se nas (EPS) Empresas Promotoras de Saúde a tarefa de gerir e buscar o progressivo aumento da população atendida, esperando chegar através desta via à meta de filiação de um número cada vez maior de pessoas.

Dois regimes foram estabelecidos sob esta lei: o contributivo e o subsidiado, fazendo parte do primeiro deles os contribuintes e do segundo, aquela população que

demonstrara ser incapaz de pagar. Dependendo do regime em que as pessoas estivessem inscritas teriam acesso a certo pacote de serviços de saúde. Contando com avanços nas condições sócio-econômicas, tinha-se como meta, ao longo de sete anos, a progressiva ampliação do atendimento. Para isso, se empregariam mecanismos de solidariedade com os quais se financiaria o incremento na cobertura de serviços de saúde para as pessoas mais pobres e se incrementaria a participação de instituições privadas mediante a desmonopolização das funções de atendimento e prestação de serviços de saúde.

No Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS), passou-se da prestação do atendimento a partir dos recursos com que se contava nos hospitais, a uma que incorpora riscos, oferece proteção integral e é financiada através de unidades de pagamento per capita. Com a lei 100 foi estabelecido o (POS) Plano Obrigatório de Saúde, que se presta de forma diferente para os contribuintes e para os mais pobres. Este consiste em um pacote de serviços que substitui o atendimento básico prestado através do já liquidado *Instituto de Seguros Sociales*.

Entre o conjunto de elementos que compõem as avaliações sobre a implementação do modelo de atendimento na saúde para a América Latina na Colômbia, um dos elementos mais significativos é a universalização dos serviços. Em 2004 Echeverry (2004, p54 e p55) apresentava dados que mostravam que durante os primeiros anos de execução da reforma houve um aumento na cobertura, entretanto, logo a tendência foi de estancamento no regime criado para os mais pobres e de diminuição para os do regime contributivo. Em geral, o que se aprestavam eram fatos que indicavam o fracasso das projeções, que com a Lei 100, tinham sido propostas para a cobertura do atendimento⁴. Isto

⁴ Existe uma importante diferença entre ser contribuinte e ter acesso aos serviços de saúde. O que ocorre é que mesmo a população estando inscrita em um dos regimes, isto não significa que possa receber os serviços de saúde.

se explica pela inexistência de condições internas e estruturais que permitam a possibilidade de sua ampliação.

Ao contrário da projeção de garantir a prestação do serviço de saúde para toda a população independentemente de sua capacidade de pagamento, da região onde vive, do gênero e da idade, sete anos depois da aplicação da reforma, isto é, no prazo em que se alcançaria a universalização foi calculado que a população pobre, que não estava recebendo cobertura pelo atendimento de saúde, correspondia à maior parte da Colômbia.

No estudo de Restrepo e de sua equipe de investigação (2006, p77) sobre o regime subsidiado e o acesso à saúde, são apresentados dados que demonstram a falta de dinheiro da população principalmente daquela que não era assegurada, como um obstáculo de caráter estrutural para a filiação ao atendimento e para o acesso. A estes problemas soma-se uma grave crise hospitalar e nesta uma preocupante redução dos recursos humanos. Estas entidades públicas passaram a competir com entidades privadas, que têm melhor infra-estrutura e que contam com uma gerência que prioriza a rentabilidade econômica, razão pela qual várias delas tiveram que estabelecer alianças com o setor privado, ou de outra forma, viram-se obrigadas a fechar.

Por outro lado, o aumento dos gastos sociais desde a Constituição Política de 1991 não tem como resultado a melhoria do setor. O assunto que particularmente chama atenção é a distância entre o incremento do gasto e a diminuição e estancamento da Cobertura (PLATAFORMA COLOMBIANA DE DERECHOS HUMANOS, DEMOCRACIA Y DESARROLLO, 2000, p145).

Enquanto à Saúde Pública, esta, pelo fato de não ser rentável para o mercado, ficou a cargo do Estado, motivo pelo qual tem sofrido conseqüências muito graves a partir da reforma. Acadêmicos e investigadores tornam visíveis as conquistas ou condições alcançadas através da ação de um Estado responsável que prestava sem intermediação os

serviços próprios de Saúde Pública aos cidadãos no Sistema anterior como o caso de uma maior destinação de recursos para o setor.

Identificam-se deficiências no sistema de informação, o que não permite o alcance da livre escolha por parte dos usuários da saúde como o proposto pelo pluralismo estruturado, existem baixos índices de vacinação e prevalecem doenças possíveis de ser evitadas e transmissíveis. Mesmo quando se reconhece que há um conjunto de determinantes históricos que influenciam no cenário que caracteriza o país frente à Saúde Pública, não é apresentada dúvida alguma sobre o importante papel que a Lei 100 desempenhou em sua configuração.

Ao avaliar-se o agravamento das dificuldades trazidas pelo surgimento de novas problemáticas, inclui-se a mudança: na consciência sanitária da população, na concepção de Saúde Pública (a passagem da visão de Saúde Pública a partir de uma perspectiva da vida até uma visão que enfatiza o plano de geração econômica e financeira) e na percepção do significado de saúde e Estado (FRANCO, 2002, p58).

São fatores que influenciam de forma determinante nesta mudança o exercício de incentivar a competitividade e a desnecessária divisão da Saúde Pública em ações privadas e públicas. As primeiras são as do tipo assistencial e são as EPS e as (ARS) Administradoras do Regime Subsidiado que são responsáveis por sua realização; as outras estão relacionadas com a promoção da saúde e prevenção de doenças. Decidiu-se que estas últimas devem ser ofertadas através da ação conjunta dos municípios, a nação e os estados. A este contexto da saúde pública no país se soma a incidência que a diminuição dos programas de promoção e prevenção teve frente ao acesso ao atendimento integral por

parte da população que se encontra filiada (ou segurada). Além disso, a taxa de mortalidade materna e infantil tem decrescido significativamente⁵.

1.2.2 Pluralismo estruturado: Modelo orientador do sistema de saúde

Um modelo de atendimento na saúde é uma formalização de idéias sobre uma obrigação na organização dos sistemas de saúde. A proposta de um modelo de saúde apresenta-se como uma alternativa que possibilita a resolução daquelas necessidades ou desafios aos quais o ou os modelos previamente existentes não atendiam satisfatoriamente. A definição de propostas alternativas em nível teórico e operatório caminha junto com a apresentação crítica das características do ou dos sistemas previamente aplicados. Isto significa que a exposição de uma proposta parte da elaboração de um diagnóstico que dá conta de insuficiências e de crises.

É assim como na apresentação de seu modelo, Frenk e Londoño (FRENK; LONDOÑO, 1999, p266-272) apresentam os limites dos modelos unificado, privado atomizado, segmentado e de contrato público. Ainda que desde uma ótica diferenciada, Teixeira (2004, p2) critica o modelo implementado no Brasil a partir dos anos noventa por dar ênfase à medicina do tipo clínico, hospitalar, de alta tecnologia e dependente dos medicamentos.

São assuntos chave que determinam a natureza dos modelos de atendimentos em saúde, a forma como desde estes se concebe a sociedade e o Estado a partir de certa orientação teórica ou de várias opções conceituais. Partindo destes elementos se constrói um determinado conjunto de conceitos que norteiam a implantação de um modelo de saúde

⁵ <http://www.consultorsalud.com/biblioteca/documentos/2007/censo%202005.pdf> (consulta junio 16 de 2008), <http://www.mineducacion.gov.co/cvn/1665/article-111505.html> (consulta junio 16 de 2008)

(SPAGNUOLO Y GUERRINI, 2005, pp. 191-194), (ALVES, 2005, p41), (FRENK Y LONDOÑO, 1999, p266-272).

Entre os questionamentos aos que respondem os modelos de organização dos sistemas de saúde destacam-se os seguintes: Qual é a melhor forma como devem organizar-se os serviços de saúde? E de que forma a idéia que se tem de sociedade e Estado determina a forma como se constrói o modelo de Saúde?

As propostas do modelo de atendimento para a América Latina, o pluralismo estruturado, são elaborados a partir de reconhecimento de desafios populares e institucionais da região frente a problemáticas que em alguns casos foram acumulando historicamente e em outros emergem na contemporaneidade (FRENK, 1999, p255).

Fazem parte dos desafios populares acumulados o atraso epidemiológico, a brecha na saúde e a iniquidade. Os desafios contemporâneos consistem nas pressões por doenças não transmissíveis, lesões e infecções emergentes, mudanças na demanda e pressões políticas; no caso das instituições, fazem parte dos desafios de longo prazo a insuficiência nos níveis de cobertura, as deficiências na administração das instituições e a ineficiência no encaminhamento de recursos. A insatisfação dos consumidores, a escalada de custos e os problemas de eficiência gerencial são, por sua vez, problemáticas que se consideram emergentes.

Os defensores do pluralismo estruturado⁶ criticam quatro modelos de saúde: do modelo unificado, em que o Estado tem o monopólio no financiamento e prestação dos serviços de saúde é criticada a impossibilidade dos usuários terem várias opções entre as quais possam escolher onde obter os serviços de saúde e de que os provedores concorram entre si. O modelo privado atomizado é apresentado como aquele em que o financiamento é realizado por consumidores ou por muitas agências privadas aos prestadores de serviços

⁶ Julio Frenk e Juan Luis Londoño (qepd).

e que tem como variantes de um lado o modelo de livre mercado e, com este, a ineficácia em todo o sistema a partir de suas imperfeições e o modelo corporativista, no qual vários grupos ocupacionais são segregados em fundos de exclusividade caracterizados por não ser competitivos.

Do modelo de contrato público que consiste em combinação do financiamento público com uma participação privada que aumenta progressivamente através da contratação de serviços de saúde e dentro do qual os consumidores têm a opção de escolher os serviços de saúde, podem ser mais autônomos e ter mais oportunidades para competir e os prestadores de serviços têm como obrigação alcançar um conjunto de critérios para obter recursos.

A fragmentação é a principal desvantagem deste modelo. Um quarto modelo criticado é o segmentado. Neste a população é dividida em grupos e cada um deles recebe os serviços de saúde por parte de um segmento institucional particular que realiza as funções de modulação, financiamento, articulação e prestação de serviços.

Entre os problemas principais deste modelo estão a possível utilização inadequada dos recursos e a variedade da qualidade do atendimento para os diferentes segmentos. As dificuldades são geradas, basicamente, a partir da prestação dos serviços por uma mesma instituição de uma forma fechada.

Defendem os autores do pluralismo estruturado, para a América Latina, que as estratégias que foram utilizadas para a superação do monopólio do setor público e a atomização do setor privado tem sido a nacionalização de serviços, a unificação das instituições e a entrega da organização dos serviços a instâncias não governamentais e que mesmo com estas medidas que procuravam combinar a equidade com a eficiência e a qualidade, os resultados não foram os esperados.

No contexto da busca e implementação de novas saídas para este problema é apresentado o pluralismo estruturado.

O conceito de “pluralismo estruturado” tenta expressar a procura de um ponto intermediário entre as organizações populares que tanto têm danificado o funcionamento dos sistemas de saúde; “pluralismo” evita os extremos do monopólio no setor público e a atomização no setor privado. “Estruturado” evita os extremos dos procedimentos autoritários do governo e a ausência anárquica de regras de jogo transparentes para evitar ou compensar as do mercado. (FRENK, 1999, p265) [tradução nossa]⁷

Com este modelo haveria uma especialização por parte dos atores do sistema de saúde no cumprimento das funções de modulação, financiamento, articulação e prestação de serviços. A modulação corresponderia ao Ministério da Saúde, que se encarregaria da orientação estratégica de todo o sistema de saúde; estabelecimento de regras e incentivos que permitiriam gerar uma interação adequada entre os diferentes atores. Propôs-se que o governo delegasse de modo progressivo a função de modulação a entidades da sociedade civil, de forma que se evitasse a burocratização.

Para o financiamento a responsabilidade principal era o atendimento social. Passando-se do subsídio à oferta ao subsídio à demanda, o que significa que não se procura a concessão de recursos às entidades de saúde, senão realizar um pagamento potencial por cada indivíduo atendido; a articulação estaria a cargo de organizações que competiriam entre si para gerar mais eficiência e possibilidade de escolha; a prestação de serviços seria ofertada por um conjunto de instituições privadas e públicas.

⁷ El concepto de “pluralismo estructurado” intenta expresar la búsqueda de un punto medio entre los arreglos poblares que tanto han dañado el funcionamiento de los sistemas de salud; “pluralismo” evita los extremos del monopolio en el sector público y la atomización en el sector privado. “estructurado” evita los extremos de los procedimientos autoritarios del gobierno y la ausencia anárquica de reglas de juego transparentes para evitar o compensar las del mercado.(FRENK, 1999, p265)

Apesar de se reconhecer que ainda não existem suficientes avaliações da implementação do pluralismo estruturado, identificou-se que este modelo segue diretrizes ditadas por organismos internacionais e adaptadas pelos governos nacionais, que considera que a partir do mercado é possível alcançar níveis mais altos de eficiência e que outorga uma valorização superior à eficiência do que à equidade. (HERNÁNDEZ, 2001, p59-60).

As formas pelas quais se podem alcançar fins desejáveis na saúde como a universalidade, eficiência, qualidade e equidade, são eixos de um debate que se define e redefine a partir da implantação e o replanejamento de práticas em saúde, o que implica que no cenário da saúde as propostas e a aplicação de modelos se configura em meio a tensões. As principais linhas recomendadas a partir de uma visão política conservadora e concretizadas em uma agenda regional se apóiam simultaneamente na discussão e implementação de opções políticas que têm como ponto de partida racionalidades diferentes e, inclusive, opostas (Informe do encontro nacional de atendimento primário em saúde *Renovando la atención primaria en salud modelos de atención basados en APS en el marco del SGSSS descentralizado: estrategia de garantía del derecho a la salud*. 2005). Neste mesmo sentido, reuniram-se esforços discursivos, políticos e sociais em torno à forma como se desenvolve ou pode ocorrer a renovação do Atendimento Primário em Saúde. (MENDES, 2004, p449), (GOFIN, 2007, p177), (MACINKO; MONTENEGRO; NEBOT ADELL et al., 2007, p73).

Apesar do fato de o pluralismo estruturado ser hoje um modelo hegemônico na Colômbia, a partir de estratégias internacionais e iniciativas nacionais e locais em que intervêm diferentes setores sociais, acadêmicos e políticos, têm-se proposto e implantado modelos ou combinação de modelos que consideram desejável e possível alcançar a equidade na saúde, que partem de uma concepção social da saúde e de pensar a descentralização em termos participativos mais que a partir de uma ótica financeira.

Com o desenho e a implementação do modelo pluralismo estruturado, e, através de vias diferentes, dependendo dos avanços com que se contou em articulação, modulação, prestação e financiamento dentro dos sistemas de saúde de cada país e de acordo com a heterogeneidade populacional de cada um deles, se esperava alcançar a convergência entre qualidade, eficiência e um tipo de universalidade que, por ser insustentável, não implicaria na saúde para todos (ALMEIDA, 2002, p920). Isto seria possível através da ampliação das opções para consumidores e provedores de serviços de saúde, a redução dos desequilíbrios potenciais entre equidades e eficiência (FRENK, 1999, p268) e a aplicação de critérios de bom desempenho e ajuste por risco nos pagamentos recolhidos para se fazer justa a remuneração (FRENK, 1999, p269).

CAPÍTULO 2

CARACTERÍSTICAS DA DOCUMENTAÇÃO ANALISADA

Neste trabalho, foram abordados um total de sessenta documentos de caráter acadêmico relacionados diretamente com a saúde como direito na Colômbia, desde 1999 até o ano de 2007. A unidade de análise são treze (13) livros, vinte um (21) capítulos de livros e vinte seis (26) artigos de jornais (ver anexo No 5).

Em um primeiro momento, identificam-se os trabalhos que a compõem, logo, de contribuições conceituais dos mesmos, posteriormente, mostram-se anotações sobre o papel que tem o estudo de grupos específicos na documentação analisada.

Após mostrar estas características, passa-se a apresentar um parágrafo relacionado a questões e orientações dos textos estudados e outro com as abordagens teórico-metodológicas dos mesmos.

2.1 Características e perspectivas

A discussão em torno da saúde como direito e das diferentes teorias jurídicas que acompanham a avaliação da situação em termos de saúde pública, do estado do funcionamento da rede hospitalar, as análises sobre a distribuição dos recursos e a qualidade dos serviços da saúde e dos debates sobre os mecanismos deste trabalho compõem-se por investigações e dissertações acadêmicas de caráter teórico-prático e que estão dirigidas tanto ao público acadêmico como à classe política e aos cidadãos em geral.

Junto a esta característica, destaca-se, entre as maneiras de abordar a situação da saúde, o enfoque do direito, desde o ponto de vista dos princípios e características do direito à saúde resultam ser critérios avaliativos e, por sua vez, elementos que orientam o planejamento das rotas alternativas em termos de acesso, reconhecimento de populações,

definição de planos de benefícios e determinação dos papéis que os diferentes atores envolvidos devem desempenhar (DE CURREA, 2003, p95 e 97), (DEFENSORIA PÚBLICA, 2003) (ÁLVAREZ, 2001). O enfoque, a partir do qual se considera aos princípios dos direitos humanos como marco para traçar, implantar e avaliar as políticas públicas, denominado enfoque do direito, que explícita e implicitamente está presente nos documentos abordados, tem sido considerado uma abordagem importante não somente no setor da saúde, mas também nos estudos das políticas públicas sociais. André Noel Roth⁸ assim propunha no “Seminário Nacional de Políticas Públicas. Teoria e estudos de caso”, organizado pelo Instituto de Estudos Políticos da Universidade de Antioquia e pela Escola de Governo e Políticas Públicas Guillermo Gaviria. Em 18 de setembro de 2007.

Ilustra esta característica o título de um dos trabalhos realizados pela Defensoria Pública: “Sistema de Seguimento e Avaliação da Política Pública de Saúde à Luz do Direito à Saúde” (DEFENSORIA PÚBLICA, 2003).

Encontra-se uma concepção de políticas públicas que as vê como a concretização do conjunto de elementos que compõem o direito à saúde. As políticas públicas planejadas e implantadas constituem uma possibilidade real de materialização do direito à saúde (DEFENSORIA PÚBLICA, 2003, p5 e p32). Este tipo de visão das políticas públicas é percebido quando se vê nelas a possibilidade de se alcançar níveis mais elevados de igualdade, de garantir maior satisfação às demandas populacionais, de criar um contexto mais democrático e obter o desenvolvimento social. É importante incluir nas investigações o interesse em definir “política pública”, o que se dá ao se formular perguntas como: De que se trata? E quem a planeja? E respondendo a perguntas sobre as instituições que são responsáveis por sua planificação, o papel que desempenha a sociedade na elaboração e a

⁸ Cientista político suíço e docente da Universidade Nacional da Colômbia.

importância dos recursos em relação com as possibilidades que têm estas de serem implantadas.

Partindo-se da premissa segundo a qual é possível criar um sistema de saúde diferente do atual (CARMONA M., 2006, p263) que incorpore uma perspectiva universalista da saúde (HERNANDEZ; LONDOÑO; CORSI, 2003, p477) os trabalhos abordados partem de duas posições em relação ao diagnóstico do problema de que não se alcançou a cobertura de toda a população. De um lado considera-se que o problema é essencialmente de recursos e de outro lado pensa-se que a dificuldade está mais na iniquidade. (RODRÍGUEZ; RAMÍREZ, 2005, p111): A) O problema é dos recursos: A preocupação pela universalização da cobertura está estreitamente ligada ao problema dos recursos e, especificamente, às fontes de financiamento. A dependência do sistema exclusivamente das contribuições feitas por setores que têm emprego formal e a diminuição progressiva desta parte da população gera a insustentabilidade do sistema e problemas de acesso especialmente para os mais pobres.

Argumenta-se que a promessa de ampliação da cobertura não partiu de expectativas realistas nem corresponde com o tipo de políticas que, em matéria econômica, vêm sendo adotadas desde a implementação da lei 100. Por conta disto, ao contrário de se ver na universalização da cobertura a razão de ser da divisão dos serviços segundo regimes, há uma crítica à fragmentação da assistência nos diferentes planos (DE CURREA, 2003, p273).

B) Posição que não vê o problema nos recursos: ocorre que o estado da cobertura do país não corresponde com os gastos destinados a cobrir as necessidades na área da saúde da população. Este argumento pode ser identificado na mesma linha da idéia segundo a qual o crescimento econômico não necessariamente se expressa nas melhorias de condições de vida e de saúde das populações. Neste mesmo sentido, encontra-se uma

crítica ao esquema de financiamento como fator explicativo dos déficits em cobertura. Refere-se a um incremento nos gastos por parte da população e identifica-se que este fato afeta, principalmente, os setores mais carentes de recursos, no entanto, são estes quem mais utilizam os serviços de saúde por ser a parcela da sociedade que mais sofre de doenças.

É significativa a preocupação em se pensar a saúde como direito desde uma perspectiva cultural, isto é, por analisar a situação da saúde levando-se em conta as características de grupos e populações específicas e “não ocidentais”. Compreende-se então que, como parte do conjunto dos direitos humanos, o direito à saúde é um direito estabelecido com pretensões universalizantes e que, portanto, não têm um exercício prático homogêneo em todas as sociedades. É, neste mesmo sentido, que se ressaltam e se valorizam as contribuições conceituais e cosmológicas de diferentes grupos étnicos e presta-se atenção a modelos de saúde e a processos de autogestão desenvolvidos em comunidades indígenas (GAVIRIA, 2001 p100-1), (CARMONA, 2006, p191).

O que esta observação revela não é uma contradição entre os direitos humanos, particularmente entre o direito à saúde e as idéias que vêm sendo construídas em torno desta temática em comunidades não ocidentais, mas sim, uma oportunidade de complementar e discutir conceitos e soluções para a melhoria das condições sanitárias a partir de diferentes conhecimentos e práticas.

2.2 Contribuições conceituais

Os trabalhos pretendem contribuir para a compreensão de conceitos como equidade e universalização. Há um interesse em abordar, a partir de diferentes propostas teóricas, o problema da equidade no país e em avaliar as iniciativas práticas propostas diante da iniquidade.

No plano teórico, encontra-se uma discussão sobre a postura neoliberal e também sobre a visão igualitária ante os problemas de iniquidade no financiamento. A exaltação do indivíduo, a igualdade de oportunidades e a liberdade relacionada com a possibilidade dos indivíduos para guiar suas eleições com base em sua iniciativa e recursos disponíveis, são exaltados como três princípios fundamentais da perspectiva neoliberal. A partir da segunda perspectiva, as contribuições devem ser iguais para toda a população. Estas devem corresponder à capacidade que os cidadãos têm com base na idéia de justiça social. Através deste olhar, subordina-se à distribuição dos recursos a busca pelo interesse em ampliar o bem-estar individual. (VARGAS, VAZQUEZ, Maria Luisa; JANE, Elisabet, 2002, p928).

Está-se diante de um material que retoma os propósitos de programas elaborados para progredir em matéria de equidade (GÓMEZ GÓMEZ, Elsa, 2002, p327). O debate sobre a equidade estende-se até as condições de uso dos serviços e ao acesso real que tem a população a estes. São questões que, neste sentido, orientam-se a responder os documentos: Diferentes grupos de populações têm a oportunidade de utilizarem-se dos serviços da saúde de uma mesma forma ou isto é determinado pelo fator econômico? Junto ao fator econômico, existem condicionantes, educacionais ou culturais, para se ter acesso à assistência? (GÓMEZ GÓMEZ, Elsa, 2002, p327) (RUIZ-RODRIGUEZ; LOPEZ-MORENO; AVILA-BURGOS, 2006, p197).

Há um convite para dar continuidade à discussão em torno da equidade, em debater sobre as perspectivas a partir das quais se propõe que esta é possível de ser alcançada (RODRÍGUEZ; RAMÍREZ, 2005, p111). Em que consiste o direito à saúde? Quais são suas características? Quais são seus princípios? São perguntas sobre as quais a discussão não tem se esgotado, o que se explica em parte pelo caráter progressivo da construção dos direitos sociais. A necessidade de realizar estudos ao redor do significado do direito à saúde implica questionar a possibilidade de se conseguir de forma simultânea qualidade e

eficiência, eficiência e equidade, perguntando-se: Estes são dilemas? Existe uma ou outra? E propondo-se questões como: Que saídas existem para que possam coexistir a distribuição equitativa dos recursos, a equidade no acesso e o aproveitamento mais adequado dos recursos? (TORRES; PAREDES. 2007, p178-179)(GARCÍA; CAICEDO. 2002, p133)

2.3 Estudo de grupos específicos

As investigações e análises que buscam compreender e explicar os avanços em equidade com o atual sistema, incluem a preocupação em relação a grupos específicos e têm como ponto de partida uma perspectiva local que permite compreender os problemas nacionais (FUNDACIÓN LA PAZ; FUNSAREP; FORO COSTA ATLÁNTICA, 2005 página), (RUIZ-RODRIGUEZ; LOPEZ-MORENO; AVILA-BURGOS et al., 2006, p197)(GONZÁLEZ et al, 2007, p120)(RESTREPO. 2001, p150)(GIRALDO, 2000, p33). É assim como se encontra entre os trabalhos o questionamento pelos efeitos que, em termos de acesso, tem a política de focalização (política de financiamento e assistência aos mais carentes da classe mais pobre). Esta população se encontra através do Sistema de Identificação de Beneficiários (SISBEN). Identifica-se também material orientado à análise da possibilidade que a população marginalizada tem para fazer uso dos serviços de saúde, que procura revelar a relação que existe entre ingressos e atendimento.

(Objetivo do trabalho de AMAYA; CANAVAL; VIAFARA. 2007, P65)) Compreender aspectos da vida das trabalhadoras do sexo que influenciam na utilização dos serviços de saúde e acrescentar elementos que orientem o direcionamento e organização na oferta dos serviços de saúde. Esta investigação pretendeu também colaborar na busca de aspectos para orientar a intervenção e o cuidado de enfermagem. [tradução nossa]⁹

⁹ (Objetivo del trabajo de AMAYA; CANAVAL; VIAFARA. 2007, p65)) Comprender aspectos de la vida de las trabajadoras sexuales que influyen en la utilización de los servicios de salud y aportar elementos que orienten el direccionamiento y organización en la oferta de los servicios de salud. Esta investigación pretendió también aportar en la búsqueda de aspectos para orientar la intervención y el cuidado de enfermería.

As problemáticas da universalização que se estudam não se reduzem à população trabalhadora, senão também à feminina, e presta-se atenção ao processo de cobertura segundo a idade (RODRÍGUEZ; RAMÍREZ, 2005 PAGINACIÓN). Encontra-se então uma preocupação pelos diferentes setores populacionais desde o questionamento pelo processo de expansão dos serviços de saúde e pelo grau de discriminação presentes no funcionamento do sistema de saúde.

Faz-se evidente também que os problemas de cobertura não se limitam às distâncias existentes em termos de atendimento segundo a localização geográfica (regiões, zonas rural e urbana) (RODRÍGUEZ; RAMÍREZ, 2005, p126)(CARDONA; HERNÁNDEZ; YEPES, 2005, p83) (CÉSPEDES; JARAMILLO PAGINACIÓN)

Há uma preocupação com as diferenças, que em termos de cobertura, existem entre as zonas rural e urbana do país. Como uma constante histórica os territórios rurais são os que menos vantagens têm em termos de qualidade dos serviços de saúde, instalações e profissionais da área que permitam atender adequadamente à população e não se limitam à assistência médica, ao passo que são fundamentais na hora de explicar as regressões em termos de saúde pública.

O reconhecimento da relação direta que existe entre a teoria e a política não deve ser esquecido no momento de se questionar sobre a forma como se configura academicamente o conhecimento sobre direitos humanos. Por isso é necessário trabalhar em torno dos conceitos de equidade, eficiência e universalidade, propondo-se e resolvendo questões como: quais são as implicações que tem o tipo de significado atribuído a estes conceitos? Especificamente, de que maneira se redefine, a partir deste tipo de conceituações, o conteúdo dos planos de benefícios que até agora vem funcionando de acordo com a associação dos cidadãos?

O que é universalidade? É possível que toda a população tenha acesso à assistência na área da saúde ou resulta correta a proposta que se faz desde o pluralismo estruturado de criar uma “nova universalidade” que não implique o acesso de toda a sociedade à assistência médica? Esta é outra questão que necessita ser planejada e discutida. À medida que este conjunto de perguntas direcione investigações, poderá ter-se maior esclarecimento sobre o significado do direito à saúde e de suas possibilidades de materialização.

É importante efetuar estudos locais, que permitam entender de que forma se concretizam as políticas elaboradas pelos planos nacionais e internacionais, assim como realizar investigações centralizadas em populações específicas, especialmente na população marginalizada respondendo a questionamentos sobre a relação entre o tipo de regime ao que se pertença e as possibilidades de acesso à assistência (Defendem esta idéia RUIZ; LOPEZ; AVILA et al., 2006, p197), (GONZÁLEZ et al., 2005, p120, GÓMEZ, 2002), (RESTREPO, 2001, p142)(RESTREPO, 2001, p177 e p185).

É necessário analisar os fatores estruturais e os condicionantes globais que determinam o rumo das políticas públicas de saúde da Colômbia e, portanto, que permitem ou impedem que a saúde se configure como direito. Seguindo Thomas Pogge, não basta estudar as explicações locais relacionadas aos aspectos políticos e religiosos de tipo nacional para compreender a situação do direito à saúde (POGGE, 2005, p305). É preciso, neste sentido, superar análises que vêm na tradição clientelista do Estado colombiano a explicação mais importante do panorama da saúde atual.

2.4 Perguntas e orientações

Os interesses aos que respondem os trabalhos são variados, com eles se responde a perguntas como: quais contribuições podem servir para entender o direito à saúde desde o direito sanitário? De que forma pode se documentar sobre o direito à saúde de forma que se

colabore com o exercício de educação em direitos humanos? Em que consistem as iniciativas legais em matéria de saúde? Como contribuir com o processo de elaboração de políticas públicas? Como tem sido o processo de construção histórica do atual sistema de saúde?

Há um interesse em incorporar nas discussões sobre a reforma as perguntas sobre as contribuições que do direito sanitário podem retomar-se para o sistema de saúde, particularmente pelas possibilidades de materialização da idéia de universalização do atendimento, pelas formas de regulação que o Estado construa frente a participação de instituições privadas no setor, e pelo significado que na política de saúde do país tem a equidade (GARCÍA, 2001, p90) (VARGAS; VAZQUEZ; JANE. 2007, p927): (propósito explícito) “Suprir a necessidade de contar com maior material... em torno dos direitos fundamentais” contracapa. (PAREDES, 2003, p?) [tradução nossa]¹⁰

Pretende-se contribuir para a educação sobre os direitos humanos através da difusão de material que dá conta das obrigações concretas que o Estado deve assumir e, portanto, indica a margem de exigibilidade que os cidadãos têm ao ser atores ativos para a garantia da saúde como direito (PAREDES, 2003)(DEFENSORIA PÚBLICA, 2003, p3). Indireta ou diretamente, orientados pela mesma preocupação ou motivados em certa medida por este interesse, em alguns casos apoiados em documentação produzida por organismos estatais encarregados de velar pela materialização do direito à assistência médica e em outros em tratados internacionais sobre direitos humanos, alguns trabalhos apresentam os debates que, em termos judiciais, vêm ocorrendo na Colômbia e os argumentos em torno dos princípios e as características do direito à saúde (PAREDES, 2003, p53)(DE CURREA, 2003, p104).

¹⁰ “Suplir la necesidad de contar con mayor material ...en torno a los derechos fundamentales” (PAREDES, 2003, p?)

Entre os interesses variados das distintas investigações, encontram-se, estudar as iniciativas legais em matéria de saúde e ser base para o processo de elaboração de políticas públicas de saúde (MEJÍA; SÁNCHEZ; TAMAYO, 2007, p35).

(Objetivo do texto de MEJÍA; SÁNCHEZ; TAMAYO, 2007, p35) pretende motivar a realização deste tipo de análise para outros estados do país, com a finalidade de converter-se em insumo para a política de saúde de cada estado, enquanto que serviria como ferramenta para seu monitoramento e avaliação. [tradução nossa]¹¹

É assim como está sinalizado no material um interesse em analisar a situação geral da saúde no país, uma preocupação em investigar sobre as propostas legislativas que o governo, entre outros atores, propõe e indagar sobre as conseqüências práticas que sua aplicação geraria; também faz parte da unidade de leitura, a documentação com a qual se pretende incidir, de alguma forma, no processo de elaboração de políticas públicas de saúde guiadas pelo princípio da equidade, pela idéia segundo a qual qualquer ferramenta política deve incluir a população nos processos decisórios e por uma perspectiva desde a qual a investigação é parte dos principais componentes que permitem o melhoramento das condições de vida e saúde da população.

(pergunta orientadora identificada em HERNÁNDEZ, 2002, p2) *Quais foram os problemas de equidade no SNS e quais são os problemas de equidade no SGSSS? Quais são as possibilidades e limitações da reforma em curso?* [tradução nossa]¹²

¹¹ (Objetivo del texto de MEJÍA; SÁNCHEZ; TAMAYO, 2007, p35) pretende motivar la realización de este tipo de análisis para otros departamentos del país, con el fin de convertirse en insumo para la política de salud de cada departamento al tiempo que serviría como herramienta para su monitoreo y evaluación.

¹² (pregunta orientadora identificada en HERNÁNDEZ, 2002, p2) *¿Cuáles fueron los problemas de equidad en el SNS y cuales son los problemas de equidad en el SGSSS.? ¿Cuáles son los alcances y limitaciones de la reforma en curso.*

Estão presentes nos trabalhos as perguntas pelo processo histórico de constituição do atual sistema nacional de saúde desde uma perspectiva de recorte politológico (HERNÁNDEZ, 2002, p992ficha 243) e procurando identificar os avanços que em termos de equidade se desenvolvem como antecedentes à configuração do novo sistema de saúde e com a implementação da reforma (HERNÁNDEZ; VEGA; ROMÁN, 2007, P48).

Junto aos interesses mencionados, identifica-se um interesse em estudar os efeitos que têm gerado a criação da ação de tutela no país e o papel que organismos estatais criados com a Constituição de 1991 têm desempenhado na consolidação da saúde como direito (VÉLEZ, 2005, p199). Nos trabalhos há preocupação pelos fatores que impedem o acesso à assistência na saúde da população, este interesse guia o estudo das diferenças geográficas que existem na população (GIRALDO; HINCAPIE; FORERO GARCIA, 2003, p644).

2.5 Abordagens teórico-metodológicas dos trabalhos

No que diz respeito a este assunto, apresentam-se três componentes a partir dos quais os dados permitem referir-se: conceitos fundamentais, referentes teóricos específicos e perspectiva disciplinar.

Conceitos fundamentais

Encontra-se um interesse em conceituar sobre o significado de saúde e em construir propostas para redefinir a forma como se entendem princípios do direito à saúde. Existe um consenso ao entender a saúde como meio e fim de processos de desenvolvimento, como um assunto que não se esgota no setor de saúde e que se relaciona com a doença, mas não se restringe a esta, há, além disso, clareza na noção de saúde de que partem documentos abordados transcende uma visão individualista da saúde e se relaciona com as condições de vida, trabalho e reprodução com que conta a população; no mesmo sentido

entende-se que as respostas sanitárias aos problemas do setor não bastam para que sejam solucionados de forma determinante. Encontram-se, então, convergências na noção de saúde que distintos autores apresentam ao considerar que a assistência médica é somente uma parte do auxílio que a população deve receber para que seja garantido o seu direito à saúde (RODRÍGUEZ; RAMÍREZ, 2005, p99), (MEJÍA; SÁNCHEZ; TAMAYO, 2007, p37).

Observa-se que com a implementação da reforma não se tenham alcançado melhores níveis de qualidade na saúde e inclusive em alguns casos estes tenham piorado, tais fatos levaram a pensar que o enfoque que se propôs adotar no plano da reforma frente ao significado da eficiência deve ser redefinido. Há assim, dentro da unidade de análise, uma proposta para se fazer compatíveis nos procedimentos de assistência os princípios equidade e eficiência, o qual implica determinar a realização de tratamentos e a entrega de medicamentos a partir das necessidades da população e não da rentabilidade como critério básico econômico que estes geram (TORRES; PAREDES, 2007, p178-179) (GARCÍA; CAICEDO, 2002, p133).

Há também uma consideração dos problemas de ineficiência ao analisar a discrepância entre o gasto em saúde e a possibilidade real de acesso que tem a população (28-p183), os problemas de distribuição dos recursos (DE CURREA, 2003, p158) (PINTO; CASTELLANOS, 2007, p42), o papel dos intermediários (HERNÁNDEZ, 2002, p998), o direcionamento à entidades privadas da responsabilidade do Estado frente a doenças consideradas individuais e a monopolização da prestação dos serviços de saúde.

O que se vislumbra é uma crítica a uma das principais justificativas que orientaram a criação e implementação do atual sistema de saúde: uma versão técnica da eficiência. Os dados podem sugerir a possibilidade de identificar duas perspectivas de eficiência entre os distintos atores do setor da saúde: uma que vê nesta um conceito relacionado

exclusivamente aos recursos, também denominada eficiência técnica e uma que a relaciona com a qualidade; os documentos levam então a pensar que a noção de eficiência pode ser redefinida de tal forma que não se entenda como um conceito ligado exclusivamente aos custos, senão também à qualidade da assistência.

Encontra-se uma preocupação em analisar teoricamente o significado da equidade. Não há nos trabalhos interesse em estabelecer posições homólogas, mas sim em proporcionar esclarecimentos frente à distribuição de fatores de risco, o acesso à assistência e ao gasto com a saúde, em levantar informação sobre a situação de equidade em relação ao gênero e em discutir em torno dos enfoques teóricos sobre as formas de distribuição possíveis (GÓMEZ,2007. p327)(VARGAS; VÁZQUEZ; JANE, 2007, p928); a conceituação sobre a equidade está intimamente ligada a uma idéia ampla de saúde, o que se argumenta é que as condições econômicas da população determinam diretamente a situação da saúde com que se pode contar (RODRÍGUEZ; RAMÍREZ, 2005, p128)(GARCÍA; CAICEDO, 2002, p133).

Por outro lado, há nos documentos uma proposta de se pensar a universalidade ligada à equidade, por entender que os princípios de universalidade e equidade são inseparáveis. Propõe-se que, por não se resolver esta dissociação, a meta principal que se propôs no início dos anos 90 para o setor da saúde de ampliação da cobertura ao seu mais alto nível, a universalidade, é inalcançável (VARGAS; VAZQUEZ; JANE, 2007, p928) (DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2003, p19) (DE CURREA, 2003, p31).

Existe uma idéia de saúde ligada a princípios deste direito e uma noção de saúde, na qual vê algo ligado diretamente a uma visão ampla da dignidade humana e um processo, que, por isso mesmo, necessariamente, deve compreender-se com base na situação, que em termos trabalhistas, ambientais e, derivados disso, alimentícios e educativos, se experimenta no país (GARCÍA; CAICEDO, 2002p131 e p124).

Referentes teóricos específicos

A seguir, apresentam-se brevemente algumas contribuições retomadas por documentos da unidade de análise desta investigação a partir de Jhon Rawls, Amartya Sen, Celia Almeida e Francisco Cortés.

Jhon Rawls é um dos referentes que os autores retomam para realizar as construções sobre as teorias das leis que existem, para conceituar acerca de sociedades igualitárias e no momento de fundamentar, a partir de uma perspectiva moral, ética e filosófica, a justiça social (DE CURREA, 2003, p22) (GIRALDO, 2000, p95). É assim como se retomam as deliberações de Rawls sobre o reconhecimento dos sujeitos de direito no contexto de sociedades democráticas e de sociedades do tipo hierárquico e se pensam, desde este referente, as implicações teóricas que supõe pensar na saúde como direito (DE CURREA, 2003, p27)

Rawls é retomado por de Currea para “...aceitar o sujeito como titular de direitos humanos...”p27 “Para Rawls, tanto em sociedades democráticas como em sociedades hierárquicas, um contrato social conduziria ao reconhecimento de uns direitos para as pessoas, inclusive prescindindo de dogma algum, religioso ou não, como ponto de partida...” (DE CURREA, 2003, p27)

Também se retoma de Rawls, a idéia de que não por uma sociedade ser justa esta deva ser compreendida como composta por iguais (DE CURREA, 2003, p27), e o argumento de que a liberdade de uns indivíduos de uma sociedade não deve se fundamentar na perda do bem-estar dos demais (VELEZ; REALPE; DELGADO; GONZAGA, 2007, PAGINACIÓN).

Sen, também é fonte teórica ao pensar o direcionamento e a distribuição dos recursos sociais, (a partir de suas críticas às propostas que sobre o bem-estar fazem os economistas, assuntos cuja abordagem requer, segundo o autor, que se associe à política,

que de sua perspectiva se baseia na participação e no debate público bem informado (CASTAÑO, 2005, p133) (HERNÁNDEZ; VEGA, 2007, p69) (RESPTREPO, 2001, paginação). Consideram-se também as contribuições de Amartya Sen em torno da nutrição e da alimentação (CASTAÑO, 2005, p389), assim como, suas propostas relacionadas às possíveis abordagens que podem ser feitas diante da melhoria das condições de vida, mediante a redefinição das idéias frente a assuntos como o do papel desempenhado por aqueles que nelas ingressam.

Norman Daniels apresenta-se como um dos autores que tem contribuído para a definição das instituições necessárias para garantir a igualdade de oportunidades, que permitiriam derrubar as barreiras de classe, das quais fala Rawls. Dos estudos do autor, destaca-se sua proposta de incluir o acesso aos serviços de saúde como uma das condições que permitiriam alcançar a igualdade de oportunidades (ÁLVAREZ, 2005, p132-3).

Celia Almeida é retomada para contextualizar a situação do sistema de saúde colombiano nos processos políticos que na saúde se vive na região, para pensar na nova noção de política social e de direitos que constrói com a implementação do planejado na agenda estratégica e para repensar as transformações do Estado (ÁLVAREZ, 2005, p359).

No cenário nacional um dos referentes é Francisco Cortés, especificamente se reconhece que desde a perspectiva política da igualdade trabalhada por ele, representa uma contribuição aos exercícios de fundamentação moral do direito à saúde, este autor propõe a existência de um conjunto de contextos normativos que permitiriam aos indivíduos obter autonomia e reconhecimento (CASTAÑO, 2005, p366). É possível encontrar na documentação analisada a presença de autores reconhecidos internacionalmente por suas contribuições com a teoria sobre as leis e as contribuições de autores latino-americanos que estudam a contextualização da reforma colombiana e servem como fundamentação teórica da saúde como direito.

Perspectiva disciplinar

São poucos os casos em que os autores apresentam explicitamente a disciplina em que se inscrevem seus trabalhos, com os dados que se têm a respeito, sabe-se que a economia e a política são referentes importantes para analisar vários assuntos. Estuda-se, a partir da economia, a necessidade de pensar na saúde como bem público ou como bem privado (GARCÍA; CAICEDO, 2002, p129) é uma pergunta que deriva deste interesse; Por que se fala da saúde como serviço público exigível pela sociedade?

Por outro lado, é significativo que com a suposta escassez dos recursos, busque-se resolver o dilema entre a distribuição dos recursos e a satisfação dos usuários (GARCÍA; CAICEDO, 2002, p120). Entretanto, há um chamado para se pensar a razão de ser das políticas sociais partindo das possibilidades econômicas com que contam as sociedades e incluir a dimensão econômica nos debates sobre justiça social, o qual é apresentado como um dos principais elementos a se discutir em meio do que se denomina debate recente do direito à saúde (GARCÍA; CAICEDO, 2002, p130).

Os clássicos debates entre o mercado e o Estado, no jogo de quem é o protagonista central da justiça no direcionamento dos recursos econômicos, tem sido muito recorrentes na atualidade. (GARCÍA; CAICEDO, 2002, p131) [tradução nossa]¹³

Reconhece-se que o debate sobre o Estado e o mercado é um dos principais assuntos frente aos quais se espera respostas a partir de diferentes perspectivas

¹³ Los clásicos debates entre el mercado y el Estado, en el juego de quién es el protagonista central de la justicia en la asignación de recursos económicos, han sido muy recurrentes en la actualidad. (GARCÍA; CAICEDO, 2002, p131)

disciplinares, especificamente a discussão em torno dos recursos e de seu gerenciamento (CASTAÑO, 2005, p80).

Parte-se da economia como disciplina a partir da qual se pode discutir sobre o significado dos bens meritórios, mas se considera imprescindível retomar planejamentos de outras disciplinas nesta área, dadas as limitações do ponto de vista econômico. Assim, a dimensão política é considerada, junto à economia, um ponto desde o qual é possível entender as principais problemáticas que na prestação do direito à saúde se apresentam. A partir da ciência política encontram-se explicações para a centralização que tem a saúde como direito, como parte dos direitos sociais tem na busca de uma sociedade mais justa (GARCÍA; CAICEDO, 2002, p119). A ciência política e a economia, então disciplinas a partir das quais se debate, à luz das perspectivas libertárias e igualitárias, a forma como a sociedade deve organizar-se para satisfazer suas necessidades e desejos (CASTAÑO, 2005, p80).

O ponto de vista da disciplina econômica se propõe como importante para entender a situação da saúde como direito, mas a dimensão política é imprescindível para ter uma compreensão mais ampla deste terreno.

Em relação ao caráter metodológico, poucas vezes se menciona de forma explícita o método com o qual se elaboram os trabalhos, o qual pode sugerir que não se reconhece como algo importante em termos de rigor acadêmico, a necessidade de apresentar de maneira explícita o enfoque e as técnicas que se empregam nos trabalhos. Encontra-se um predomínio da análise documental do tipo qualitativo e a inclusão nas unidades de leitura de material de tipo jurídico.

Capítulo 3

PROBLEMÁTICAS CENTRAIS DA SAÚDE COMO DIREITO

A seguir, apresenta-se um conjunto de assuntos que emergem, a partir dos dados, como problemáticas, que é importante analisar para se pensar a saúde como direito na reforma colombiana. Em primeiro lugar, mostram-se alguns resultados que se encontram frente à crise hospitalar, em segundo lugar, compartilham-se descobertas perante a questão laboral, posteriormente se realiza uma aproximação a uma terceira problemática: as barreiras de acesso à assistência médica, depois se chega à pergunta pela confiabilidade do sistema de informação de saúde que se tem e por último, apresenta-se um capítulo relacionado com a situação atual da saúde pública.

3.1 A situação hospitalar: expressão da crise do setor da saúde

Este capítulo está composto por duas partes, em uma apresentam-se os diferentes pontos de vista que aparecem nos documentos para analisar as causas que têm gerado o fechamento das instituições públicas de saúde, em outra, um conjunto de argumentos sobre assuntos ligados a este fato. Compõe a primeira parte da perspectiva a partir da qual se analisa o mecanismo de competência e seus efeitos na crise hospitalar e a visão que enfatiza o estudo da debilidade financeira das instituições públicas de saúde. A segunda parte consiste na discussão jurídica presente nos estudos sobre crise hospitalar, as respostas sociais e institucionais frente a esta situação, a postura ética de defesa do que é público que caracteriza trabalhos desta investigação e o debate conceitual ligado a esta temática.

Identifica-se uma perspectiva a partir da qual se faz uma avaliação da aplicação da competência, mecanismo central do SGSSS. Argumenta-se que a competência entre

instituições públicas e privadas não é equivalente, no entanto, as entidades públicas não contam com uma racionalidade gerencial que caracteriza as instituições privadas, cuja razão de ser é buscar a subsistência em meio a um mercado aberto. Fatores associados a isto são os resultados em termos de acesso à assistência da população, os problemas na superação das disparidades territoriais e populacionais e a diferença de condições com que contam em infra-estrutura, tecnologia médica e a nível financeiro as entidades públicas de saúde (DE CURREA, 2003, p242)(TORRES; PAREDES, 2007, p174).

Particularmente o crescimento em infra-estrutura de forma concentrada que, a partir de suas ganâncias, tem construído o setor privado obedece a sua integração vertical, (TORRES; PAREDES, 2007, p181-182), às contratações diferenciadas nas quais o risco se transporta do assegurador ao prestador e aos pagamentos inoportunos de seguradores a prestadores. (TORRES, Mauricio e PAREDES, Natalia, 2007, p181-182L2), (RODRÍGUEZ; RAMÍREZ, 2005, p136), (DE CURREA, Víctor, 2003, p173-174) a competência, então, não tem dado resultados favoráveis em termos de sustentabilidade, viabilidade e melhorias. (TORRES, Mauricio e PAREDES, Natalia, 2007, p181-182). Na análise encontrada na documentação não se perde de vista a centralidade que possui o Estado na estratégia e na conseqüente diminuição da disponibilidade que tem a população de contar com serviços de saúde oferecidos por instituições públicas, ao ser este o organismo que ameaça às instituições públicas a funcionar como entidades privadas, projetando políticas orientadas pela necessidade de “reestruturação, diminuição e privatização do que é público”. (TORRES, Mauricio e PAREDES, Natalia, 2007, p181-182), (DE CURREA, Víctor, 2003, 131). Faz parte desta perspectiva de análise a influência que tem tido na crise hospitalar o processo de descentralização, processo ligado diretamente às novas responsabilidades que entidades públicas têm devido assumir procurando combinar os critérios eficiência e qualidade na prestação dos serviços sem que

contassem com condições suficientes para fazê-lo. (CÉSPEDES; JARAMILLO; CASTAÑO, 2002, p20-1).

A partir de outra postura, documenta-se a debilitação financeira das instituições públicas de saúde, (TORRES, Mauricio e PAREDES, Natalia, 2007, p181-182), (HERNÁNDEZ, 2002, p101), (DEFENSORIA PÚBLICA, 2000, p78). O que se argumenta é que o Estado não gera recursos eficientes nem os repassa de maneira oportuna de tal forma que se permitam aos hospitais contar com verbas suficientes e obtê-las a tempo. Sustenta-se que esta situação se dá em meio a um contexto em que o problema dos recursos não reside tanto no déficit de quantidade com que conta o Estado, mas na distribuição que se faz destes. O problema está no fato de que seu aumento não tem significado uma mudança favorável nos indicadores da saúde, particularmente, transformações no processo de cobertura.

Nosso sistema de saúde evidentemente tem aumentado de maneira substancial o gasto como porcentagem do produto interno bruto, estamos mais ou menos em torno de 9% do PIB, entretanto as coberturas da assistência em saúde da Colômbia, além de estarem próximas aos 50% da população, protegem em termos de assistência médica, de cobertura desta assistência, muito menos os setores que por ingresso são pobres no país. (VEGA, 2001, p98). [tradução nossa]¹⁴

Entre as razões a partir das quais se explica que isto não é exatamente assim estão os problemas de corrupção (DE CURREA, 2003, p224), (HERNÁNDEZ; VEGA, 2007, p49) e ineficiência (CÉSPEDES; JARAMILLO; CASTAÑO, 2002, p20). Com esta última

¹⁴ Nuestro sistema de salud evidentemente ha aumentado de manera substancial el gasto como porcentaje del producto bruto interno, estamos más o menos alrededor de 9% del PIB, sin embargo las coberturas del aseguramiento en salud de Colombia, además de que están rayando el 50% de la población, protegen en términos de aseguramiento, de cobertura del aseguramiento, mucho menos los sectores que por ingreso son pobres en el país. (VEGA, 2001, p98).

explicação, sugere-se fortalecer o controle e a vigilância e critica-se que boa parte dos recursos fique nos processos administrativos.

Os hospitais vivem uma tensão jurídica graças às impossibilidades que se apresentam, como cancelar o contrato com fornecedores (DE CURREA, 2003, p241), cenário do qual fazem parte debates conceituais em torno de quem tem direito de receber tratamento e medicamentos e projetos para modificar a lei 100. Pacientes com AIDS e populações marginalizadas, são alguns dos atores que se vêem afetados diretamente pelas discussões sobre tratamentos e medicamentos. Por outro lado, as análises dos projetos para transformar a lei 100 centram-se nas mudanças propostas para o sistema de assistência e nas modificações institucionais.

Outros assuntos que têm feito parte das tensões jurídicas são a discussão ao redor da proposta de proibir a criação de IPS privadas, os processos jurídicos contra os hospitais criados por problemas de liquidez, a liberdade com que contam as EPS para prestar serviços de saúde nas áreas preferidas por eles, a “indefinição jurídica” frente aos contratos de prestação de serviços, e o papel desempenhado pelo governo a favor de empresas privadas (DE CURREA, 2003, p174, p241 e p170) (HERNÁNDEZ, 2002, p993-4).

Vislumbra-se uma linha interpretativa da crise hospitalar que dá importância às respostas sociais e institucionais. É assim como se documentam atividades de resistência diante da implementação da lei 100, mobilizações sociais e do pessoal da área da saúde em protesto ante a situação dos hospitais e as possibilidades que estes têm de cumprir com o pagamento dos salários aos trabalhadores (TORRES; PAREDES, 2007, p180), (DE CURREA, 2003, p172), (VÉLEZ, 2005, p235).

Documenta-se a ativação de mecanismos que instituições públicas empregam para superar sua crise financeira e por fim à crise na prestação de serviços de saúde à maior parte da população do país, isto é, a população mais pobre (DE CURREA, 2003, p173).

Fazem parte destes mecanismos o endividamento dos hospitais com empréstimos bancários, o arrendamento parcial de sua infra-estrutura e de suas equipes e sua privatização, assim como a realização de coletas de contribuições públicas (TORRES; PAREDES, 2007, p174), (DE CURREA, 2003, p173, p214 e p241). Portanto, as alternativas que as entidades públicas têm encontrado como saída para seus problemas econômicos e de prestação de serviços são parciais e, em certa medida, reforçam a crise.

A abordagem que os autores fazem da crise hospitalar ressalta a importância de ter como referente em análises desta temática, uma perspectiva ética de defesa do que é público (instituições, espaços, atores), mediante o reconhecimento da necessidade de intervenção tanto do Estado como da sociedade na construção de políticas de saúde. Faz parte desta perspectiva, uma análise do papel que recentemente vem desempenhando o Estado, apresentam-se as seguintes atuações que vêm sendo realizadas por esta instituição política: diferentemente das instituições privadas, as entidades públicas dependem totalmente do financiamento do Estado e este fornece recursos que constituem um montante cada vez menor (DE CURREA, 2003, p196). O Estado exige dos hospitais que funcionem como entidades privadas (PAREDES, 2004, p102). Além disso, percebe-se o Estado como uma instituição que desempenha um papel a favor das entidades privadas no processo de competitividade e que demanda eficiência e qualidade por parte de instituições que não têm a capacidade de cumprir simultaneamente com a tarefa de sobreviver e de atender às necessidades de saúde da população (TORRES; PAREDES, 2007, p181-182), (DE CURREA, 2003, p131), (CÉSPEDES LONDOÑO; JARAMILLO; CASTAÑO, 2002, p20-1).

Por outro lado, o fechamento das instituições públicas de saúde, encontra-se ligado a debates sobre o significado do conceito de saúde. Desde uma concepção de saúde como caridade ou como negócio, é imprescindível entender que existem cidadãos cujas

necessidades e desejos se garantem por parte das instituições estatais que contam com recursos econômicos suficientes para cobrir tratamentos e financiar medicamentos.

Tal como pode ser compreendido a partir dos dados sobre a questão do trabalho neste estudo, emerge a pergunta pelo papel dos trabalhadores da saúde frente à crise hospitalar como parte do interesse em aproximar-se das diferentes propostas que surgem em torno dos limites e as possibilidades de ação com que contam os diferentes atores do sistema de saúde; assim, encontra-se uma crítica à explicação do fechamento dos hospitais mostrando como responsáveis os profissionais da saúde. Os autores retomam uma visão histórica no estudo da crise hospitalar que lhes permite descentralizar a responsabilidade da crise tanto das entidades que atendiam a saúde dos colombianos antes da lei 100 como dos trabalhadores. A centralização da responsabilidade nos trabalhadores e nas instituições estatais de saúde que funcionavam no Sistema Nacional de Saúde identifica-se como parte dos argumentos que nutriam o processo, que em alguns casos se denomina como desestruturação da rede hospitalar nacional (PAREDES, 2004, p102). A partir deste ponto de vista, estuda-se o papel que desempenham nos planos político e jurídico os novos atores encarregados da intermediação financeira e da prestação de serviços de assistência e as relações destas entidades com o Estado.

Em contraposição aos argumentos que vêm nos hospitais e nos trabalhadores da saúde atores diretamente responsáveis pela crise hospitalar, é apresentada uma contextualização do problema financeiro em que vivem os hospitais, que permite identificar uma responsabilidade Estatal e privada com relação aos recursos. De tais argumentos deriva-se a proposição de que não é a despesa com a folha de pagamento dos trabalhadores da saúde que explica os problemas da assistência médica gerados pelo fechamento das instituições públicas de saúde. (DE CURREA, 2003, p172).

Como conseqüência a crise hospitalar se constitui em um dos componentes da crise do setor da saúde e seu estudo é fundamental para qualquer avaliação da reforma do sistema de saúde colombiano. As duas formas de se observar as causas da crise hospitalar, a análise da competência e o estudo da debilidade financeira que afetam as instituições públicas de saúde tornam-se pontos fundamentais para se compreender os resultados que decorrem da implementação de um novo modelo de saúde na Colômbia. A discussão jurídica, as respostas que se dão frente à crise, a defesa do que é público e o debate conceitual relacionado à crise hospitalar, são assuntos transversais que permitem entender de alguma maneira o significado da criação de uma política social planejada e implantada a partir de uma perspectiva política liberal.

3.2. Transformações trabalhistas no contexto da reforma

Qualquer estudo que pretenda compreender a situação da saúde como direito terá que revisar o estado do que ocorre no mundo do trabalho, questionando-se sobre o tipo de contratação que predomina no país, a situação salarial e as relações de trabalho (MENICUCCI, 2007, p55).

O estudo das transformações trabalhistas que está presente nos trabalhos analisados se explica pela lógica própria do sistema de saúde, cujos recursos provêm essencialmente das contribuições da população trabalhadora (PAREDES, 2003, p16), (PAREDES, 2004, p105).

Recordemos que o sistema de saúde é concebido através da ótica do recolhimento de contribuições mensais dos empregados e, portanto, a flexibilidade do mercado de trabalho diminui o número de contribuintes do sistema. (DE CURREA, 2003, p229) [tradução nossa]¹⁵

¹⁵ Recordemos que el sistema de salud está concebido desde la óptica de la recolección de aportes por las cotizaciones de empleados y, por tanto,

Nas análises do mundo trabalhista como determinante da situação do sistema de saúde, encontram-se duas perspectivas frente ao modelo de saúde. Partindo-se da compreensão dos problemas de saúde no contexto das mudanças regionais e globais, sustenta-se que com a adoção de propostas de modificações, põe-se em risco o próprio modelo (PAREDES, 2004, p105). Com esta primeira perspectiva adverte-se sobre os problemas que ocorreriam a partir da assinatura de tratados de livre comércio no acesso a medicamentos e a perda da soberania alimentícia.

A raíz das medidas propostas nos tratados de livre comércio será afetado gravemente o acesso da população a medicamentos; sem contar como fatos graves a perda da soberania alimentícia intimamente ligada com a saúde da população ou a maior flexibilização trabalhista que porá em risco o próprio modelo de cobertura ao desfazer o seguro social dos trabalhadores formais (PAREDES, Natalia, 2004, p105). [tradução nossa]¹⁶

A partir da segunda perspectiva, faz-se uma análise de assuntos fundamentais que se relacionam com o trabalho e as possibilidades de configuração da saúde como direito, sem que se proponha que a existência do modelo esteja em risco. A maior parte dos trabalhos encontra-se neste grupo e são justamente as diferentes variantes desta perspectiva que dão corpo a este capítulo.

Uma das idéias mais importantes que está presente nos documentos é que existe a tendência à geração de desemprego e esta somente cria mais restrições ao acesso à assistência e torna mais inalcançável a meta de universalidade. É assim que, a partir de um

la flexibilización del mercado laboral disminuye los que aportan al sistema. (DE CURREA, 2003, p229)

¹⁶ A raíz de las medidas propuestas en los tratados de libre comercio se afectará gravemente el acceso de la población a medicamentos; sin contar como hechos graves la pérdida de soberanía alimentaria íntimamente ligada con la salud de la población o la mayor flexibilización laboral que pondrá en riesgo el mismo modelo de aseguramiento al desmontar la seguridad social de los trabajadores formales. (PAREDES, Natalia, 2004, p105).

estudo intersetorial, que consegue abranger uma noção de saúde baseada na integralidade, a prospecção que os autores vêm identificando há poucos anos depois da implementação da reforma, constituída na ampliação do acesso da população à assistência em saúde, revela com clareza que havendo a continuação dos processos de flexibilização trabalhista, desemprego e informalidade, poderá se esperar resultados favoráveis em termos de cobertura desta assistência, mas não em relação à utilização efetiva dos serviços de saúde. (CARMONA M., Luz Dary, 2006, p67), (CARDONA; HERNÁNDEZ; YEPES, 2005, p83), (CARDONA, 1999, p171), (PLATAFORMA INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS, DEMOCRACIA E DESARROLLO, 2001, 36), (TORRES; PAREDES, 2007. pp174-5).

Desta maneira, a promessa mais importante da lei 100, a universalização da cobertura, não é alcançada, a crise econômica repercute de forma direta no rumo tomado pelo sistema de saúde. Por esta razão faz-se evidente a necessidade de repensar se a forma mais adequada de financiamento do sistema de saúde é a partir, fundamentalmente, das contribuições de uma parte da população.

Os trabalhadores da saúde são atores inclusos no momento de se pensar na questão trabalhista. Presta-se atenção às concessões que eles têm conquistado historicamente e às condições de contratação assim como às medidas promovidas para modificar o regime trabalhista (DE CURREA, 2003, p221 e p231).

Reconhecem-se como vítimas da implementação do SGSSS os profissionais da saúde, eles têm sido afetados em termos salariais e têm visto vulnerável a sua autonomia. Este último fato tem como atores responsáveis diretamente as instituições privadas de saúde e em sua defesa a corte constitucional tem desempenhado um importante papel (DE CURREA, 2003, p220-1).

Percebe-se os profissionais da saúde como parte dos atores que, em geral, não estão de acordo com a implementação do sistema de saúde, o que é compreensível, porque os profissionais da saúde vêm-se afetados diretamente frente à aplicação da lei 100. Entretanto, reconhece-se que a categoria médica tem, devido a sua tradição histórica, um pensamento conservador que não lhe permite se reconhecer como parte dos atores que se esmeram em defender a materialização da saúde como direito.

Identifica-se uma crítica ao corporativismo que tem existido como expressão da ausência de um projeto social em comum. Hernández (2002, p993) conta que durante os anos sessenta do século passado, quando se ordenou implantar um “sistema único de algum tipo, sobre a base da ampliação da assistência pública” os profissionais da saúde não apresentaram uma proposta unificada como categoria e a igreja católica, que tinha em suas mãos instituições de caridade, não queria ceder seus bens e serviços ao poder central, senão, conservar seus privilégios.

Parece importante destacar, que na análise da relação entre o fator laboral e a saúde se inclui a discussão jurídica frente aos atores responsáveis diante das deficiências na prestação da assistência (DE CURREA, 2003, p233). O debate situa-se entre aqueles atores que defendem a responsabilidade dos profissionais da saúde sem levar em conta as demandas que, em termos éticos, estes enfrentam com o novo sistema de saúde, com o estabelecimento de um plano obrigatório diferente para cada regime e entre os que reconhecem que os trabalhadores da saúde atuam de acordo não somente com o seu conhecimento, mas como resposta às pressões que lhes são impostas a partir do novo sistema de saúde, mas, além disso, incluem às entidades privadas de saúde como responsáveis frente aos problemas de qualidade no atendimento (PAREDES, 2004, p102).

Seria importante adiantar estudos em torno do papel que frente à reforma têm os trabalhadores de saúde, partindo de questões como: Os profissionais da área adotam qual

posição frente à situação da saúde como direito? Eles conseguem unir-se para manifestar sua postura diante da saúde perante o Estado e a sociedade?

Um dos principais esclarecimentos que possibilita o estudo desta temática nos documentos é que os principais problemas do setor da saúde não poderão ser resolvidos satisfatoriamente se não se encaminham mudanças importantes, do tipo macroeconômico e intersetorial. A partir deste trabalho, pode-se afirmar que por não se concluir uma transformação do modelo de desenvolvimento que se reflita em modificações no emprego e na transformação dos atuais indicadores demográficos, entre outros aspectos importantes, as promessas de universalização da assistência e o incremento significativo do acesso ao atendimento integral da saúde não se realizará.

Foram componentes da perspectiva de análise do fator trabalhista e suas implicações no sistema de saúde tratados neste capítulo, análise em torno da relação direta entre a extensão do desemprego e a impossibilidade de ampliação da cobertura. Estes estudos apresentam implicitamente a proposta de transformar de maneira radical a usual tendência que existe e de repensar as fontes de financiamento do sistema, e a proposta de adotar um ponto de vista que inclua aos trabalhadores da saúde na análise do fator trabalhista.

3.3 Acesso ao atendimento

Ligadas à crise hospitalar e ao problema trabalhista estão as dificuldades para obter o atendimento médico. Encontram-se duas tendências na análise das barreiras do acesso: de um lado estudam-se aquelas barreiras que não estão relacionadas com a capacidade de pagamento da população, de outro, o interesse se encontra na barreira econômica de acesso. Neste capítulo serão representados estes dois tipos de barreira de acesso.

Barreiras não-econômicas

Com respeito às barreiras de tipo geográfico, analisam-se as diferenças de acesso que existem entre as zonas urbanas e as zonas rurais (FLOREZ, 2007. p24), (DE CURREA, 2003, p161-1), frente ao qual, argumenta-se que as pessoas localizadas nas áreas rurais não recebem atendimento da mesma qualidade que aquelas que vivem em zonas urbanas (TORRES; PAREDES, 2007, p179) (RODRÍGUEZ; RAMÍREZ, 2005, p113); analisam-se as condições dos marginalizados do campo e da cidade (BALLESTEROS; GAVIRIA; MARTÍNEZ, 2006, p14) comparando-se a negação da assistência das comunidades marginalizadas com a que têm as populações receptoras e se estudam as diferenças de acesso de acordo com o regime em que a população está inscrita (TORRES; PAREDES, 2007, p179).

Avaliam-se também as barreiras do tipo administrativo (RODRÍGUEZ; RAMÍREZ, 2005, p119) analisando-se qual segmento da população acaba sendo o mais afetado, e a carga que representam no acesso. Frente às barreiras culturais, propõe-se criar políticas flexíveis que permitam eliminar as iniquidades deste tipo. São outras barreiras que se mencionam as relacionadas com a idade e as de gênero. (PAREDES, 2003, p67).

Barreiras econômicas

Como parte dos argumentos que compõem esta perspectiva de análise, afirma-se que ainda as pessoas que pertencem a algum dos regimes não têm a possibilidade de receber atendimento porque não possuem dinheiro para cobrir gastos com medicamentos,

hospitalização, co-pagamentos e cotas moderadoras¹⁷ (CÉSPEDES; JARAMILLO; CASTAÑO, 2002, p7).

Outra mostra do processo acelerado de privatização da saúde é o aumento do gasto do bolso que realizam os colombianos: vêm-se incrementando os recursos adicionais destinados pelas famílias ao pagamento de medicações (40% das prescrições de medicamentos em média, por não disponibilizar destes ou por não estarem inclusos no POS), co-pagamentos e cotas Moderadoras. (PAREDES, 2004, p104-5). [tradução nossa]¹⁸

Frente aos gastos do bolso, propõe-se efetuar uma reavaliação e estabelecer como prioridade as necessidades da população. É claro que o problema dos ingressos, ligado diretamente às possibilidades de realização pela forma como foi planejado o sistema de saúde, condiciona substancialmente as oportunidades de assistência.

Os problemas que sofrem os pacientes implicam um processo que transcende o momento da consulta médica, além disso, exigem deslocamentos e a cobertura de gastos imprescindíveis para a recuperação da saúde, tais dificuldades não estão presentes exclusivamente em casos nos quais se vivencia a doença (MEJÍA-MEJÍA; SÁNCHEZ-GANDUR; TAMAYO-RAMÍREZ, 2007, p28 e p36). O que sugerem os dados é que o acesso requer uma reflexão a partir de uma perspectiva ampla, o que leva, necessariamente, a se fazerem análises sobre o atendimento da saúde com um olhar que inclui procedimentos que lhe antecedem.

¹⁷ A seguir encontram-se as definições legais de co-pagamentos e cotas moderadoras que em 2004 estabeleceram o Ministério de Proteção Social e Conselho Nacional de Segurança Social da Saúde: "... Cotas moderadoras. As cotas moderadoras têm por objetivo regular a utilização do serviço de saúde e estimular seu bom uso, ocasionando que os segurados se inscrevam nos programas de assistência integral desenvolvidos pelas EPS." p1. Co-pagamentos. Os co-pagamentos são as contribuições em dinheiro que correspondem a uma parte do valor do serviço demandado e têm como finalidade ajudar a financiar o sistema." P1 (Ministério de Proteção Social e Conselho Nacional de Segurança Social da Saúde, 2004).

¹⁸ Otra muestra del proceso acelerado de privatización de la salud es el aumento del gasto de bolsillo que realizan los colombianos: se vienen incrementando los recursos adicionales destinados por las familias a pago de medicamentos (40% de las prescripciones de medicamentos en promedio, por no disponibilidad o por no estar incluidos en el POS), copagos y cuotas Moderadoras. (PAREDES, 2004, p104-5).

A exclusão, de acordo com a capacidade econômica, não se restringe aos indivíduos e famílias, estende-se aos municípios, os quais, em certas ocasiões, não contam com a capacidade financeira necessária para cobrir as necessidades de saúde das populações (RESTREPO, 2001, p152).

O que se faz claro a mais de uma década de funcionamento do atual sistema é uma crítica à iniquidade no acesso por razões econômicas ou de outro tipo. Apesar de se ter proposto reformar o sistema de saúde em 1993 com a finalidade de eliminar a segmentação, esta continua sendo uma das características da situação da saúde na Colômbia (ECHEVERRY et al, 2004, p57).

Como uma contribuição para se pensar as barreiras econômicas e as de tipo geográfico, cultural, de gênero e administrativas, realizam-se aproximações conceituais que existem frente à equidade, particularmente, apresentam-se três definições igualitaristas baseadas em critérios distintos: *de igualdade de tratamento para igual necessidade, (se supre a necessidade na saúde sem se considerar nenhum critério adicional)... A igualdade de acesso (os custos ou para receber o atendimento seriam iguais) e ... igualdade de saúde (cuja determinação resulta difícil devido à influência que fatores como o educativo e o econômico podem ter)* (HERNÁNDEZ, 2002, p930-1).

Documenta-se sobre os instrumentos legais que têm sido criados para evitar que as barreiras de diferentes tipos continuem impedindo o acesso à assistência (VELEZ; REALPE, DELGADO, GONZAGA-VALENCIA, et al., 2007, p298). É assim como está presente nos textos a pergunta pelas alternativas com que os pacientes contam para ter acesso à assistência médica, particularmente são feitos estudos em torno do uso que a

população faz da tutela, dos quais emerge como sinal dos problemas no atendimento a quantidade de vezes que tem sido interposto este recurso¹⁹.

Contemplam-se também mecanismos de controle desenvolvidos para evitar o impedimento do acesso de toda a população à assistência, sem se fazer discriminações de nenhum tipo. Quem recebe incentivos para que isto seja assim são as EPS. Os incentivos consistem em pagamentos caritativos que se ajustam a variáveis como o sexo e a idade, entrega de somas de dinheiro para que realizem contratos com outra seguradora, e a contratação de provedoras que atendam às zonas geográficas pouco rentáveis.

Pode-se identificar como saída prática para o problema das barreiras de acesso à assistência que se elimine progressivamente a relação pobreza-doença mediante a criação de políticas econômicas orientadas pelo princípio da equidade, que permitam alcançar progressivamente elementos de direito sanitário (RODRÍGUEZ; RAMÍREZ, 2005, p99, p119 e p34).

A capacidade econômica constitui-se em um requisito indispensável para se ter acesso à assistência médica? Esta parece ser uma das perguntas fundamentais para se pensar a situação da saúde como direito na Colômbia. Deriva-se deste questionamento a preocupação pelas implicações que tem para a qualidade do atendimento, a divisão da população em diferentes regimes, o interesse em analisar o papel que têm os gastos do bolso no sistema e pela limitação que estes significam, em termos de acesso, a partir de uma perspectiva que transcende a consulta médica. Os problemas dos municípios para cobrir as necessidades da população e a resposta a mecanismos que empresas privadas de saúde

¹⁹ “O que é a Ação de Tutela? É o mecanismo criado no artigo 86 da Constituição de 1991, mediante o qual toda pessoa pode reclamar perante juízes a proteção imediata de seus direitos constitucionais básicos, quando estes se encontram vulneráveis ou ameaçados pela ação ou pela omissão de qualquer autoridade pública ou dos particulares nos casos estabelecidos na lei. A ação de tutela está regulamentada pelos Decretos 2591 de 1991, 306 de 1992 e 1382 de 2000.” <http://www.personeriabogota.gov.co/?idcategoria=407>. (consulta: abril 29 de 2008).

empregam para deixar de prestar assistência, vislumbram-se como dois eixos de estudo em que se requer aprofundamento.

Os autores destacam que é necessário estudar o peso que têm as barreiras econômicas no acesso à assistência da população, adiantar análises dos gastos que a população tem de desembolsar e concluir investigações que mostrem a possibilidade de acesso que, dependendo do regime ao qual se pertença, tem-se (DE CURREA, 2003, p129). Além disso, os autores sugerem de forma implícita, que os estudos sobre os problemas de acesso devem transcender ao ponto de vista do atendimento ligado à relação entre médico e paciente e preocupar-se com os procedimentos prévios e posteriores a esta.

Deduz-se que há uma proposta de avançar em investigações que documentem as problemáticas do acesso devido a questões diversas à econômica, tais como as relacionadas com condições geográficas, de raça e de gênero.

Neste capítulo apresentaram-se diferentes barreiras que impedem que a população tenha acesso à assistência na saúde, seguidas de algumas saídas que os textos sugerem tomar. Do exposto anteriormente, pode-se compreender que o estudo das barreiras que impedem o acesso à assistência médica é hoje um dos assuntos que merecem ser investigados, porque permitem avaliar a reforma ao sistema de saúde que no caso colombiano prometeu fazer-se extensivo o direito à saúde para toda a população. Incluir nas investigações sobre a saúde como direito a problemática do acesso, permitiria analisar de alguma forma uma das expressões da transformação dos sistemas de saúde na América Latina que, como o propõe Fleury (1990, p3), tem-se caracterizado por ser excludente e iníquo. A análise dos dados permite concluir que a política de saúde deverá partir de uma concepção da saúde como direito para que as diferentes barreiras deixem de ter centralidade na determinação do acesso ao atendimento.

3.4 Desafios para a configuração do sistema de informação da saúde

A insuficiência de informação e os problemas de confiabilidade que esta apresenta caracterizam o sistema de informação do sistema de saúde da Colômbia e de outros países da região. Uma consequência disso é a impossibilidade de avaliar o processo de implementação da reforma dos sistemas de saúde em termos de direito à saúde (VEGA, 2001, p97). A lacuna ou as deficiências de um sistema de informação confiável é uma das principais problemáticas do atual sistema de saúde e se entende como uma explicação às dificuldades que se experimentam enquanto se implanta o SGSSS (CARDONA; HERNÁNDEZ; YEPES, 2005, p85).

A seguir apresenta-se uma série de perspectivas de análises a partir das quais se estuda a forma como se vêm gerando e difundindo cifras sobre a saúde no país. As críticas à forma como se produzem e difundem as cifras partem do pré-suposto de que qualquer avaliação ou intenção de transformação da atual situação da saúde requer contar com um sistema de informação construído por instituições adequadamente estruturadas e com possibilidades de coordenação interna, que garanta a consolidação de cifras processadas de forma rigorosa.

As deficiências encontradas na forma como se constroem as cifras do sistema de informação de saúde, permitem montar um conjunto de características que identifiquem um sistema de informação de saúde mais adequado. Quais são esses problemas?

O estudo do ético e do político que determinam a construção do sistema de informação da saúde é igual aos da investigação da situação hospitalar (reestruturação de instituições públicas, respostas diante da crise hospitalar), das transformações trabalhistas (orientação da política econômica), e das barreiras de acesso (restrições ao atendimento) um eixo central da análise frente a esta problemática: um dos argumentos que mais sobressai frente ao problema da confiabilidade das cifras sobre o setor consiste em que este

não seja exclusivamente técnico, senão que implica necessariamente o ético e o político. De fato, o que se entende é que as dificuldades no sistema de informação obedecem a uma lacuna deste tipo, mais que a uma de natureza técnica. Como parte desta crítica, considera-se que é deficiente e, em ocasiões, ausente a institucionalidade que se responsabiliza por gerar e publicar cifras sobre a ampliação da cobertura, o montante de recursos que devem ser distribuídos e os níveis de pobreza (FUNDACIÓN LA PAZ; FUNSAREP; FORO COSTA ATLÁNTICA, 2005, p101).

Segundo Franco (2002, p57), há diversas maneiras de avaliar os efeitos trazidos pela reforma do sistema de saúde colombiana. A importância do ético e do político na construção do sistema de informação se expressa na forma em que com este organismo se organiza a informação. Dados não catalogados que dão conta da situação por idades, raça, sexo, preferência política e condição sócio-econômica ou pelo contrário, indicadores que dizem pouco sobre variáveis fundamentais, manifestam de alguma forma em que termos interessa a esta instituição a configuração da saúde como direito.

Com os documentos se faz uma crítica à funcionalidade que resultados sobre a atual realidade em termos da saúde como direito se emitem e difundem. A partir desta ótica se sustenta que os critérios de avaliação da situação atual são favoráveis ao sistema de saúde vigente (FUNDACIÓN LA PAZ; FUNSAREP; FORO COSTA ATLÁNTICA, 2005, p101). Seguindo esta idéia, questiona-se sobre a forma em que se mede a linha da pobreza na Colômbia que radica basicamente em problemas de homogeneização frente aos países com capacidade de consumo diferente²⁰. A crítica a esta medição segue uma das recomendações do Comitê de DESC, que inclui um questionamento desta medição e da maneira em que particularmente na Colômbia se estima o custo da cesta básica (DE CURREA, 2003, p129).

²⁰ Em nível mundial a medição da pobreza tem sido criticada pelo professor Pogge (POGGE, Thomas, 2005).

Deduz-se que há uma proposta de se discutir e gerar análises sobre a equidade que permitam contar com esclarecimentos do tipo conceitual e técnico (DE CURREA, 2003, p274). Na mesma linha, encontra-se na documentação analisada uma proposição crítica frente à mudança metodológica que se realizou no ano 2000 no país para medir o desemprego, que se apresenta como uma resposta política frente a modificações técnicas que se tem feito no país. Mas uma vez, lê-se uma proposta para pensar e difundir cifras sobre as principais problemáticas do país a partir da dimensão política e não somente técnica.

A corrupção está presente nas distintas críticas frente à maneira em que se produzem e organizam os dados, trata-se de um problema que se dá enquanto se constrói o sistema de informação e que, portanto, gera e ao mesmo tempo é consequência de problemas de confiabilidade nas cifras. No primeiro caso, entretanto, existem deficiências no processo de coleta de informações (FUNDACIÓN LA PAZ; FUNSAREP; FORO COSTA ATLÁNTICA, 2005, p101); em segundo lugar, à medida que cifras pouco confiáveis geram evasão e erros na distribuição de recursos (estes últimos se calculam com base nos níveis de filiação informados) (RODRÍGUEZ; RAMÍREZ, 2005, p112).

A mortalidade geral é uma das problemáticas para cujas cifras se faz um chamado a emitir considerações a partir de dados sobre diferentes períodos que contam com a característica de estar completos, o qual requeriria eliminar ao máximo os níveis de sub-registro²¹ (ECHEVERRY, 2004, p24). Somente desta forma poderão declarar publicamente juízos sobre os avanços, em torno do estancamento ou frente a retrocessos neste assunto. Como expressão de uma concepção social da saúde, frente às cifras, desde uma postura ética orientada a diminuir indicadores, como a mortalidade materno-infantil, adverte-se sobre a probabilidade de por em risco as conquistas que neste campo são

²¹ Também se fala de um debate em torno dos níveis reais de filiação. (DE CURREA, 2003, p140)

alcançadas levando em conta a situação da qualidade de vida da população (ECHEVERRI, 2004, p24).

Os dados revelam que não se fazem cálculos confiáveis sobre a filiação (HERNÁNDEZ, 2002, p997), (CARMONA M, 2006, p100), o que se explica pela existência de informação parcial ou por contar-se com resultados de aproximações. (DE CURREA, 2003, p140-141). Em algumas ocasiões se superestima o nível de segurados do regime contributivo, que tem realizado EPS, (ALVAREZ, 2001, 122). A informação sobre doenças de notificação obrigatória²² não se coleta oportunamente e se caracteriza pelo sub-registro, além disso, não são confiáveis os dados frente a consultas e hospitalizações (CARDONA; HERNÁNDEZ; YEPES, 2005, p85).

Por último, a falta de coordenação entre as diferentes instituições que fazem parte do sistema de saúde atual é uma das dificuldades que leva a pouca confiabilidade do sistema de informação. Isto pode ser explicado pela natureza diversa dos organismos que compõem o sistema de saúde.

Sugere-se partindo documentação e destas críticas, que um sistema de informação adequado implicaria em atender a um conjunto de critérios: contar com dados coletados de forma oportuna, que estejam completos (portanto, não compreendam exclusivamente alguns setores da população, nem somente das áreas urbanas) e que reflitam a situação que se vive em nível regional e nacional e não somente em certas partes do território. Um sistema de informação que cumpra esta série de características permitiria estabelecer contrastes e comparações espaço-temporais, em nível interno e com relação a outros países

²² “Quais doenças são notificadas e com que periodicidade? Notificam-se 47 doenças, os surgimentos de doenças infecciosas e os falecimentos de causa não explicada onde se suspeite causa infecciosa, em pessoas previamente saudas.” <http://epi.minsal.cl/epi/html/normas/notifique.htm#1> (consulta abril 9 de 2008).

da América Latina e propor políticas de saúde que respondam a necessidades reais da população.

A seguir são apresentadas algumas saídas frente à situação do problema das cifras dentro do sistema de informação da saúde: deduz-se a partir dos dados que é importante incluir nas linhas de investigação sobre a saúde como direito, o interesse em indagar em torno das alternativas que a Colômbia e os países da região possuem para realizar estudos comparativos sobre a situação da saúde. Faz parte da documentação analisada a proposta de se aprofundar nos estudos que abarquem a situação do sistema de informação, com os quais se questione sobre a responsabilidade política que existe a partir dos relatórios que se apresentam sobre o panorama da saúde e que permitam propor saídas práticas e conceituais frente aos problemas de confiabilidade das cifras.

É possível concluir que é necessário estabelecer critérios para conhecer a situação de pobreza, emprego e cobertura que se vive no país, que permitam superar as dificuldades que até o momento se têm nos exercícios de determinação dos níveis destes assuntos (DE CURREA, 2003, p129). Deduz-se igualmente que vale a pena realizar exercícios de construção do sistema de informação que superem os problemas de corrupção na coleta de dados e que permitam contar com informação clara sobre as necessidades da saúde. Este capítulo foi composto por diferentes críticas à forma como se constroem as cifras sobre saúde na Colômbia, que permitiram deduzir um conjunto de características de um sistema de informação que superaria aquele com o qual se conta na atualidade. Estas características implicam transformar radicalmente a forma como se vem construindo o sistema de informação e dão um indício das vantagens que sua consolidação permitira. Para encerrar, apresentaram-se algumas recomendações inspiradas nos dados coletados sobre a temática.

3.5 Estancamento e retrocesso da Saúde Pública

O fato de na Colômbia se experimentar estancamentos ou retrocessos no lugar de avanços na saúde pública, gera grande preocupação em setores acadêmicos, políticos e sociais (FRANCO, 2002, p60). Os intelectuais identificam o ressurgimento de problemas que vinham sendo controlados, os políticos enfrentam novos desafios e a sociedade sofre a realidade que parece ser, em alguns casos, cada vez mais cruel.

Na documentação analisada, realiza-se um estudo da situação da saúde pública a partir de duas perspectivas. De um lado, faz-se um estudo que inclui a reflexão histórica, abordando as distintas etapas dos serviços de saúde em nível latino-americano: uma em que a religião, com suas noções e práticas, assume um papel fundamental; outra em que os trabalhadores têm o lugar importante como resultado dos processos de consolidação do direito ao trabalho; outra em que surgem os ministérios da saúde e em que a saúde pública ocupa um lugar especial) uma fase de debilitação dos sistemas de saúde em que se fala de um “fracasso” dos institutos de assistência social; à que se segue uma fase de “...auge de novos modelos de administração e formação em gerência de saúde em nível de pós-graduação.” a última etapa da qual conta o autor corresponde ao encaminhamento de um processo de endividamento que contraem os países da região (dívida externa) e da incapacidade dos Serviços Nacionais de Saúde de responder às demandas populacionais. Desta última etapa o Estado interventor é uma instituição central. (DE CURREA, 2003, p67-70).

De outro lado, conclui-se uma análise da situação que se vive atualmente em termos de saúde pública a partir de uma ótica que, diferentemente da outra perspectiva, não dedica boa parte de sua análise a uma reflexão de corte histórico de longo prazo. Em seguida, apresentam-se componentes da segunda destas perspectivas, que é da que mais se ocupam os trabalhos.

Faz parte do cenário atual da saúde pública o atraso da promoção da saúde e a diminuição da intervenção do papel estatal. Documenta-se sobre o desinteresse que as empresas privadas de saúde têm em oferecer programas de promoção e prevenção da doença e da medíocre ação que a respeito disso têm desenvolvido: “na maioria das vezes se tem limitado a campanhas publicitárias e educativas sem maiores impactos sociais.” (PAREDES, 2003, p55).

A implementação da reforma sanitária tem-se caracterizado também pela diminuição das coberturas de vacinação em meio a um processo de descentralização (que se sugere estudar) (TORRE, 2005, p168) e de fragmentação do sistema (ALVAREZ, 2001, p115). Critica-se o que se tem realizado em termos de mudanças na sinalização de recursos e se tenham delegado a entes territoriais responsabilidades que antes correspondiam ao governo central, sem que se houvesse uma melhora das capacitações técnicas e acompanhamentos. No tocante à mudança na divisão de responsabilidades e recursos, criticam-se o corte no pessoal técnico no nível central e nos entes territoriais, a desestruturação do sistema de informação e o desmoronamento na capacidade de resposta rápida (CARDONA; HERNÁNDEZ; YEPES, 2005, p87).

O que explica a situação de saúde pública que afeta a Colômbia atualmente? O estado atual da saúde pública pode ser pensado como a) a lei 100, b) as transformações que se vêm introduzindo desde o início da década de noventa. O que indicam parte dos documentos é que, antes de 1993 existiam dificuldades no sistema de saúde (fundamentalmente tratava-se de um sistema corporativista), a implementação da lei 100 tem incidido de forma importante no direcionamento que o setor vem tomando. b) A década dos anos 90, particularmente as mudanças que em termos comerciais começam a instaurar-se na Colômbia a partir desta data explicam o aumento das iniquidades. Sustenta-se que o país venha participando de acordos econômicos que partem de uma idéia

mercantil da saúde e que promovem a liberdade de escolha e a competitividade entre instituições de saúde. É então que a explicação que se encontra frente ao descaso que se tem atualmente com doenças como a dengue, a malária, a cólera e a tuberculose é que não são rentáveis: doenças como a tuberculose que contavam com programas especiais para sua eliminação tem aumentado progressivamente (TORRES; PAREDES, 2007, p176), (PAREDES, 2003, p55), (DE CURREA, 2003, p154). Uma das alternativas que frente a esta situação pode ser considerada é a sua inclusão na agenda de programas para combater este tipo de doenças (DE CURREA, 2003, p154).

Por outro lado, o questionamento em torno da contradição entre o aumento do financiamento e os avanços em assistência estão presentes na análise da situação atual da saúde pública, propondo-se que para pensar nela existem duas vias que não necessariamente se excluem uma a outra (CARDONA; HERNÁNDEZ; YEPES, 2005, p87): a seguir a descentralização e a implementação do sistema. No primeiro caso explicariam esta contradição o processo através do qual os programas verticais passam a ser competência das entidades territoriais, particularmente desta transformação se critica a ausência de um acompanhamento, os cortes de pessoal e a desestruturação dos sistemas de informação que havia. Como parte desta dissertação, encontra-se um questionamento à forma como se tem desenvolvido o processo de descentralização, em particular, a lacuna em termos de apoio técnico, financeiro e administrativo aos municípios para que desenvolvam programas de saúde pública.

A partir da tese da implementação do sistema, critica-se o que os objetivos epidemiológicos que se traziam antes deste sistema tenham sido abandonados, processo ao qual contribui a ausência de incentivos (econômicos) para as IPS e para as seguradoras que lhes permitiram seguir esta orientação (CARDONA; HERNÁNDEZ; YEPES, 2005, p87). Na análise da implementação de iniciativas de modificação da lei 100 está presente um

chamado a revisar as funções que têm, em termos de saúde pública, as seguradoras (TORRES; PAREDES, 2007, p178-179). Até onde chega o Estado frente à saúde pública? Que papel têm as empresas privadas frente à saúde pública? São questionamentos presentes entre os trabalhos que indagam sobre os resultados da lei 100 e suas recentes modificações.

Apresentaram-se neste capítulo duas perspectivas desde as quais se analisa nos documentos abordados a problemática “saúde pública” dando ênfase à segunda delas: abrangeram-se fatos e argumentos que ilustram o estancamento e retrocesso que atravessam a questão da saúde pública, opções para pensar nas causas que estão por trás da situação da saúde pública atual e a pergunta pela contradição entre o aumento do financiamento e os avanços na assistência. Estes elementos analisados podem contribuir de alguma forma para se fazer leituras mais completas em torno da situação atual da saúde pública.

CAPÍTULO 4

ATORES FUNDAMENTAIS NO ESTUDO DA SAÚDE COMO DIREITO: POSTURAS E RESPONSABILIDADES

A seguir, apresentam-se considerações sobre o Estado, instituições particulares de saúde e a sociedade a partir dos documentos analisados.

4.1. O Estado: O papel de instituições criadas com a Constituição Política de 1991 e o questionamento pelo papel do Estado na garantia do direito à saúde.

Na sequência, apresentam-se argumentos identificados nos textos sobre a Assembléia Constitucional e a Defensoria Pública que permitem aproximar-se da função que estas instituições vêm desenvolvendo no cenário da configuração da saúde pública como direito na Colômbia. Percebem-se também idéias que podem ser reconhecidas nos textos analisados sobre o Estado como ator central na concretização do direito à saúde no país.

4.1.1. Assembléia Constitucional e Defensoria Pública

No estudo da saúde como direito na Colômbia, identificam-se como os atores principais a Assembléia Constitucional e a Defensoria Pública, ambas criadas em 1991 com a Constituição Política. Trata-se de quais instituições políticas? Que papel estas instituições possuem na configuração do direito à saúde?

A Assembléia Constitucional criada em 1991 faz parte do poder judiciário e como seu nome indica tem como principal responsabilidade a busca da concretização da Constituição Pública ¹. A Defensoria Pública, criada com a Constituição Política de 1991,

... é um órgão que faz parte do Ministério Público, exerce suas funções sob a suprema direção do Procurador Geral da Nação e corresponde-lhe essencialmente velar pela promoção, o exercício e a divulgação dos Direitos Humanos... tem autonomia administrativa e orçamentária. .

http://juriscol.banrep.gov.co:8080/CICPROD/BASIS/infjuric/normas/normas/DDW?W%3DLLAVE_NORMAS%3D'LEY+24+1992+CONGRESO+DE+LA+REPUBLICA'%26M%3D1%26K%3DLEY+24+1992+CONGRESO+DE+LA+REPUBLICA%26R%3DY%26U%3D1 (Consulta em 10 de abril de 2008) [tradução nossa] ²³

A Assembléia Constitucional vem fazendo contribuições sistemáticas na ampla interpretação das construções jurídicas nacionais mediante o acréscimo de princípios de integralidade (relacionado com a cobertura das contingências que afetam a saúde), de unidade (relacionada com a articulação das partes do Sistema) e de participação (como o próprio nome indica, supõe-se que a comunidade participe no setor), estes complementam aqueles estipulados na Constituição de 1991 (DE CURREA, 2003, p104). No processo de consolidação da Constituição Política de 1991, esta instituição desenvolve também um papel fundamental.

(Depois da formulação dos planos de saúde por parte do Legislativo)...depois, por meio de sentenças da Assembléia Constitucional, obrigou-se à diferentes instituições a ir além do texto da lei 100 e mostraram-se tensões entre esta lei e a Constituição (DE CURREA, 2003, p132).

Na Colômbia, não é toda a população que recebe os mesmos tratamentos e medicação, pode-se afirmar que há uma relação direta entre a qualidade do atendimento que se recebe e o regime de normas da qual faz parte a população. Diversas “pessoas com problemas de inclusão no sistema” (deficientes, população desempregada, não vinculada às

²³ ...es un organismo que forma parte del Ministerio Público, ejerce sus funciones bajo la suprema dirección del Procurador General de la Nación y le corresponde esencialmente velar por la promoción, el ejercicio y la divulgación de los Derechos Humanos. ...tiene autonomía administrativa y presupuestal.

normas subsidiado nem contribuinte, pacientes terminais e doenças catastróficas, pacientes com HIV/AIDS), puderam melhorar o processo de atendimento graças aos pronunciamentos que a Assembléia Constitucional vem elaborando. (DE CURREA, 2003, p183), (ARBELÁEZ, 2006, p213, p206 y p221). Sua função consiste em ampliar a regulamentação que protege a estes grupos populacionais, é desta forma que esta instituição intervém partindo do jurídico em considerações sobre tratamentos, procedimentos e medicação aos que estes atores têm direito.

A Assembléia Constitucional recebe por parte de entidades econômicas e de poder e de instituições privadas de saúde reclamações frente ao trabalho que vem desenvolvendo a partir do marco jurídico internacional em matéria de DESC. Esta instituição chegou inclusive a ser considerada um obstáculo para a implementação do SGSSS¹. Ditas reclamações vão acompanhadas de respostas que apresentam as necessidades financeiras do sistema e o mercado e sua dinâmica como a explicação mais importante que impede ampliar a margem da concretização do direito à saúde, mas, além disso, consideram um exagero a forma de intervenção estatal como instituições como a Assembléia Constitucional e Organizações não governamentais em direitos humanos propõem. (DE CURREA, 2003, p125, p125, p259).

A partir de uma postura na qual o Estado deve intervir na construção das políticas públicas, critica-se que boa parte desta tarefa vem ficando a cargo da Assembléia Constitucional. Para Carlos Alberto Atehortua²⁴, a Assembléia Constitucional e o Conselho do Estado são atores que incidem de maneira considerável no destino das políticas públicas através de falhas judiciais e o processo de elaboração das políticas

²⁴ ¹ Pode identificar-se uma tensão nacional entre algumas instituições: por um lado organismos econômicos e do outro a Assembléia Constitucional e Organizações não governamentais de direitos humanos.

² A apresentação de Carlos Alberto Atehortua sustenta a discussão sobre o direito à saúde, mesmo que o tema que defende não seja a saúde diretamente, mas sim os serviços públicos. “Seminário Nacional de Políticas Públicas. Teoria e estudos de caso”, organizado pelo Instituto de Estudos Políticos da Universidade de Antioquia e pela Escola de Governo e Políticas Públicas Guillermo Gaviria.

públicas não deveria estar liderado por altas assembleias. A partir deste ponto de vista, o setor judicial deveria acompanhar-lo na elaboração das políticas públicas e agentes sociais. Nestas instâncias, compete-lhes a criação de políticas públicas, e pelo menos a existência do governo atende, entre outras razões, à necessidade de elaborar políticas sociais.

A defensoria pública é uma entidade estatal que tem documentado o uso que a população vem fazendo da ação de tutela, criada em 1991 junto com a Constituição Nacional, como instrumento de defesa do direito à saúde ao alcance da população cujo uso é cada vez mais freqüente em saúde para buscar acesso aos procedimentos, intervenções e medicação. (VÉLEZ; REALPE, GONZAGA-VALENCIA, 2007, p298). Nos casos em que a vida e a integridade pessoal se vejam ameaçadas, a tutela tem sido um mecanismo efetivo ao qual a população tem recorrido com grande freqüência.

Entre 1999 e 2003, a Assembléa Constitucional recebeu aproximadamente 145 mil ações de tutela, das quais 25% pede o direito à saúde... . Do total de tutelas em saúde, estima-se que 71% sustenta-se na violação do direito a atendimento, ocasionados pela negação das EPS a proporcionar os serviços contidos no POS... De não haver existido este mecanismo, mais de 80 mil pessoas ficaram sem o cuidado sanitário ao qual legalmente tinha acesso. (RODRÍGUEZ; RAMÍREZ, 2005, p119) [tradução nossa]²⁵

Esta Instituição difunde informações de diferentes formas que servem à população para exigir seus direitos (DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2006, p7) e que incorpora elementos jurídicos internacionais em direitos humanos como formas de avaliação da política pública de saúde (DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2003, p4 y p11). A defensoria pública é, além disso, um referente que permite aproximar-se das ações nas quais se transgride o direito à saúde por parte de instituições privadas, ao perceber mecanismos

²⁵ Entre 1999 y 2003, la Corte Constitucional recibió cerca de 145 mil acciones de tutela, de las cuales el 25% invoca el derecho a la salud... . Del total de tutelas en salud, se estima que el 71%...se sustenta en la violación del derecho a la atención, ocasionado por la negación de las EPS a proporcionar los servicios contenidos en el POS.... De no haber existido este mecanismo, más de 80 mil personas hubieran quedado sin el cuidado sanitario al que legalmente tenían acceso... . (RODRÍGUEZ; RAMÍREZ, 2005, p119)

perversos que estas entidades aplicam para não atender às demandas de atendimento (TORRES; PAREDES, 2007, p178).

Conforme Gallón (2004, p130), com relação à Assembléia Constitucional, a Defensoria Pública e as entidades tanto estatais (as que fazem parte do Ministério de Proteção Social) como as particulares, existe uma discussão relacionada com o Estado Social de Direito, na qual se defende por um lado a existência de organismos que zelem pelo cumprimento dos mandatos constitucionais e de mecanismos de defesa dos direitos fundamentais e de uma postura que advoga pela redução destes instrumentos e esta parte da institucionalidade a partir da qual pode fazer-se uma defesa do direito à saúde.

Os estudos sobre a saúde como direito que de fato se efetive deverão questionar sobre o papel que assume o poder judicial na construção de políticas públicas de saúde, pela centralidade que as instituições que a compõem vêm tendo mediante a ampliação da regulamentação em saúde. É pertinente que se fortaleçam institucionalmente a Assembléia Constitucional e a Defensoria Pública, especificamente faz-se necessário que estes organismos continuem viabilizando a importância que tem a adoção do discurso dos direitos humanos por parte do Estado colombiano.

Os documentos indicam que Estado colombiano possui certa heterogeneidade interna, na medida em que algumas de suas instituições afastam-se um pouco da tendência a liberar a política social e fundamentam suas atuações jurídicas e políticas nos princípios e características do direito à saúde. É possível observar nesta parte do texto, as razões pelas quais a Assembléia Constitucional e a Defensoria Pública são atores principais no entendimento da saúde como direito. Como argumentos que justificam que a Assembléia Constitucional seja uma instituição fundamental encontram-se: que esta Assembléia contribua de forma sistemática a uma interpretação ampla das construções jurídicas

nacionais; que o processo de atendimento para grupos especiais de pessoas haja melhorado a partir de ações judiciais desta instituição.

O tipo de consideração que deste organismo fazem as entidades econômicas e de poder e as instituições privadas de saúde, são razões que consideram a centralidade da Defensoria Pública os relatórios que este ator faz sobre o uso da ação de tutela e a difusão de informações que pode servir à população para exigir a efetivação do direito à saúde. Nesta parte, além do mais, apresentou-se a crítica à centralidade que a Assembléia Constitucional vem fazendo diante da construção de políticas públicas junto a sugestões de corte prático e investigativo.

4.1.2. Responsabilidade estatal diante da saúde como direito.

Quem os autores dos trabalhos consideram o responsável pela garantia da saúde como direito? Mesmo quando a participação da sociedade civil na efetivação da saúde como direito é uma preocupação da ciência política contemporânea, na discussão sobre a natureza do público, uma das perguntas fundamentais continua sendo: É o Estado o responsável em garantir que a saúde seja direito? (RABOTNIKOF, 1993, p81).

Os documentos referem muitas ocasiões em que o Estado tem uma forte responsabilidade frente à garantia da saúde como direito. O reconhecimento dos trabalhos que em matéria de direitos humanos têm sido criados e ratificados pela Colômbia, especificamente o tratado dos DESC, e a partir dos resultados obtidos pela forma como o Estado vem intervindo nas últimas duas décadas, dão fundamentos políticos e jurídicos a este argumento.

A partir do bloco de constitucionalidade se aceita que na Colômbia os tratados internacionais que se ratificam pelo Estado têm predomínio sobre as determinações e normas internas. Seguindo esta idéia, encontra-se um interesse por estabelecer de forma

clara que as liberdades que as instituições estatais devem preservar não se limitem às civis e políticas e, portanto, implicam obrigações de caráter positivo.

Os direitos civis e políticos dão a entender principalmente as obrigações de omissão com um modelo de Estado auto-contido. Os DESC implicam obrigações de ação do Estado cujo modelo ideal é o de uma sociedade auto-ativa e um Estado permanentemente protetor. Requerem uma adequada designação de recursos para garantir seu conteúdo mínimo essencial e um desenvolvimento progressivo para conseguir sua garantia crescente e sustentável. (PAREDES, 2003, p27) [tradução nossa]²⁶

Encontra-se uma crítica frente ao Estado colombiano que consiste na contradição de que mesmo que o país tenha avançado formalmente através da assinatura de acordos em matéria de direitos humanos, ainda não existem suficientes mecanismos internos que garantam sua efetividade (ARBELÁEZ, 2006, p329). Neste ponto, há uma semelhança ao projeto que sob o subtítulo “sociedade” apresentava-se nos documentos sobre a insuficiência que representam os instrumentos jurídicos em matéria de direitos humanos. Encontra-se um interesse em especificar, interpretar, divulgar e construir parâmetros de avaliação da política pública partindo deste tipo de acordos internacionais. (PAREDES, 2003, p27) (DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2003, p139), como parte dos aportes à tarefa de estabelecer esclarecimentos frente às obrigações do Estado.

Identifica-se também um questionamento referente ao tipo de participação que o Estado vem fazendo principalmente desde começos dos anos noventa entre cujos efeitos encontram-se a falta de liquidez dos hospitais com a conseqüente degradação da qualidade

²⁶ Los derechos civiles y políticos aluden principalmente a obligaciones de omisión con un modelo de Estado auto-refrenado. Los DESC implican obligaciones de acción del Estado, cuyo modelo ideal es el de una sociedad permanentemente auto-activada y un Estado activamente protector. Requieren una adecuada asignación de recursos para garantizar su contenido mínimo esencial y un desarrollo progresivo para lograr su garantía creciente y sostenida. (PAREDES, 2003, p27)

do atendimento, especialmente para as pessoas que pertencem aos estratos de mais baixa renda e com menores possibilidades educativas (HERNÁNDEZ BELLO; VEGA, 2007, p64), (DE CURREA, 2003, p170 y p202). Faz parte das descobertas que mostraram as análises referentes ao papel do Estado a partir do começo dos anos noventa, o questionamento sobre o apoio que o Estado oferece à competência entre entidades de natureza diferente. (DE CURREA, 2003, p131):

(Instituições públicas e privadas)...instituições de natureza e regimes diferentes cuja competência não significa, como afirmam alguns, uma atividade complementar, mas sim um subsídio do Estado aos serviços privados... . (DE CURREA, 2003, p131)²⁷

Há, igualmente, uma crítica aos mecanismos através dos quais o Estado vem intervindo nos processos de prestação de serviços de saúde, a partir da qual propõe-se reorganizar a maneira como se transferem os recursos às diferentes dependências estatais. Sobre este último ponto, embora não se reduza a este assunto, a intervenção do Estado está intimamente ligada às propostas sobre a quantidade de recursos destinados à saúde e a forma como estes se distribuem, frente ao qual surge um acordo, pois, o problema na Colômbia é mais que de quantidade de recursos, de sua administração e distribuição. Desta forma, enquanto parte dos recursos não se destinam de forma adequada, como resultado, por sua vez, de problemas no sistema de informação (RODRÍGUEZ; RAMÍREZ, 2005, p113); trata-se também de um problema de administração e distribuição de recursos, porque assim demonstram os resultados ineficientes que para o regime subsidiado se dão em termos de serviços de saúde e assuntos administrativos. (CÉSPEDES; JARAMILLO; CASTAÑO, 2002, p20). Que soluções propõem-se diante disso?

²⁷ (Instituciones públicas y privadas)...instituciones de naturaleza y regímenes diferentes cuya competencia no significa, como afirman algunos, una actividad complementaria sino un subsidio del Estado a los servicios privados... . (DE CURREA, 2003, p131)

Para enfrentar o problema, precisam-se alguns ajustes em termos de planos, com a finalidade de introduzir processos administrativos menos complexos; no entanto, é principalmente nas Direções Territoriais de Saúde que deve atuar, com a finalidade de fortalecer seus processos de supervisão e controle. Neste sentido, com a consolidação do processo de descentralização na Colômbia e o fortalecimento operativo das agências reguladoras sub-nacionais, cabe esperar uma maior eficiência do gasto social destinado a subsidiar o seguro dos segmentos mais pobres da população. (CÉSPEDES; JARAMILLO; CASTAÑO, 2002, p20) [tradução nossa] ²⁸

O Estado colombiano, que divide com outros governos de América Latina como o brasileiro e o chileno uma dívida com a população em matéria de DESC, deve assumir suas obrigações e deve estar atento para que seja ativo o papel que a sociedade assume no processo de elaboração das políticas públicas de saúde. No Brasil, a pesar de contar com uma Constituição avançada, existem condições de pobreza e violência (MENICUCCI, 2007, p55 y p57); o Chile caracteriza-se por uma alta concentração econômica e a Constituição que o rege foi imposta na década de oitenta. (ALAMES, 2007, p68), (RESTREPO, 2000, p665).

Neste parágrafo apresentaram-se os argumentos que mostram uma posição na qual o Estado tem uma responsabilidade essencial na garantia de saúde como direito a partir do reconhecimento dos tratados que em matéria de direitos humanos internacionais e a partir dos resultados da intervenção do Estado.

²⁸ Para atacar el problema, se precisan algunos ajustes en términos de diseño, con el fin de introducir procesos administrativos menos complejos; sin embargo, donde hay que actuar principalmente es en las Direcciones Territoriales de Salud, con fin de fortalecer sus procesos de supervisión y control. En esta dirección, con la consolidación del proceso de descentralización en Colombia y el fortalecimiento operativo de las agencias reguladoras subnacionales, cabe esperar una mayor eficiencia del gasto social destinado a subsidiar el aseguramiento de los segmentos más pobres de la población. (CÉSPEDES; JARAMILLO; CASTAÑO, 2002, p20)

4.2. Instituições privadas de saúde

O estudo da função que as instituições privadas de saúde desempenham no sistema de saúde colombiano responde a diferentes perguntas? Que fatos permitem afirmar que os princípios das instituições privadas de saúde determinam o tipo de atendimento que se oferece à população? Com base em que razões justificam-se a participação das empresas privadas de saúde no sistema de saúde? O que pensa a sociedade sobre o atendimento que recebe por parte das instituições privadas de saúde? E de que forma a sociedade pode às falhas que encontra no atendimento por parte destas instituições?

Os dados indicam que os princípios das IPS têm uma incidência direta na possibilidade de acesso sem restrições ao atendimento em saúde e a possibilidade de que esta seja de qualidade. As empresas privadas têm como principal finalidade aumentar progressivamente os lucros (RODRÍGUEZ; RAMÍREZ, 2005, p119), (PAREDES, 2003, p86) e fazem parte de um contexto de mercado que gera iniquidades. (TORRES; PAREDES, 2007, p178-179).

Parte dos estudos sobre o tipo de atendimento que oferecem as entidades privadas de saúde mostram que os serviços de urgências são negados em repetidas ocasiões, porque os pacientes não têm condições de pagar ou não fazem parte de entidades com as quais tenham contratos. Este último indica que os obstáculos de tipo administrativo determinam a prestação dos serviços (PAREDES, 2003, p92). Não obstante, as instituições privadas de saúde encaminham os pacientes “caros” às instituições públicas, fato que não pode deixar de considerar-se ao pensar nos problemas financeiros pelos quais atravessam os hospitais (DE CURREA, 2003, p173-174 y p237). Além de apresentar estas que se consideram estratégias utilizadas pelas entidades privadas de saúde, sustenta-se que a verba destinada a

cobrir custos de patologias ou de grupos diagnósticos concentram-se em poucas instituições privadas. (PINTO; CASTELLANOS, 2004, p50).

Os dados referentes aos debates sobre eficiência e qualidade exibem um cenário no qual as instituições privadas de saúde e seus representantes justificam sua presença a partir de problemas de ineficiência e déficit da qualidade do atendimento em saúde prestada por entidades públicas, e no qual, a partir de setores acadêmicos e políticos emergem fatos que fazem pensar que existem mitos como o da eficiência e da qualidade, entre outros, a partir dos quais mentem-se como parte do SGSSS, atores cujo interesse é essencialmente econômico (DE CURREA, 2003, p160, p240.), (TORRES; PAREDES, 2007, p178), (PAREDES, 2003, p92), (HERNÁNDEZ, 2002, p933).

Deduz-se, a partir da documentação analisada, que a mistificação que se construiu sobre as instituições públicas de saúde, seja devido a relação desta com o antigo sistema de saúde (Sistema Nacional de Saúde). Dentro desta unidade de leitura deste trabalho, pode identificar-se perguntas a respeito, entre as que se ressalta aquela que questiona se o atual sistema de saúde teve entre suas origens as deficiências em cobertura e problemas de equidade do antigo sistema. Os dados indicam que há argumentos que encontram em ditas deficiências justificáveis por parte do governo para desenvolver a reforma do setor.

Junto aos problemas de cobertura e igualdade, fazem parte do conjunto de dificuldades que se consideram justificativas de mudança, os problemas de administração e a falta de prestação de atendimento com qualidade por parte das instituições hospitalares. A razão pela qual estes aspectos consideram-se mais justificativas que explicações reais de mudança do sistema, fundamenta-se principalmente nos resultados que a mais de uma década de implementação da reforma fazem-se evidentes. (DE CURREA, 2003, p175 y P247). Deste modo, a principal razão pela qual se baseia esta crítica é que apesar da base

institucional do setor saúde ter sofrido mudanças, os problemas que existiam sob o Sistema Nacional de Saúde ainda persistem.

Em resumo, são duas as perspectivas frente às entidades de saúde que funcionam no Sistema Nacional de Saúde: uma visão a partir da qual apresenta uma explicação frente aos problemas que respondem às necessidades de saúde da população que tem a ver com a essência das instituições de saúde que começaram a funcionar dentro do novo sistema de saúde, especificamente com o fato de tratar-se de entidades que prestam serviços de má qualidade; e uma visão que se encontra nos fatos, como a implementação da lei 100 e o rumo que tomou a política de emprego a partir da última década do século passado, os fatores que melhor permitem compreender as deficiências na qualidade de atendimento.

O interesse em analisar os resultados da entrada de novos atores no sistema, se expressa no estudo da percepção que os usuários têm dos serviços de saúde que recebem, com o questionamento: Qual é a opinião dos pacientes sobre o servidor de saúde? São atendidos adequadamente? E as instituições de saúde são organizadas? O anteriormente mencionado mostra-se a partir de Villarreal y Month (2005, p8) com cujo trabalho buscou-se fazer uma identificação das principais causas que incidem para que se apresentem perdas de atendimento em saúde em Sincelejo-Sucre.

As razões apresentadas pelos usuários para caracterizar a qualidade do atendimento como ruim ou deficiente foram em ordem: atendimento demorado 52,1%, funcionários grosseiros 38,5%, descaso dos funcionários 37,5% e falta de organização 13%. Razões como: a chegada tardia de funcionários, designação de um dia para a compra de fichas anteriormente à retirada das amostras de laboratórios e para a entrega de resultados antes do dia da consulta médica, assim como estragos em aparelhos, foram os argumentos utilizados pelos usuários para caracterizar como demorado o atendimento em saúde. [tradução nossa]²⁹

²⁹ Las razones dadas por los usuarios para calificar la calidad de la atención como mala o deficiente fueron en su orden: atención demorada 52.1%, personal grosero 38.5%, incumplimiento de los funcionarios 37.5% y falta de organización 13%. Razones como, la llegada tarde de

Existe uma preocupação pelas respostas de tipo jurídico que diante de fatos como estes se apresentam às entidades prestadoras de serviços de saúde. Qual porcentagem das faltas de ação de tutela vem-se elaborando para X ou Y entidade? É a pergunta que responde ao mencionado interesse. Deste modo, a partir do cenário jurídico pode analisar-se o papel que assumem as entidades prestadoras de serviços de saúde dentro do sistema de saúde, e é possível, portanto, repensar a estrutura institucional da mesma. (DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2003, p30)

Neste parágrafo sobre instituições privadas de saúde como um dos principais atores da situação atual da saúde como direito na Colômbia no contexto da reforma do sistema de saúde, foram apresentados argumentos que respondem as perguntas que servem para abordar a participação das instituições privadas de saúde no sistema de saúde colombiano.

4.3 Um ator essencial para o reconhecimento da saúde como direito: A Sociedade

O direito à saúde está relacionado aos instrumentos jurídicos criados, mas também e necessariamente pelo reconhecimento da saúde como direito pela sociedade. (GALLARDO, 2006, p55).

O interesse em fazer com que a saúde, como direito, deixe de estar relacionado exclusivamente pela existência de acordos e passe a ser reconhecido também pelos setores sociais e políticos, assim como o questionamento pela forma como a sociedade valoriza a

funcionarios, asignación de un día para compra de fichas anterior a la toma de las muestras de laboratorios y para la entrega de resultados anterior al día de la cita médica, así como daños en equipos, fueron las argumentos utilizados por los usuarios para calificar como demorada la atención en salud.

saúde como direito, guiam os diferentes argumentos que neste capítulo apresentam-se a respeito da sociedade como ator fundamental ao analisar a saúde como direito.

Não basta que o direito à saúde se destaque nos acordos ou como conquista da lei, inclusive é mais importante que os diferentes setores políticos e sociais, o considerem como direito de fato. (PAREDES, 2003, p98) [tradução nossa]³⁰

É um questionamento presente nos trabalhos: Qual é a postura da sociedade diante dos mecanismos e instituições que exigem o direito à saúde? Este questionamento implica aproximar-se à forma como a sociedade percebe a Constituição de 1991, sobre o qual Currea (2003, p273) apresenta o seguinte:

... o sentir geral da população colombiana, com respeito à Constituição de 1991, é que suas grandes conquistas são precisamente a tutela e a criação da Defensoria Pública e da Fiscalização geral. (PAREDES, 2003, p98) [tradução nossa]³¹

Faz parte do mesmo questionamento, o interesse por compreender a importância que se outorga às idéias que a sociedade tem dos DESC, através de perguntas pelo grau de incorporação que dentro da mentalidade dos colombianos têm as iniciativas que servem para evitar qualquer forma de discriminação e pelas respostas que se constroem diante da tributação das instituições públicas de atendimento em saúde (PAREDES, 2003, p64) (TORRES, Mauricio y PAREDES, Natalia; 2007). Neste sentido, estabelece-se como desafio consolidar um movimento de caráter nacional que tenha incidência nas decisões que são tomadas a partir do estado frente à política de saúde (TORRES; PAREDES, 2007, p185). Os congressos desenvolvidos com esta finalidade (entre outros o II Congresso pela

³⁰ No basta con que el derecho a la salud figure en los pactos o como desarrollo de la ley, es mas importante aun si los diferentes actores políticos y sociales lo consideran como verdadero derecho (PAREDES, 2003, p98)

³¹ ...el sentir general de la población colombiana, con respecto a la Constitución de 1991, es que sus grandes logros son precisamente la tutela y la creación de la Defensoría del Pueblo y de la Fiscalía General... (DE CURREA, 2003, p273)

Saúde e Seguridade Social que aconteceu no ano de 2004 em Bogotá) são parte dos componentes deste caminho que se propõe.

Considera-se também a sociedade ao pensar em um modelo de saúde alternativo que seja universalista, com participação social e que parta do reconhecimento da saúde como direito (CARMONA, 2006, P160), particularmente, incluem-se nas análises, as propostas que são elaboradas por diversos setores sociais como agricultores, estudantes e operários.

A forma como a população percebe seu estado de saúde é um assunto que se investiga, partindo da pergunta pela relação que as contribuições têm com a percepção da saúde. (GONZÁLEZ et al, 2005, p120). Este é um dos pontos sobre o qual valeria à pena continuar investigando, dada sua importância no avanço teórico sobre a justificativa social, campo no qual se pode abrir a margem de fatores que determinam a saúde.

Considera-se também a percepção da sociedade para questionar sobre a relação entre fatores econômicos e de saúde, partindo do reconhecimento de que não são somente determinantes econômicos, mas também sociais os que incidem nas idéias que se constroem sobre saúde. (GONZÁLEZ et al, 2005, p131). González (2005, p131) ressalta que existem estudos que mostram a incidência que determinantes sociais têm nos resultados de igualdade, portanto apresentam uma perspectiva na qual não basta a imparcialidade no financiamento para garantir a igualdade no sistema de saúde. Segundo Paredes (2003, p124), o interesse por ouvir a sociedade, está ligado ao reconhecimento da importância de planificar políticas que se adaptem e compreendam as necessidades da população e que sejam flexíveis. A partir da preocupação pela participação social, adverte-se sobre a necessidade de realizar mudanças institucionais, que promovem a oportunidade de uma sociedade que participe na eleição de representantes com interesses mais coletivos que de sindicatos. (RESTREPO, 2001, P182)

Dos documentos que possibilitam elaborar este capítulo, infere-se que a elaboração e implementação de políticas públicas de saúde deverão ter a participação social entre seus componentes principais. Desta forma, se transcenderia uma perspectiva “Estadocêntrica” e se poderia pensar em um plano de políticas que suprisse as necessidades e desejos da população. Entende-se a partir dos referidos textos, que a participação social além de gerar um dever de replanejamento das obrigações do Estado, permitirá repensar os mecanismos de exigência do direito à saúde que existem e seu uso, e avaliar os efeitos do andamento da nova organização institucional do sistema de saúde a partir do começo dos anos noventa.

Pode-se inferir também, a partir da parte da documentação analisada sobre este ator, que estudos que consideram o papel da sociedade frente à implementação da reforma deverão incluir, em suas análises, possibilidades de consolidação de movimentos sociais e avanços nos diálogos entre a sociedade e a construção de políticas públicas de saúde. (TORRES; PAREDES, 2007, p185).

Como menciona Sonia Fleury (1987, p16), o surgimento de atores coletivos que reclamam igualdade é um problema histórico do capitalismo. A partir desta perspectiva e considerando que a política pública de saúde colombiana tem características de uma visão liberal da política social (promoção do individualismo, transferência de funções estatais para entidades privadas, promoção do mecanismo de competência), a resposta social que se constrói frente à implementação da lei 100 atua com um papel importante no processo de reconhecimento da saúde como direito no país, assim como na possibilidade de ampliar de forma progressiva o significado de saúde como um direito no país.

Faz parte dos assuntos apresentados sob o título “sociedade”, o interesse em conhecer a forma como a sociedade vê os mecanismos e instituições de cobrança do direito à saúde a partir das perguntas: Como concebe a sociedade um modelo de saúde alternativo? Como a população percebe seu estado de saúde? E que tipo de participação a

sociedade tem na construção das iniciativas legislativas em saúde? Junto a estes elementos apresentaram-se algumas sugestões que se inferem a partir dos textos.

Se com essa dissertação, identificaram-se atores importantes no cenário da saúde como direito, surge a pergunta pelas instituições e indivíduos que documentam a situação da saúde como direito, àqueles que fizeram parte da unidade da leitura deste trabalho. São interrogantes a desenvolver em estudos posteriores. Quem escreve sobre saúde como direito? São autores estatais? São autores sociais? E que lugar ocupam no contexto jurídico, político e social da saúde como direito.³²

³² É fundamento metodológico deste exercício no qual os autores entendem-se como atores, o desafio da análise do conteúdo oferecido por Galeano, isto é, o desafio de contextualizar os documentos abordados perguntando-se: Quem escreve? (GALEANO, 2004. 239p).

5. CONCLUSÕES

A abordagem da questão da saúde como direito, permite avaliar alcances e limites da reforma do sistema de saúde colombiano, pensar estratégias e mecanismos e replanejar estruturas e funções de atores públicos e privados. A partir deste trabalho, pode-se identificar visões a partir das quais se vêm tratando a saúde como direito na Colômbia, em especial, os argumentos que sustentam a discussão referente à maneira como se configura a reforma ao Estado e os direitos sociais.

A partir de fontes variadas e de uma perspectiva interdisciplinar, os trabalhos analisados, como vimos, permitiram identificar contribuições a discussões conceituais e teóricas centrais para pensar a saúde como direito e a responder perguntas relacionadas com a construção das políticas públicas e das responsabilidades frente à garantia do direito à saúde e suas exigências.

O trabalho deixa bastante claro a tensão que existe entre uma perspectiva que encontra na liberdade de mercado a melhor opção para construir a política de saúde e uma orientação na qual se propõe que é preciso regular, por parte do Estado, as respostas à problemática de saúde individual e coletiva. Este trabalho apóia-se na convicção de que a compreensão profunda destas duas posturas e a avaliação dos resultados que as mudanças realizadas vêm gerando, são fundamentais para a discussão da organização atual do sistema de saúde, em especial, na perspectiva de vislumbrar alternativas que contribuam para fazer com que a saúde, como direito, seja uma realidade.

Este estudo comparativo ajuda-nos a pensar que é preciso transcender a análise setorial e de curto prazo, que tem sido hegemônica na área da saúde, para compreender a saúde como direito na Colômbia. Desta maneira, se permitiria superar a visão biologist

buscando incorporar o sócio-político e não exclusivamente o físico e o patológico. Este tipo de leitura pode efetuar-se a partir de uma idéia de saúde como assunto de caráter bio-psico-social, relacionados aos processos que vivem indivíduos e grupos cujos problemas e desejos podem resolver-se e potencializar-se na medida em que se reconheçam como cidadãos.

No caso da Colômbia, a preocupação com a saúde como direito está relacionada aos processos políticos determinantes tais como: a Constituição Política de 1991, a trajetória histórica que havia no país antes da formulação a lei 100 de 1993, as relações entre saúde e campos como o educativo, o cultural e o econômico e a conjuntura social e política.

Avaliar a situação da saúde como direito no contexto da reforma do sistema de saúde, ofereceria linhas teóricas e políticas que permitiriam orientar as atuações do Estado e dos cidadãos.

Estes parâmetros manifestam obrigações que o Estado deve cumprir e indicam a margem de exigência e resistência que a população tem frente às problemáticas que enfrenta regularmente.

O conjunto dos atores identificados nesta dissertação evidencia a importância em incluir tanto a organismos estatais, como nas instituições privadas e na sociedade, o pensamento da saúde como direito na Colômbia. Os argumentos com relação aos tais atores permitem reconhecer a vigência do debate com relação às visões sociocêntricas e estadocêntricas no setor saúde. Nos trabalhos abordados sobrepõe-se a idéia de que a sociedade merece ser reconhecida e investigada tanto pelo campo político como pelo acadêmico, e o Estado deve retomar as responsabilidades sociais e continuar tendo um peso significativo dentro das análises da reforma.

Através das investigações sobre a saúde como direito, observa-se que o estudo da percepção social representa uma contribuição importante para a análise dos papéis

outorgados a indivíduos, grupos e suas relações com o Estado. Os estudos sobre o Estado e seu papel têm vigência, no entanto estão ligados diretamente à possibilidade de garantir o direito da saúde e sua universalização; o Estado é uma das instituições políticas determinantes na tendência que seguem as condições de atendimento em saúde, a acentuação da degradação do panorama em saúde na Colômbia ou sua modificação.

O estudo representa também uma contribuição para a avaliação dos resultados que frente ao atendimento em saúde vem tendo a entrada no setor de novas instituições (privadas), em espaços e com responsabilidades que antes correspondiam ao Estado.

A análise desenvolvida nesta dissertação permitiu identificar a crise hospitalar, a situação trabalhista, as barreiras que dificultam o acesso ao atendimento, a construção do sistema de informação e o estado da saúde pública, pontos chave que necessariamente terão que avaliar-se para conhecer o panorama atual que se vive na Colômbia em termos de direitos humanos.

Em primeiro lugar, a aproximação a estas temáticas oportuniza o questionamento em relação aos resultados que mecanismos, estratégias políticas e transformações institucionais, vêm gerando a partir da implementação da reforma ao sistema de saúde, em segundo lugar, o interesse em estudar este conjunto de problemáticas permite questionar-se pelos determinantes e perspectivas que existem para entender a situação da saúde como direito no país.

Em relação ao contexto em que vivem os hospitais e as peculiaridades que têm caracterizado a política econômica nacional, a análise da documentação indica que seguirá crescendo a tensão entre construções legais internacionais e nacionais favoráveis ao direito à saúde e o desenvolvimento interno da política social. As instituições hospitalares debatem sobre a lógica da responsabilidade social e a da rentabilidade, a crise financeira que atravessam. Como consequência disso o contexto competitivo gerou fechamentos

progressivos que se tornam preocupantes frente às necessidades que apresentam os pacientes. Por outro lado, o sistema de saúde atual está relacionado diretamente às contribuições que fazem os incorporados ao regime contributivo, o qual necessita repensar e reformular; é um desafio criar políticas anticíclicas que permitam ao Estado contar com a capacidade de satisfazer de maneira adequada às necessidades sociais da população.

A distância entre os DESC (direitos econômicos, sociais e culturais) e a adoção que destes se faz juridicamente na Colômbia poderá ser diminuída na medida em que se apliquem as recomendações já existentes para superar este tipo de limitação e, paralelamente, elaborem-se políticas sociais e econômicas que respondam a critérios essencialmente sociais.

A análise de elementos centrais para refletir sobre as barreiras que impedem que a população tenha acesso aos serviços de saúde, as considerações que podem propor-se frente à forma como vem sendo construídos no país o sistema de informação e as avaliações sobre o estado atual da saúde pública, são contribuições, incluídas nesta pesquisa, que ilustram de alguma maneira mudanças que a partir do começo dos anos noventa do século passado vêm sendo incorporadas. A geração e recuperação de oportunidades, programas e recursos econômicos humanos e tecnológicos que permitam melhorar as condições de saúde de toda a população representam desafios na elaboração da política nacional de saúde.

Aproximar-se das diferentes problemáticas e dos atores centrais, que fazem parte do cenário da saúde como direito, permite entender que os DESC são ferramentas com as quais a Colômbia conta no processo de consolidação de cidadania e significam um desafio para as instituições públicas, para os indivíduos e para as organizações sociais.

O estudo particularizado e ao mesmo tempo interdependente de cada problemática e ator fundamental que foi tratado nesta dissertação permitiria orientar as reflexões e

interpretações do panorama atual da saúde como direito na Colômbia no contexto da reforma do SGSS. Por esta razão, cada um destes componentes principais pode constituir uma linha de pesquisa sobre a saúde como direito.

A partir dos trabalhos analisados, surge como uma linha de pesquisa o estudo dos determinantes econômicos e a discussão a respeito da distribuição dos recursos relacionados às possibilidades com as quais conta a população para obter recursos frente às suas demandas e aspirações em saúde. Isso requereria considerar-se a relação que aspectos não econômicos tais como os culturais ou os e tipo geográfico têm na possibilidade de configuração do direito à saúde.

Uma das críticas mais importantes que se pode observar neste trabalho é que a distribuição dos recursos para a saúde é um dos fatores que explica em grande parte porque ainda não foi possível superar as dificuldades dentro do setor saúde e inclusive tenham surgido novas problemáticas. Esta perspectiva tem relação com a idéia que vem sendo proposta para a região, a partir da qual mais que o crescimento econômico é a distribuição da renda e as desigualdades no acesso aos serviços de saúde o que permite compreender os problemas na consolidação da saúde como direito.

Estudar a construção atual do SGSSS permite oferecer alguns elementos para orientar seu processo de consolidação e talvez de sua transformação através de pesquisas.

É necessário continuar antecipando outros estudos a respeito do impacto que causa a implementação de um novo modelo de saúde a partir de outras unidades de leitura. É importante também finalizar as análises dos problemas de atendimento gerados por mudanças nas instituições que a reforma vem criando e intensificando, aprofundar o conhecimento sobre as condições que existem frente ao acesso ao atendimento em saúde e ter critérios para realizar diagnósticos claros da realidade da saúde no país.

A partir da unidade de estudo desta dissertação e das leituras que os trabalhos revisados contêm e com base nas análises que foram identificadas, surge um espaço de pesquisa que merece seguir explorando o terreno jurídico, desde o qual podem realizar estudos com relação à discussão frente aos limites e alcances do atendimento em saúde, assim como as condições dos mecanismos de exigência do direito à saúde, normas e instituições.

Faz-se necessário desenvolver pesquisas e análises que incorporem técnicas interativas tais como as entrevistas individuais e em grupos e as observações. Desta forma se complementaria as análises revisadas neste trabalho, caracterizadas por ser em essência de tipo documental.

Esta pesquisa contribui à compreensão da importância que existe em ultrapassar o estudo da formulação da política pública de saúde e analisar o processo de implementação da mesma. Com esta, houve uma aproximação da saúde como direito na Colômbia desde a última década, que permitiu contemplar o impacto que vêm causando as transformações institucionais e constitucionais formuladas nos anos noventa.

A dissertação mostra-se significativa para estudar as experiências de outros países latino-americanos, portanto é possível que a descrição e a análise da produção acadêmica sobre a saúde como direito na Colômbia proporcionem algum esclarecimento sobre o impacto que pode ter a generalização deste modo de organização dos sistemas de saúde.

Analisar as possibilidades que existem para construir alternativas ao atual sistema de saúde é um desafio, no entanto os resultados que diante de diferentes assuntos vêm sendo estudados mostram que as transformações institucionais desenvolvidas desde o início dos anos noventa não têm favorecido a concretização do direito à saúde na Colômbia. A saída aos problemas que existem parece implicar o projeto e a implementação de um novo modelo de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Celi. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y noventa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, jul-ago 2002. p905-925.

ANGARITA C. Pablo Emilio (editor). Manual del Estado del arte sobre los estudios de Violencia en Antioquia. In: ----. **Balance de los estudios sobre violencia en Antioquia**. **Medellín**: Editorial Universidad de Antioquia, 2001. p.431-437.

AHUMADA BELTRAN, Consuelo. El papel del Estado y el modelo de desarrollo. In: **El modelo neoliberal y su impacto en la sociedad colombiana**. Bogota: Ancora Editores, 1996. p66-113.

ALVES, Vânia Sampaio. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, Sept./Feb.2005. Disponible: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100004&lng=en&nrm=iso>. Consulta: 21 July 2007.

ARRIAGADA, Irma, ARANDA, Verónica, MIRANDA, Francisca. Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas. **División de Desarrollo Social políticas sociales**. Santiago de Chile, dic. 2005. Disponible en: http://www.cepal.org.ar/publicaciones/xml/7/23777/sps114_lcl2450.pdf. Consulta: 26 abr. 2008.

BOGDAN, Robert y TAYLOR, Steven J. **Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados**. Barcelona: Paidós Básica, 1992. 343p.

BOSSERT, Thomas J. LARRANAGA, Osvaldo, GIEDION, Ursula , Jose, ARBELAEZ, Jesús y BOWSER, Diana M. Decentralization and equity of resource allocation: evidence from Colombia and Chile. **Bulletin of the World Health Organization**, Santiago de Chile, dic. 2005. Disponible en: <http://www.hsph.harvard.edu/ihsq/pdf/bu0186.pdf>. Consulta: 7 nov. 2007.

DE SOUZA CAMPOS, Gastao Wagner. **Gestión en salud. En defensa de la vida**. Lugar editorial: Buenos Aires, 2001. 253p.

CINDE. La construcción de los estados del arte. **In: Análisis de información cualitativa**. Medellín: Universidad Surcolombiana. 1996, p7-18.

COLOMBIA. Ley 100 de 1993, de 23 de dic. de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Santafé de Bogotá, 1993. Disponible en: http://www.eseruu.gov.co/pdf/Ley_100_93.pdf . Consulta: 25 mar. 2008.

Defensoría del pueblo. **Derechos de los usuarios en el servicio de urgencias. Todo lo que usted debe saber si va al servicio de urgencias**. Bogotá, D. C.: Defensoría del pueblo, 2006, 23p.

DUARTE, Everardo. Trayectoria de la Medicina Social en América Latina. Elementos para su configuración. In: FRANCO AGUDELO, Saúl et al., **Debates en medicina social**. Quito: Organización Panamericana de la Salud, Asociación Latinoamericana de Medicina Social, 1991. p17-57.

DURAN, María Mercedes y ROJAS, Sol Viviana. Descripción del archivo documental. In: ----. **Sexualidad en los niños y los adolescentes: Hacia la construcción de un estado del conocimiento**. Santafé de Bogotá: MEN, 1994. p. 9-10.

----. Abriendo caminos en el archivo documental. Una lectura analítica. In: ----. **Sexualidad en los niños y los adolescentes: Hacia la construcción de un estado del conocimiento.** Santafé de Bogotá: MEN, 1994. p. 11-41.

-----. Conclusiones y recomendaciones. En: -----. **Sexualidad en los niños y los adolescentes: Hacia la construcción de un estado del conocimiento.** Santafé de Bogotá: MEN, 1994. p. 53-57

ECHEVERRY, María E. et al. El derecho a la salud: balance a 10 años de la constitución de 1991. In: **La salud al derecho: movimiento nacional por la salud y la seguridad social.** Medellín: Universidad de Antioquia, 2004. p49-71.

FERNANDEZ CH., Flory. El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación. **Revista de Ciencias Sociales**, San José, n 9, p. 35-54, abril-jun. 2002.

FLEURY TEIXEIRA, Sonia María. **Estado Capitalista e política social.** Medellín: Asociación Latinoamericana de Medicina Social, 1987. 76p.

----, **Política social, exclusión y equidad en América Latina en los años noventa.** Buenos Aires: Centro de documentación en políticas sociales, 1999. 26p.

FRANCO AGUDELO, Saúl. Para que la salud sea pública. Algunas lecciones de la reforma de salud y seguridad social colombiana a diez años de su implementación. **Salud problema**, México, jun.-dic. 2002, p7-16.

FRENK, Julio, LONDONO, Juan Luis y LOZANO, Rafael. Los sistemas de salud latinoamericanos en transición: una visión para el futuro. In: BRONFMAN, Mario N. y CASTRO, Roberto. **Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina.** México: Edamex, 1999. p.253-276.

GADAMER, H., Geor. Expansión de la cuestión de la verdad a la comprensión de las ciencias del Espíritu. In: -----. **Verdad y Método I.** 5ta edición. Salamanca: Ediciones sígueme, 1993. p. 331-415

GALEANO MARIN, Maria Eumelia. **Estrategias de investigación social cualitativa: el giro de la mirada**. Medellín: La Carreta, 2004. 239 p.

GALEANO M., María Eumelia y VÉLEZ R., Olga Lucía. ¿Cómo se construyó este Estado del arte? In: **Estado del Arte sobre fuentes documentales en investigación cualitativa**. Medellín: Centro de Investigaciones Sociales y Humanas, 2002. p. 53-85

GAITÁN L., Alfredo. El análisis cualitativo del discurso. In: **Memorias II Seminario nacional de investigación cualitativa**. Medellín: 1994. p. 1-29

GALLARDO, Helio. **Derechos Humanos como movimiento social**. Santafé de Bogotá: Ediciones desde abajo y Departamento Ecuménico de Investigación, 2006. 126p.

GALLÓN GIRALDO, Gustavo, BEAUDOIN, Dense. Desmantelamiento del Estado Social y democrático de derecho. In: ----. **En contravía de las recomendaciones internacionales: "Seguridad democrática", derechos humanos y derecho humanitario en Colombia**. Bogotá: Comisión Colombiana de Juristas, 2004. p129-143.

GARCÍA, Jesús Nicasio et al. Análisis de contenido de los 25 años de Infancia y Aprendizaje: historia de la investigación sobre desarrollo y educación. **Infancia y Aprendizaje**. 2002. p. 403-440.

----- . Qué, cómo y cuando: un análisis temático de lo publicado en los 25 años de Infancia y Aprendizaje. **Infancia y Aprendizaje**. 2002. p. 403-440

GOFIN, Jaime; GOFIN, Rosa. Community-oriented primary care: a public health model in primary care. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, feb./mar. 2007. Disponible:<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000200012&lng=pt&nrm=iso>. Consulta: 28 Abr 2008.

GÓMEZ M., Miguel Ángel. Análisis de contenido cualitativo y cuantitativo: Definición, clasificación y metodología. **Revista Ciencias Humanas**, Pereira, jun. 1999. p.103-113.

GÓMEZ, Rubén. Efectos de la Ley 100 sobre la institucionalidad de la salud en Colombia. **Debates**. Medellín, may.-ago 2005. p38-48.

GRANDA, Edumundo. ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?. **Revista Cubana Salud Pública**, Ciudad de la Habana, jun. 2004. p148-159.

HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, Mario. El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**. Medellín, ene.-jun, 2001, p.57-70.

HERNÁNDEZ N., Gerardo. El discurso del pacto Figueres-Calderón. **Revista de Ciencias Sociales**. San José, jun, 1996, p. 29-43.

HOMEDES, N. y UGALDE, Antonio. (2005), Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington , mar. 2005. Disponible en: <http://eco.mdp.edu.ar/cendocu/repositorio/00066.pdf> . Consulta: 20 abr. 2008

HOYOS B., Consuelo. (2000), **Un modelo para la Investigación Documental. Guía Teórico Práctica sobre construcción de Estados del Arte**. Medellín: Señal editora. 118p.

Informe encuentro nacional de atención primaria en salud. Renovando la atención primaria en salud modelos de atención basados en APS en el marco del SGSSS descentralizado: estrategia de garantía del derecho a la salud. Bogotá: 2005. 72p.

LAURELL, Asa Cristina. La política de salud en el contexto de las políticas sociales. In: BRONFMAN, Mario N. y CASTRO, Roberto. **Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina**. México: Edamex, 1999. p. 239- 252.

----. **La salud - enfermedad como proceso social**. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública. 1987, 20p.

LÓPEZ A., Miguel Ángel. Gestión Automatizada de Tesoros. Estado de la Cuestión. **Revista Interamericana de Bibliotecología**. Medellín, en-jun, 1998. p. 49-69.

MACINKO, James et al. Renewing primary health care in the Americas. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, jul. 2007. Disponible en: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000200003&lng=pt&nrm=iso>. Consulta: 28 Abr, 2008.

MARSHALL, Thomas. Ciudadanía y clase social. **Revista Española de Investigaciones Sociológicas**, Madrid, jul.-sep, 1997. p297-344.

MEJÍA de C., Sonia. Marco conceptual. El “estado del arte”. Metodología. In: **Investigación sobre el maltrato Infantil en Colombia. 1985-1996. Estado del Arte**. Tomo I. Bogotá: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 1997. p. 21-107.

MENDES, Isabel Amélia Costa. Development and health: the declaration of Alma-Ata and posterior movements. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** , Ribeirão Preto, 2 ag. , 2004 . Disponigle en: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000300001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Apr 2008. doi: 10.1590/S0104-11692004000300001. Consulta: 28 abr. 2008.

MORENO, Mónica. **Aproximación al estudio de las políticas de salud en América latina**. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Universidad de Antioquia, 2005. 52p.

MULLER, Pierre. **Las políticas públicas**. Santafé de Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2002, 199p.

PÉREZ Serrano, G. El método del Análisis de Contenido: Origen y Desarrollo. In: **Investigación Cualitativa: Retos e Interrogantes**. Madrid: La Muralla. 1994. p. 133-159.

PLATAFORMA COLOMBIANA DE DERECHOS HUMANOS, DEMOCRACIA Y DESARROLLO. **La salud esta grave: una visión desde los derechos humanos**. Santafé de Bogota: Antropos, 2000. 308 p

POCHET, Rosa María. La investigación cualitativa del discurso. La evaluación temática como una forma de análisis. **Revista de Ciencias Sociales**. San José, jun, 1996. p.7-27.

POGGE, Thomas. (2005) La pobreza en el mundo y los derechos humanos. Barcelona: Paidós. 348p.

RABOTNIKOF, Nora. Lo público y sus problemas: notas para una reconsideración. **Revista internacional de filosofía política**. Madrid, nov, 1993. p. 75-98.

RESTREPO, Jairo Humberto. Características del sistema de salud, el seguro y el acceso a los servicios de salud. **Observatorio de la Seguridad Social**. Medellín, sep, 2005. p7-9.

RESTREPO, Jairo Humberto, ECHEVERRI, Maria E. et al. **El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud: teoría, contexto colombiano y experiencia en Antioquia**. Medellín: Universidad de Antioquia, Centro de Investigaciones Económicas, 2006.194p.

RODRIGUEZ, José Gregorio et al. Antecedentes, horizonte conceptual y metodología del estudio. In: **El campo de la educación en la Universidad Nacional de Colombia -sede Bogotá- estado del arte 1995-2000 y perspectivas 2001-2003**. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2002. p. 1-13.

ROTH D., André-Nöel. **Políticas Públicas. Formulación, implementación y evaluación**. Bogotá: Ediciones Aurora, 2002. 232p

RUIZ, Fernelly y CASALLAS, Wilson. Sistemas Inteligentes de transporte. Estado del Arte. 1998-1999. **Revista revoluciones tecnológicas**, sep, 1999. p. 9-36.

SPAGNUOLO, Regina Stella; GUERRINI, Ivan Amaral. The construction of a complex and transdisciplinary health model. **Interface (Botucatu)**., Botucatu, sept/feb. 2005. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100020&lng=en&nrm=iso>. Consulta: 20 jul. 2007.

TARRIDE, Mario Iván. **Saúde Pública: uma complexidade anunciada**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998. 107p

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Transição epidemiológica, modelo de atenção à saúde e previdência social no Brasil: problematizando tendências e opções políticas. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, oct/dic. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400003&Ing=pt&nrm=iso>. Consulta: 24 Jul 2007.

Páginas da Internet

<http://www.consultorsalud.com/biblioteca/documentos/2007/censo%202005.pdf> (consulta junio 16 de 2008)

<http://www.mineducacion.gov.co/cvn/1665/article-111505.html> (consulta junio 16 de 2008)

<http://www.constitucional.gov.co/corte/> (Consulta: abril 10 de 2008).

http://www.derechoydesplazamiento.net/img/pdf/acuerdo_260_2004.pdf. (Consulta: janeiro 13 de 2008).

<http://epi.minsal.cl/epi/html/normas/notifique.htm#1> (Consulta: abril 9 de 2008).

http://juriscol.banrep.gov.co:8080/CICPROD/BASIS/infjuric/normas/normas/DDW?W%3DLLAVE_NORMAS%3D'LEY+24+1992+CONGRESO+DE+LA+REPUBLICA'%26M%3D1%26K%3DLEY+24+1992+CONGRESO+DE+LA+REPUBLICA%26R%3DY%26U%3D1 (Consulta: abril 10 de e 2008)

<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/newsdetail.asp?id=16572> (Consulta: fevereiro 22 de 2008).

<http://www.personeriabogota.gov.co/?idcategoria=407>. (Consulta: abril 29 de 2008).

ANEXO 1
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS³³

1. ASPECTOS FORMAIS

“Aspectos formais do documento: aspectos contidos na ficha bibliográfica diretamente relacionados com as características de quem produz o documento e das características do material produzido.” p. 434

Título

1.1 TIPO DE AUTOR

Designam-se as características do responsável oficial do documento: Individual, quando quem elabora o documento é uma única pessoa; coletivo, quando quem elabora o documento é um grupo de pessoas; institucional, quando quem aparece como autor é diretamente a Instituição que o patrocinou.” 434

INDIVIDUAL (i) COLETIVO (c) INSTITUCIONAL (inst)

1.2. TIPO DE DOCUMENTO:

- LIVRO (L) – ARTIGOS DE REVISTAS (AR) – CAPÍTULO DE LIVROS (CL)

Designa-se a característica do documento: livro, no caso de uma publicação autônoma cujo conteúdo total responda ao tema...;... capítulo de livro, no caso de um documento que somente é parte de uma obra coletiva mais ampla e não necessariamente centrada em um tema ... pesquisa não publicada, no caso de um trabalho de pesquisa patrocinado e garantido por uma instituição e que se disponibiliza para consulta em seu respectivo centro de documentação; trabalho de graduação, no caso de pesquisas adiantadas por estudantes de pré ou pós graduação a partir das quais tenham obtido o título universitário correspondente.” p434

2 .TEMÁTICAS “Tópicos com os quais conta o documento resenhado.” p434

2.1. TEMAS = Anota-se o nome do(s) assunto(s) ou material(is) sobre o(s) qual(is) aborda o documento.”434

2.2 SUBTEMAS = “Se anota o conjunto de temas específicos a partir dos quais se divide e desenvolve o tema geral.” P.434

3. PROBLEMA.

“Anota-se a (s) pergunta (s) que precisa (m), o problema sobre o qual se discorre a pesquisa, monografia, artigo.”

ATORES = “Anota-se o nome da categoria de sujeitos sociais os quais aborda a pesquisa, monografia, artigo”. p.435. Exemplos: mulheres, crianças, (em particular) órgãos estatais (em geral), Assembléia Constitucional, juizes de tutela.

4. CONTEXTO

4.1. DELIMITAÇÃO ESPACIAL

“Anota-se o nome pelo o qual se reconhece socialmente o território sobre o qual considera a pesquisa, monografia, artigo: nome da região, da sub-região, do município, da área metropolitana, da cidade ou capital, da comunidade, do bairro, do setor, da rua, etc.” p.434.

33 Todas as descrições dos aspectos que estão entre aspas foram tomadas de ANGARITA C. Pablo Emilio (Editor). Em alguns casos foram feitas modificações para adaptar o instrutivo aos interesses específicos do trabalho de graduação. Manual do Estado da arte sobre os estudos de Violência em Antioquia. En: Balance de los estudios sobre violencia en Antioquia. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 2001. p. 431-437

4.2. DELIMITAÇÃO TEMPORAL.

“Anota-se o período de tempo considerado na pesquisa, monografia, artigo”.
Exemplo: 1949-1953, década de noventa, 1960-1990.” p.435

5. OBJETIVO EXPLÍCITO.

“Anota-se o objetivo buscado explicitamente pelo autor com os resultado obtidos em sua pesquisa, monografia, artigo, em relação à resolução dos problemas sociais concretos, e/ ou o avanço do conhecimento em matérias ou metodologias específicas”.p.435

6. ENFOQUE TEÓRICO.

“Ponto de vista conceitual a partir do qual se aborda e analisa o objeto de estudo”. p.345

6.1. PERSPECTIVA DISCIPLINAR.

“Anota-se o nome do(s) setor (es) do saber a partir do qual se definiu o objeto de estudo e desenvolveu-se a pesquisa, monografia, artigo. Exemplo: Sociologia, História, Direito, Psicanálise, Ciência Política, etc”.

6.2. CAMPO TEÓRICO.

“Anota-se o nome do paradigma conceitual que guia a pesquisa, monografia, artigo.. Exemplo: positivismo, marxismo, estruturalismo. Nas fichas de conteúdos se anotaram citações e partes dos textos ou resumos que ilustrem o afirmado”. 435

6.3. REFERENTES TEÓRICOS ESPECÍFICOS.

“Anota-se o nome dos autores específicos sobre os quais o documento se apóia para dar fundamentação teórica na sua pesquisa, e as correntes específicas de pensamentos as quais eles estão associados. Nas fichas de conteúdos se anotaram citações e partes dos textos ou resumos que ilustrem o afirmado”. 435

6.4. CONCEITOS FUNDAMENTAIS.

“Anotam-se os conceitos que se constituem no suporte teórico sobre o qual se fundam a tese, explicações, conclusões, idéias e problemas que aborda a pesquisa, monografias, artigos”. 435

7. TESE/ HIPÓTESES.

“Hipóteses: anotam-se as proposições que servem de guia para a pesquisa e que expressam as conjunturas ou explicações possíveis sobre o fenômeno estudado (enunciados de relações entre dois ou mais variáveis que se submetem à prova empírica). Tese: anotam-se as proposições que sintetizam as generalizações construídas sobre o fenômeno estudado.”p.435

8. METODOLOGIA

“Conjuntos de postulados, regras e procedimentos mediante os quais se formula, projeta-se e executa-se o processo da pesquisa”. 436

9. ENFOQUE METODOLÓGICO.

“Perspectiva metodológica particular que se adota para dar conta do objeto de estudo.” 436
é possível que os trabalhos possam incluir-se em determinados enfoques porque leva uma das características deste, não necessariamente todas as características de cada enfoque”.

QUALITATIVO.

“Perspectiva metodológica que privilegia a necessidade de compreensão dos fenômenos a partir da lógica e do sentir de seus protagonistas e que supõe a interação entre o pesquisador e o pesquisado no processo da construção do conhecimento”. 436

QUANTITATIVO.

“Perspectiva metodológica que privilegia a possibilidade de quantificar os fenômenos estudados e a necessidade de manter uma postura distante e não interativa entre o

pesquisador e o objeto pesquisado”.

MISTO.

“Perspectiva metodológica que combina procedimentos específicos dos dois enfoques metodológicos anteriores”. 436

TÉCNICAS.

“Ferramentas utilizadas na coleta, produção, registro e sistematização da informação”. 436

10. RESULTADOS.

“Anotam-se as características da relação que se estabelece entre os fenômenos analisados pelo documento. Este pode ser: a) Descritivo, quando se responde ao quê do fenômeno analisado; quando se aborda a partir suas características ou atributos diferentes: propriedades, estrutura e constitutivos básicos; b) Explicativo, quando se responde ao porquê do fenômeno analisado; quando são abordados os traços ou fenômenos que atuam como condições necessárias na produção do fenômeno”.

NOTA: Esta descrição pode discriminar-se, a critério do pesquisador, em mais opções (por exemplo, a *weberiana* de tipo compreensiva).

Nas fichas de conteúdos anotaram-se citações e partes dos textos ou resumos que ilustrem o afirmado”. 435

11. OBSERVAÇÕES.

ANEXO 2
PERGUNTAS ORIENTADORAS

<p>1. ASPECTOS FORMAIS. Quem escreve? Quem escreve são indivíduos? São Instituições ou Coletivos? Que Instituições e indivíduos podem ser reconhecidos no cenário da produção acadêmica sobre o direito à saúde?</p>
<p>1.2. TIPO DE DOCUMENTO: Os documentos são livros, capítulos de livros ou artigos de revistas?</p>
<p>2. TEMÁTICAS. TEMAS SUBTEMAS Onde está centrado o interesse temático dos trabalhos? Por que este eixo temático cobra a relevância? Quais são os temas estudados?</p>
<p>3. PROBLEMA. PERGUNTAS ORIENTADAS: Quais são as perguntas que orientam os trabalhos? As perguntas orientam a resposta de problemas de conhecimentos práticos?</p>
<p>4. ATORES. Quem escreve? A que atores se dedica atenção especial e por quê? Qual é o lugar que ocupam estes organismos estatais na política da saúde do país? Quem é considerado o ente responsável por garantir que a população tenha acesso à saúde?</p>
<p>5. CONTEXTO.</p>
<p>DELIMITAÇÃO ESPACIAL. O interesse acadêmico está concentrado no estudo de certas regiões? Que temáticas são dedicadas especialmente a certas regiões?</p>
<p>DELIMITAÇÃO TEMPORAL Que período temporal se considera?</p>
<p>6. OBJETIVO. Onde os autores querem chegar com estes documentos? Orientam a fazer contribuições no campo de problemas de conhecimento prático?</p>
<p>7. ENFOQUE TEÓRICO.</p>
<p>7.1. TESE/HIPÓTESES Qual a tendência que pode ser identificada naqueles argumentos centrais que compõem os documentos? Qual é o debate?</p>
<p>7.2. PERSPECTIVA DISCIPLINAR. A partir de quais disciplinas são construídos os textos?</p>
<p>7.3. CAMPO TEÓRICO. Qual é o campo teórico que se inscrevem os trabalhos?</p>
<p>7.4. REFERENTES TEÓRICOS ESPECÍFICOS. De que autores partem ou abordam os documentos?</p>
<p>7.5. CONCEITOS FUNDAMENTAIS. Quais são os conceitos centrais dos trabalhos? Qual é a concepção de direito que se pode reconhecer?</p>
<p>8. ENFOQUE METODOLÓGICO.</p>

Foram utilizados mais enfoques quantitativo ou qualitativo? Qual é a postura que tem esta produção nos debates sobre os métodos? Os autores justificam o emprego de determinado enfoque?

TÉCNICAS: Quais são as técnicas mais utilizadas?

9. RESULTADOS.

Qual é o alcance que os trabalhos pretendem chegar em termos de agenda política?

1. propositivos.
2. descritivos.

10. OBSERVAÇÕES.

ANEXO 3
GUIA DE ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS

Quais são as principais instituições que vocês consideram como produtoras da documentação ou onde se pode encontrar material sobre o direito à saúde?

Que autores são importantes abordar nas pesquisas relacionadas ao direito à saúde?

Quais são os organismos estatais cujas produções documentais se podem estudar para conhecer o direito à saúde no país?

ANEXO No 4

DIARIO OFICIAL. AÑO CXXIX. N. 41148. 23, DICIEMBRE, 1993. PAG. 1

LEY 100 DE 1993
(diciembre 23)

por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones

EL CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA

DECRETA

PREAMBULO

La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

TITULO PRELIMINAR
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

CAPITULO I

PRINCIPIOS GENERALES

ARTICULO 1o. Sistema de Seguridad Social Integral. El Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

El Sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro

ARTICULO 2o. Principios. El servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación

a) EFICIENCIA. Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente;

b) UNIVERSALIDAD. Es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida;

c) SOLIDARIDAD. Es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil.

Es deber del Estado garantizar la solidaridad en el régimen de Seguridad Social mediante su participación, control y dirección del mismo.

Los recursos provenientes del erario público en el Sistema de Seguridad se aplicarán siempre a los grupos de población más vulnerables;

d) INTEGRALIDAD. Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por esta Ley;

e) UNIDAD. Es la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social, y

f) PARTICIPACION. Es la intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto.

PARAGRAFO. La seguridad social se desarrollará en forma progresiva, con el objeto de amparar a la población y la calidad de vida.

ARTICULO 3o. Del Derecho a la Seguridad Social. El Estado garantiza a todos los habitantes del territorio nacional, el derecho irrenunciable a la seguridad social.

Este servicio será prestado por el Sistema de Seguridad Social Integral, en orden a la ampliación progresiva de la cobertura a todos los sectores de la población, en los términos establecidos por la presente Ley.

ARTICULO 4o. Del Servicio Público de Seguridad Social. La Seguridad Social es un servicio público obligatorio, cuya dirección, coordinación y control están a cargo del Estado y que será prestado por las entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidos en la presente Ley.

Este servicio público es esencial en lo relacionado con el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Con respecto al Sistema General de Pensiones es esencial sólo en aquellas actividades directamente vinculadas con el reconocimiento y pago de las pensiones.

CAPITULO II

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

ARTICULO 5o. Creación. En desarrollo del artículo 48 de la Constitución Política, organizase el Sistema de Seguridad Social Integral cuya dirección, coordinación y control estarán a cargo del Estado, en los términos de la presente Ley.

ARTICULO 6o. Objetivos. El Sistema de Seguridad Social Integral ordenará las instituciones y los recursos necesarios para alcanzar los siguientes objetivos:

1. Garantizar las prestaciones económicas y de salud a quienes tienen una relación laboral o capacidad económica suficiente para afiliarse al sistema.

2. Garantizar la prestación de los servicios sociales complementarios en los términos de la presente Ley.

3. Garantizar la ampliación de cobertura hasta lograr que toda la población acceda al sistema, mediante mecanismos que en desarrollo del principio constitucional de solidaridad, permitan que sectores sin la capacidad económica suficiente como campesinos, indígenas y trabajadores independientes, artistas, deportistas, madres comunitarias, accedan al sistema y al otorgamiento de las prestaciones en forma integral.

El Sistema de Seguridad Social Integral está instituido para unificar la normatividad y la planeación de la seguridad social, así como para coordinar a las entidades prestatarias de las mismas, para obtener las finalidades propuestas en la presente Ley.

ARTICULO 7o. Ambito de Acción. El Sistema de Seguridad Social Integral garantiza el cubrimiento de las contingencias económicas y de salud, y la prestación de servicios sociales complementarios, en los términos y bajo las modalidades previstos por esta Ley.

ARTICULO 8o. Conformación del Sistema de Seguridad Social Integral. El Sistema de Seguridad Social Integral es el conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos y esta conformado por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios que se definen en la presente Ley.

ARTICULO 9o. Destinación de los recursos. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social para fines diferentes a ella.

LIBRO PRIMERO
SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

TITULO I DISPOSICIONES GENERALES

CAPITULO I

OBJETO Y CARACTERISTICAS DEL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

ARTICULO 10. Objeto del Sistema General de Pensiones. El Sistema General de Pensiones tiene por objeto garantizar a la población, el amparo contra las contingencias derivadas de la vejez, la invalidez y la muerte, mediante el reconocimiento de las pensiones y prestaciones que se determinan en la presente Ley, así como propender por la ampliación progresiva de cobertura a los segmentos de población no cubiertos con un sistema de pensiones.

ARTICULO 11. Campo de aplicación. El Sistema General de Pensiones, con las excepciones previstas en el artículo 279 de la presente Ley, se aplicará a todos los habitantes del territorio nacional, conservando adicionalmente todos los derechos, garantías, prerrogativas, servicios y beneficios adquiridos y establecidos conforme a disposiciones normativas anteriores para quienes a la fecha de vigencia de esta Ley hayan cumplido los requisitos para acceder a una pensión o se encuentren pensionados por jubilación, vejez, invalidez, sustitución o sobrevivientes de los sectores público, oficial, semioficial, en todos sus órdenes, del Instituto de Seguros Sociales y del sector privado en general.

Para efectos de este artículo se respetarán y por tanto mantendrán su vigencia los derechos adquiridos conforme a disposiciones normativas anteriores, pacto o convención colectiva de trabajo. Lo anterior será sin perjuicio del derecho de denuncia que les asiste a las partes y de que el tribunal de arbitramento dirima las diferencias entre las partes.

ARTICULO 12. Regímenes del Sistema General de Pensiones. El Sistema General de Pensiones está compuesto por dos regímenes solidarios excluyentes pero que coexisten, a saber:

- a. Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida;
- b. Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad.

ARTICULO 13. Características del Sistema General de Pensiones. El Sistema General de Pensiones tendrá las siguientes características:

- a) La afiliación es obligatoria salvo lo previsto para los trabajadores independientes;
- b) La selección de uno cualquiera de los regímenes previstos por el artículo anterior es libre y voluntaria por parte del afiliado, quien para tal efecto manifestará por escrito su elección al momento de la vinculación o del traslado. El empleador o cualquier persona natural o jurídica que desconozca este derecho en cualquier forma, se hará acreedor a las sanciones de que trata el inciso 1o. del artículo 271 de la presente Ley;
- c) Los afiliados tendrán derecho al reconocimiento y pago de las prestaciones y de las pensiones de invalidez, de vejez y de sobrevivientes, conforme a lo dispuesto en la presente Ley;
- d) La afiliación implica la obligación de efectuar los aportes que se establecen en esta Ley;
- e) Los afiliados al Sistema General de Pensiones podrán escoger el régimen de pensiones que prefieran. Una vez efectuada la selección inicial, éstos sólo podrán trasladarse de régimen por una sola vez cada 3 años, contados a partir de la selección inicial, en la forma que señale el gobierno nacional;
- f) Para el reconocimiento de las pensiones y prestaciones contempladas en los dos regímenes, se tendrá en cuenta la suma de las semanas cotizadas con anterioridad a la vigencia de la presente Ley, al Instituto de Seguros Sociales o a cualquier caja, fondo o entidad del sector público o privado, o el tiempo de servicio como servidores públicos, cualquiera sea el número de semanas cotizadas o el tiempo de servicio;
- g) Para el reconocimiento de las pensiones y prestaciones contempladas en los dos regímenes se tendrá en cuenta la suma de las semanas cotizadas a cualquiera de ellos;
- h) En desarrollo del principio de solidaridad, los dos regímenes previstos por el artículo 12 de la presente Ley garantizan a sus afiliados el reconocimiento y pago de una pensión mínima en los términos de la presente Ley;
- i) Existirá un Fondo de Solidaridad Pensional destinado a ampliar la cobertura mediante el subsidio a los grupos de población que, por sus características y condiciones socioeconómicas, no tienen acceso a los sistemas de seguridad social, tales como campesinos, indígenas, trabajadores independientes, artistas, deportistas y madres comunitarias;
- j) Ningún afiliado podrá recibir simultáneamente pensiones de invalidez y de vejez;
- k) Las entidades administradoras de cada uno de los regímenes del Sistema General de Pensiones estarán sujetas al control y vigilancia de la Superintendencia Bancaria.

ARTICULO 14. Reajuste de Pensiones. Con el objeto de que las pensiones de vejez o de jubilación, de invalidez y de sustitución o sobrevivientes, en cualquiera de los dos regímenes del sistema general de pensiones, mantengan su poder adquisitivo constante, se reajustarán anualmente de oficio, el 1o. de enero de cada año, según la variación porcentual del Índice de Precios al Consumidor, certificado por el DANE para el año inmediatamente anterior. No obstante, las pensiones cuyo monto mensual sea igual al salario mínimo legal mensual vigente, serán reajustadas de oficio cada vez y con el mismo porcentaje en que se incrementa dicho salario por el Gobierno.

CAPITULO II

AFILIACION AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

ARTICULO 15. Afiliados. Serán afiliados al Sistema General de Pensiones:

1. En forma obligatoria: Todas aquellas personas vinculadas mediante contrato de trabajo o como servidores públicos, salvo las excepciones previstas en esta Ley. Así mismo, los grupos de población que por sus características o condiciones socioeconómicas sean elegibles para ser beneficiarios de subsidios a través del Fondo de Solidaridad Pensional, de acuerdo con las disponibilidades presupuestales.

2. En forma voluntaria: Los trabajadores independientes y en general todas las personas naturales residentes en el país y los colombianos domiciliados en el exterior, que no tengan la calidad de afiliados obligatorios y que no se encuentren expresamente excluidos por la presente Ley. Los extranjeros que en virtud de un contrato de trabajo permanezcan en el país y no estén cubiertos por algún régimen de su país de origen o de cualquier otro.

PARAGRAFO. Las personas a que se refiere el numeral 2 del presente artículo podrán afiliarse al régimen por intermedio de sus agremiaciones o asociaciones, de acuerdo con la reglamentación que para tal efecto se expida dentro de los 3 meses siguientes a la vigencia de esta Ley.

ARTICULO 16. Incompatibilidad de Regímenes. Ninguna persona podrá distribuir las cotizaciones obligatorias entre los dos Regímenes del Sistema General de Pensiones.

Lo dispuesto en el inciso anterior se entenderá sin perjuicio de la facultad de los afiliados para contratar o ser partícipes en planes de pensiones complementarios dentro o fuera del Sistema General de Pensiones.

PARAGRAFO TRANSITORIO. El Gobierno Nacional reglamentará en el término de 6 meses contados a partir de la vigencia de la presente Ley, la integración y funciones de una comisión permanente de trabajadores, empleadores y pensionados, para analizar las fallas en la prestación del servicio administrativo de seguridad social, para que con un enfoque de rentabilidad social mantenga el objetivo básico de redistribución de la riqueza.

CAPITULO III

COTIZACIONES AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

ARTICULO 17. Obligación de las Cotizaciones. Durante la vigencia de la relación laboral deberán efectuarse cotizaciones obligatorias a los Regímenes del Sistema General de Pensiones por parte de los afiliados y empleadores, con base en el salario que aquéllos devenguen.

Salvo lo dispuesto en el artículo 64 de esta Ley, la obligación de cotizar cesa al momento en que el afiliado reúna los requisitos para acceder a la pensión mínima de vejez, o cuando el afiliado se pensione por invalidez o anticipadamente.

Lo anterior será sin perjuicio de los aportes voluntarios que decida continuar efectuando el afiliado o el empleador en el caso del régimen de ahorro individual con solidaridad.

ARTICULO 18. Base de Cotización de los trabajadores dependientes de los sectores privado y público. La base para calcular las cotizaciones a que hace referencia el artículo anterior, será el salario mensual.

El salario mensual base de cotización para los trabajadores particulares será el que resulte de aplicar lo dispuesto en el Código Sustantivo del Trabajo.

El salario mensual base de cotización para los servidores del sector público será el que se señale, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 4a. de 1992.

En ningún caso la base de cotización podrá ser inferior al monto del salario mínimo legal mensual vigente, salvo lo dispuesto para los trabajadores del servicio doméstico conforme a la Ley 11 de 1988.

Cuando se devengue mensualmente más de 20 salarios mínimos legales mensuales vigentes, la base de cotización podrá ser limitada a dicho monto por el Gobierno Nacional.

Las cotizaciones de los trabajadores cuya remuneración se pacte bajo la modalidad de salario integral, se calculará sobre el 70 % de dicho salario.

PARAGRAFO 1. En aquellos casos en los cuales el afiliado perciba salario de dos o más empleadores, las cotizaciones correspondientes serán efectuadas en forma proporcional al salario devengado de cada uno de ellos, y dichos salarios se acumularán para todos los efectos de esta Ley.

PARAGRAFO 2. A partir de la vigencia de la presente Ley se eliminan las tablas de categorías y aportes del Instituto de Seguros Sociales y de las demás entidades de previsión y seguridad social. En consecuencia, las cotizaciones se liquidarán con base en el salario devengado por el afiliado.

PARAGRAFO 3. Cuando el Gobierno Nacional limite la base de cotización a 20 salarios mínimos, el monto de las pensiones en el Régimen de Prima Media con Prestación Definida no podrá ser superior a dicho valor.

ARTICULO 19. Base de Cotización de los trabajadores independientes. Los afiliados al sistema que no estén vinculados mediante contrato de trabajo o como servidores públicos, cotizarán sobre los ingresos que declaren ante la entidad a la cual se afilien, y serán responsables por la totalidad de la cotización.

Cuando se trate de personas que el Gobierno Nacional haya determinado que deban ser subsidiadas temporalmente en sus aportes, deberán cubrir la diferencia entre la totalidad del aporte y el subsidio recibido.

Los afiliados a que se refiere este artículo, podrán autorizar a quien realice a su favor pagos o abonos en cuenta, para que efectúe la retención de la cotización y haga los traslados correspondientes.

En ningún caso la base de cotización podrá ser inferior al salario mínimo legal mensual vigente.

ARTICULO 20. Monto de las Cotizaciones. La tasa de cotización para la pensión de vejez, será del 8 % en 1994, 9 % en 1995 y del 10 % a partir de 1996, calculado sobre el ingreso base y se abonarán en las cuentas de ahorro pensional en el caso de los fondos de pensiones. En el caso del ISS, dichos porcentajes se utilizarán para el pago de pensiones de vejez y capitalización de reservas, mediante la constitución de un patrimonio autónomo destinado exclusivamente a dichos efectos.

Para pagar la pensión de invalidez, la pensión de sobrevivientes y los gastos de administración del sistema, incluida la prima del reaseguro con el fondo de garantías, la tasa será, tanto en el ISS como en los fondos de pensiones, del 3.5 %.

Sin embargo, en la medida en que los costos de administración y las primas de los seguros se disminuyan, dichas reducciones deberán abonarse como un mayor valor en las cuentas de ahorro de los trabajadores o de las reservas en el ISS, según el caso.

La cotización total será el equivalente a la suma del porcentaje de cotización para pensión de vejez y la tasa de que trata el inciso anterior.

Los empleadores pagarán el 75 % de la cotización total y los trabajadores, el 25 % restante.

Para financiar las pensiones de invalidez y de sobrevivientes de los actuales y futuros afiliados al ISS, se podrá trasladar de las reservas de pensión de vejez a las de invalidez y sobrevivientes un monto equivalente al que se obtendría por el bono de reconocimiento de conformidad con esta Ley.

El Gobierno Nacional reglamentará el funcionamiento de las cuentas separadas en el Instituto de Seguros Sociales, de manera que en ningún caso se puedan utilizar recursos de las reservas de pensión de vejez, para gastos administrativos u otros fines distintos.

Los afiliados que tengan un ingreso mensual igual o superior a 4 salarios mínimos legales mensuales vigentes, tendrán a su cargo un aporte adicional de un punto porcentual (1%) sobre su base de cotización, destinado al Fondo de Solidaridad Pensional, previsto por los artículos 25 y siguientes de la presente Ley.

La entidad a la cual esté cotizando el afiliado deberá recaudar y trasladar al Fondo de Solidaridad Pensional, el punto porcentual adicional a que se refiere el inciso anterior, dentro de los plazos que señale el Gobierno Nacional.

ARTICULO 21. Ingreso Base de Liquidación. Se entiende por ingreso base para liquidar las pensiones previstas en esta Ley, el promedio de los salarios o rentas sobre los cuales ha cotizado el afiliado durante los 10 años anteriores al reconocimiento de la pensión, o en todo el tiempo si éste fuere inferior para el caso de las pensiones de invalidez o sobrevivencia, actualizados anualmente con base en la variación del índice de precios al consumidor, según certificación que expida el DANE.

Cuando el promedio del ingreso base, ajustado por inflación, calculado sobre los ingresos de toda la vida laboral del trabajador, resulte superior al previsto en el inciso anterior, el trabajador podrá optar por este sistema, siempre y cuando haya cotizado 1250 semanas como mínimo.

ARTICULO 22. Obligaciones del Empleador. El empleador será responsable del pago de su aporte y del aporte de los trabajadores a su servicio. Para tal efecto, descontará del salario de cada afiliado, al momento de su pago, el monto de las cotizaciones obligatorias y el de las voluntarias que expresamente haya autorizado por escrito el afiliado, y trasladará estas sumas a la entidad elegida por el trabajador, junto con las correspondientes a su aporte, dentro de los plazos que para el efecto determine el Gobierno.

El empleador responderá por la totalidad del aporte aun en el evento de que no hubiere efectuado el descuento al trabajador.

ARTICULO 23. Sanción Moratoria. Los aportes que no se consignen dentro de los plazos señalados para el efecto, generarán un interés moratorio a cargo del empleador, igual al que rige para el impuesto sobre la renta y complementarios. Estos intereses se abonarán en el fondo de reparto correspondiente o en las cuentas individuales de ahorro pensional de los respectivos afiliados, según sea el caso.

Los ordenadores del gasto de las entidades del sector público que sin justa causa no dispongan la consignación oportuna de los aportes, incurrirán en causal de mala conducta, que será sancionada con arreglo al régimen disciplinario vigente.

En todas las entidades del sector público será obligatorio incluir en el presupuesto las partidas necesarias para el pago del aporte patronal a la Seguridad Social, como requisito para la presentación, trámite y estudio por parte de la autoridad correspondiente.

ARTICULO 24. Acciones de Cobro. Corresponde a las entidades administradoras de los diferentes regímenes adelantar las acciones de cobro con motivo del incumplimiento de las obligaciones del empleador de conformidad con la reglamentación que expida el Gobierno Nacional. Para tal efecto, la liquidación mediante la cual la administradora determine el valor adeudado, prestará mérito ejecutivo.

CAPITULO IV

FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL

ARTICULO 25. Creación del Fondo de Solidaridad Pensional. Créase el Fondo de Solidaridad Pensional, como una cuenta especial de la Nación, sin personería jurídica, adscrita al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, cuyos recursos serán administrados en fiducia por las sociedades fiduciarias de naturaleza pública, preferencialmente por las sociedades fiduciarias del sector social solidario, o por administradoras de fondos de pensiones y/o cesantía del sector social solidario, cuales quedan autorizadas para tal efecto por virtud de la presente Ley.

PARAGRAFO. El Gobierno Nacional reglamentará la administración, el funcionamiento y la destinación de los recursos del Fondo de Solidaridad Pensional, de acuerdo con lo previsto en la presente Ley.

El Fondo de Solidaridad Pensional contará con un consejo asesor integrado por representantes de los gremios de la producción, las centrales obreras y la confederación de pensionados, de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional. Este Consejo deberá ser oído previamente, sin carácter vinculante, por el Consejo Nacional de Política Social para la determinación del plan anual de extensión de cobertura a que se refiere el artículo 28 de la presente Ley.

ARTICULO 26. Objeto del Fondo. El Fondo de Solidaridad Pensional tiene por objeto subsidiar los aportes al Régimen General de Pensiones de los trabajadores asalariados o independientes del sector rural y urbano que carezcan de suficientes recursos para efectuar la totalidad del aporte, tales como artistas, deportistas, músicos, compositores, toreros y sus subalternos, la mujer microempresaria, las madres comunitarias, los discapacitados físicos, psíquicos y sensoriales, los miembros de las cooperativas de trabajo asociado y otras formas asociativas de producción, de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional.

El subsidio se concederá parcialmente para reemplazar los aportes del empleador y del trabajador o de este último en caso de que tenga la calidad de trabajador independiente, hasta por un salario mínimo como base de cotización. El Gobierno Nacional reglamentará la proporción del subsidio de que trata este inciso.

Los beneficiarios de estos subsidios podrán escoger entre el Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida y el Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad, pero en el evento de seleccionar esta última opción sólo podrán afiliarse a fondos que administren las sociedades administradoras que pertenezcan al sector social solidario, siempre y cuando su rentabilidad real sea por lo menos igual al promedio de los demás fondos de pensiones de conformidad con lo establecido en la presente Ley.

Para hacerse acreedor al subsidio el trabajador deberá acreditar su condición de afiliado del Régimen General de Seguridad Social en Salud, y pagar la porción del aporte que allí le corresponda.

Estos subsidios se otorgan a partir del 1o. de enero de 1995.

PARAGRAFO. No podrán ser beneficiarios de este subsidio los trabajadores que tengan una cuenta de ahorro pensional voluntario de que trata la presente Ley, ni aquellos a quienes se les compruebe que pueden pagar la totalidad del aporte.

ARTICULO 27. Recursos. El Fondo de Solidaridad Pensional tendrá las siguientes fuentes de recursos:

a) La cotización adicional del 1 % sobre el salario, a cargo de los afiliados al Régimen General de Pensiones cuya base de cotización sea igual o superior a 4 salarios mínimos legales mensuales vigentes;

b) Los aportes del presupuesto nacional. Estos no podrán ser inferiores a los obtenidos anualmente por concepto de las cotizaciones adicionales a que se refiere el literal anterior, y se liquidarán con base en lo reportado por el fondo en la vigencia del año inmediatamente anterior, actualizados con base en la variación del índice de precios al consumidor, certificado por el DANE;

c) Los recursos que aporten las entidades territoriales para planes de extensión de cobertura en sus respectivos territorios o de agremiaciones o federaciones para sus afiliados;

d) Las donaciones que reciba, los rendimientos financieros de sus excedentes de liquidez, y en general los demás recursos que reciba a cualquier título;

e) Las multas a que se refieren los artículos 111 y 271 de la presente Ley.

PARAGRAFO. Anualmente, en el presupuesto general de la nación, se incluirá la partida correspondiente a los aportes que debe hacer el Gobierno Nacional al Fondo.

ARTICULO 28. Parcialidad del Subsidio. Los subsidios a que se refiere el presente capítulo serán de naturaleza temporal y parcial, de manera que el beneficiario realice un esfuerzo para el pago parcial del aporte a su cargo.

El monto del subsidio podrá ser variable por períodos y por actividad económica, teniendo en cuenta además la capacidad económica de los beneficiarios y la disponibilidad de recursos del Fondo.

El Consejo Nacional de Política Social determinará el plan anual de extensión de cobertura que deberá incluir criterios de equilibrio regional y los grupos de trabajadores beneficiarios de este subsidio, así como las condiciones de cuantía, forma de pago y pérdida del derecho al subsidio.

PARAGRAFO. El subsidio que se otorgue a las madres comunitarias o trabajadoras solidarias de los hogares comunitarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar será mínimo el 50 % de la cotización establecida en la presente Ley.

ARTICULO 29. Exigibilidad del Subsidio. Cuando el afiliado que haya recibido subsidios del Fondo de Solidaridad Pensional exceda de los 65 años de edad y no cumpla con los requisitos mínimos para acceder a una pensión de vejez, la entidad administradora respectiva devolverá el monto de los aportes subsidiados con los correspondientes rendimientos financieros a dicho Fondo.

Las entidades administradoras deberán llevar cuentas separadas de los aportes recibidos del Fondo y establecerán los mecanismos de seguimiento de los beneficiarios.

ARTICULO 30. Subsidio a Trabajadores del Servicio Doméstico. Los aportes del presupuesto nacional de que trata la Ley 11 de 1988, para el subsidio en los aportes de los trabajadores del servicio doméstico, se girarán al Fondo de Solidaridad, en cuentas separadas, para que éste traslade el subsidio correspondiente a la entidad que haya seleccionado el trabajador.

TITULO II

REGIMEN SOLIDARIO DE PRIMA MEDIA CON PRESTACION DEFINIDA

CAPITULO I
NORMAS GENERALES

ARTICULO 31. Concepto. El Régimen de Prima Media con Prestación Definida es aquel mediante el cual los afiliados o sus beneficiarios obtienen una pensión de vejez, de invalidez o de sobrevivientes, o una indemnización, previamente definidas, de acuerdo con lo previsto en el presente Título.

Serán aplicables a este régimen las disposiciones vigentes para los seguros de invalidez, vejez y muerte a cargo del Instituto de Seguros Sociales, con las adiciones modificaciones y excepciones contenidas en esta Ley.

ARTICULO 32. Características. El Régimen de Prima Media con Prestación Definida tendrá las siguientes características:

- a) Es un régimen solidario de prestación definida;
- b) Los aportes de los afiliados y sus rendimientos, constituyen un fondo común de naturaleza pública, que garantiza el pago de las prestaciones de quienes tengan la calidad de pensionados en cada vigencia, los respectivos gastos de administración y la constitución de reservas de acuerdo con lo dispuesto en la presente Ley;
- c) El Estado garantiza el pago de los beneficios a que se hacen acreedores los afiliados.

CAPITULO II
PENSION DE VEJEZ

ARTICULO 33. Requisitos para Obtener la Pensión de Vejez. Para tener derecho a la pensión de vejez, el afiliado deberá reunir las siguientes condiciones:

1. Haber cumplido cincuenta y cinco (55) años de edad si es mujer, o sesenta 60 años de edad si es hombre.
2. Haber cotizado un mínimo de 1.000 semanas en cualquier tiempo.

PARAGRAFO 1. Para efectos del cómputo de las semanas a que se refiere el presente artículo, y en concordancia con lo establecido en el literal f) del artículo 13 se tendrán en cuenta:

- a) El número de semanas cotizadas en cualquiera de los dos regímenes del sistema general de pensiones;
- b) El tiempo de servicio como servidores públicos remunerados;
- c) El tiempo de servicio como trabajadores vinculados con empleadores que tienen a su cargo el reconocimiento y pago de la pensión, siempre que la vinculación laboral se encuentre vigente o se inicie con posterioridad a la vigencia de la presente Ley;
- d) El número de semanas cotizadas a cajas provisionales del sector privado que tuviesen a su cargo el reconocimiento y pago de la pensión;
- e) Derógase el parágrafo del artículo 7o. de la Ley 71 de 1988.

En los casos previstos en los literales c) y d), el cómputo será procedente siempre y cuando el empleador o la caja, según el caso, trasladen, con base en el cálculo actuarial, la suma correspondiente del trabajador que se afilie, a satisfacción de la entidad administradora.

PARAGRAFO 2. Para los efectos de las disposiciones contenidas en la presente Ley, se entiende por semana cotizada el período de 7 días calendario. La facturación y el cobro de los aportes se hará sobre el número de días cotizados en cada período.

PARAGRAFO 3. No obstante el requisito establecido en el numeral 2 de este artículo, cuando el trabajador lo estime conveniente, podrá seguir trabajando y cotizando durante 5 años más, ya sea para aumentar el monto de la pensión o para completar los requisitos si fuere el caso.

PARAGRAFO 4. A partir del primero (1o.) de enero del año dos mil catorce (2014) las edades para acceder a la pensión de vejez se reajustarán a cincuenta y siete (57) años si es mujer y sesenta y dos (62) años si es hombre.

PARAGRAFO 5. En el año 2013 la Asociación Nacional de Actuarios, o la entidad que haga sus veces, o una comisión de actuarios nombrados por las varias asociaciones nacionales de actuarios si las hubiere, verificará, con base en los registros demográficos de la época, la evolución de la expectativa de vida de los colombianos, y en consecuencia con el resultado podrá recomendar la inaplicabilidad del aumento de la edad previsto en este artículo, caso en el cual dicho incremento se aplazara hasta que el Congreso dicte una nueva Ley sobre la materia.

ARTICULO 34. Monto de la Pensión de Vejez. El monto mensual de la pensión de vejez, correspondiente a las primeras 1.000 semanas de cotización, será equivalente al 65 % del ingreso base de liquidación. Por cada 50 semanas adicionales a las 1.000 hasta las 1.200 semanas, este porcentaje se incrementará en un 2 %, llegando a este tiempo de cotización al 73 % del ingreso base de liquidación. Por cada 50 semanas adicionales a las 1.200 hasta las 1.400, este porcentaje se incrementará en 3 % en lugar del 2 %, hasta completar un monto máximo del 85 % del ingreso base de liquidación.

El valor total de la pensión no podrá ser superior al 85 % del ingreso base de liquidación, ni inferior a la pensión mínima de que trata el artículo siguiente.

ARTICULO 35. Pensión Mínima de Vejez o jubilación. El monto mensual de la pensión mínima de vejez o jubilación no podrá ser inferior al valor del salario mínimo legal mensual vigente.

PARAGRAFO. Las pensiones de jubilación reconocidas con posterioridad a la vigencia de la Ley 4a. de 1992 no estarán sujetas al límite establecido por el artículo 2o. de la Ley 71 de 1988, que por esta Ley se modifica, salvo en los regímenes e instituciones excepcionadas en el artículo 279 de esta Ley.

ARTICULO 36. Régimen de Transición. La edad para acceder a la pensión de vejez, continuará en cincuenta y cinco (55) años para las mujeres y sesenta (60) para los hombres, hasta el año 2014, fecha en la cual la edad se incrementará en 2 años, es decir, será de 57 años para las mujeres y 62 para los hombres.

La edad para acceder a la pensión de vejez, el tiempo de servicio o el número de semanas cotizadas, y el monto de la pensión de vejez de las personas que al momento de entrar en vigencia el Sistema tengan 35 o más años de edad si son mujeres o 40 o más años de edad si son hombres, o 15 o más años de servicios cotizados, será la establecida en el régimen anterior al cual se encuentren afiliados. Las demás condiciones y requisitos aplicables a estas personas para acceder a la pensión de vejez, se regirán por las disposiciones contenidas en la presente Ley.

El ingreso base para liquidar la pensión de vejez de las personas referidas en el inciso anterior que les faltare menos de diez (10) años para adquirir el derecho, será el promedio de lo devengado en el tiempo que les faltare para ello, o el cotizado durante todo el tiempo si éste fuere superior, actualizado anualmente con base en la variación del índice de precios al consumidor, según certificación que expida el DANE. Sin embargo, cuando el tiempo que les faltare fuere igual o inferior a dos (2) años a la entrada en vigencia de la presente Ley, el ingreso base para liquidar la pensión será el promedio de lo devengado en los dos (2) últimos años, para los trabajadores del sector privado y de un (1) año para los servidores públicos.

Lo dispuesto en el presente artículo para las personas que al momento de entrar en vigencia el régimen tengan treinta y cinco (35) o más años de edad si son mujeres o cuarenta (40) o más años de edad si son hombres, no será aplicable cuando estas personas voluntariamente se acojan al régimen de ahorro individual con solidaridad, caso en el cual se sujetarán a todas las condiciones previstas para dicho régimen.

Tampoco será aplicable para quienes habiendo escogido el régimen de ahorro individual con solidaridad decidan cambiarse al de prima media con prestación definida.

Quienes a la fecha de vigencia de la presente Ley hubiesen cumplido los requisitos para acceder a la pensión de Jubilación o de vejez conforme a normas favorables anteriores, aun cuando no se hubiese efectuado el reconocimiento, tendrán derecho en desarrollo de los derechos adquiridos, a que se les reconozca y liquide la pensión en las condiciones de favorabilidad vigentes al momento en que cumplieron tales requisitos.

PARAGRAFO. Para efectos del reconocimiento de la pensión de vejez de que trata el inciso primero(1º.) del presente artículo se tendrá en cuenta la suma de las semanas cotizadas con anterioridad a la vigencia de la presente Ley, al Instituto de Seguros Sociales, a las cajas, fondos o entidades de seguridad social del sector público o privado, o el tiempo de servicio como servidores públicos cualquiera sea el número de semanas cotizadas o tiempo de servicio.

ARTICULO 37. Indemnización Sustitutiva de la Pensión de Vejez. Las personas que habiendo cumplido la edad para obtener la pensión de vejez no hayan cotizado el mínimo de semanas exigidas, y declaren su imposibilidad de continuar cotizando, tendrán derecho a recibir, en sustitución, una indemnización equivalente a un salario base de liquidación promedio semanal multiplicado por el número de semanas cotizadas; al resultado así obtenido se le aplica el promedio ponderado de los porcentajes sobre los cuales haya cotizado el afiliado.

CAPITULO III

PENSION DE INVALIDEZ POR RIESGO COMUN

ARTICULO 38. Estado de Invalidez. Para los efectos del presente capítulo se considera inválida la persona que por cualquier causa de origen no profesional, no provocada intencionalmente, hubiere perdido el 50 % o más de su capacidad laboral.

ARTICULO 39. Requisitos para obtener la Pensión de Invalidez. Tendrán derecho a la pensión de invalidez, los afiliados que conforme a lo dispuesto en el artículo anterior sean declarados inválidos y cumplan alguno de los siguientes requisitos:

- a) Que el afiliado se encuentre cotizando al régimen y hubiere cotizado por lo menos 26 semanas, al momento de producirse el estado de invalidez;
- b) Que habiendo dejado de cotizar al sistema, hubiere efectuado aportes durante por lo menos 26 semanas del año inmediatamente anterior al momento en que se produzca el estado de invalidez.

PARAGRAFO. Para efectos del cómputo de las semanas a que se refiere el presente artículo se tendrá en cuenta lo dispuesto en los párrafos del artículo 33 de la presente Ley.

ARTICULO 40. Monto de la Pensión de Invalidez. El monto mensual de la pensión de invalidez será equivalente a:

- a) El 45 % del ingreso base de liquidación, más el 1.5 % de dicho ingreso por cada 50 semanas de cotización que el afiliado tuviese acreditadas con posterioridad a las primeras 500 semanas de cotización, cuando la disminución en su capacidad laboral sea igual o superior al 50 % e inferior al 66 %;
- b) El 54 % del ingreso base de liquidación, más el 2 % de dicho ingreso por cada 50 semanas de cotización que el afiliado tuviese acreditadas con posterioridad a las primeras 800 semanas de cotización, cuando la disminución en su capacidad laboral es igual o superior al 66 %.

La pensión por invalidez no podrá ser superior al 75 % del ingreso base de liquidación.

En ningún caso la pensión de invalidez podrá ser inferior al salario mínimo legal mensual.

La pensión de invalidez se reconocerá a solicitud de parte interesada y comenzará a pagarse, en forma retroactiva, desde la fecha en que se produzca tal estado.

ARTICULO 41. Calificación del Estado de Invalidez. El estado de invalidez será determinado de conformidad con lo dispuesto en los artículos siguientes y con base en el manual único para la calificación de la invalidez, expedido por el Gobierno Nacional, que deberá contemplar los criterios técnicos de evaluación, para calificar la imposibilidad que tenga el afectado para desempeñar su trabajo por pérdida de la capacidad laboral.

ARTICULO 42. Juntas Regionales de Calificación de Invalidez. En las capitales de departamento y en aquellas ciudades en las cuales el volumen de afiliados así lo requiera, se conformará una comisión interdisciplinaria que calificará en primera instancia la invalidez y determinará su origen.

Las comisiones estarán compuestas por un número impar de expertos, designados por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, quienes actuarán de conformidad con la reglamentación que para tal efecto expida el Gobierno Nacional.

Los honorarios de los miembros de la comisión serán pagados por la entidad de previsión o seguridad social o la sociedad administradora a la que esté afiliado el solicitante.

ARTICULO 43. Junta Nacional de Calificación de Invalidez. Créase la Junta Nacional para la Calificación de los Riesgos de Invalidez con sede en la capital de la República, integrada por un número impar de miembros designados por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Esta Junta, que será interdisciplinaria, tiene a su cargo la resolución de las controversias que en segunda instancia sean sometidas para su decisión por las juntas regionales o seccionales respectivas.

Los honorarios de los miembros de la Junta serán pagados, en todo caso por la entidad de previsión o seguridad social correspondiente.

El Gobierno Nacional reglamentará la integración, financiación y funcionamiento de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, de su secretaría técnica y de las juntas regionales o seccionales, el procedimiento de apelación, el manual único para la calificación de la invalidez y demás normas necesarias para su adecuado funcionamiento.

PARAGRAFO. Los miembros de la Junta Nacional y los de las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez de que trata el artículo anterior, no tienen el carácter de servidores públicos.

ARTICULO 44. Revisión de las Pensiones de Invalidez. El estado de invalidez podrá revisarse:

- a) Por solicitud de la entidad de previsión o seguridad social correspondiente cada tres (3) años, con el fin de ratificar, modificar o dejar sin efectos el dictamen que sirvió de base para la liquidación de la pensión que disfruta su beneficiario y proceder a la extinción, disminución o aumento de la misma, si a ello hubiere lugar.

Este nuevo dictamen se sujeta a las reglas de los artículos anteriores.

El pensionado tendrá un plazo de tres (3) meses contados a partir de la fecha de dicha solicitud, para someterse a la respectiva revisión del estado de invalidez. Salvo casos de fuerza mayor, si el pensionado no se presenta o impide dicha revisión dentro de dicho plazo, se suspenderá el pago de la pensión. Transcurridos doce (12) meses contados desde la misma fecha sin que el pensionado se presente o permita el examen, la respectiva pensión prescribirá.

Para readquirir el derecho en forma posterior, el afiliado que alegue permanecer inválido deberá someterse a un nuevo dictamen. Los gastos de este nuevo dictamen serán pagados por el afiliado;

- b) Por solicitud del pensionado en cualquier tiempo y a su costa.

ARTICULO 45. Indemnización Sustitutiva de la Pensión de Invalidez. El afiliado que al momento de invalidarse no hubiere reunido los requisitos exigidos para la pensión de invalidez, tendrá derecho a recibir, en sustitución, una indemnización equivalente a la que le hubiere correspondido en el caso de la indemnización sustitutiva de la pensión de vejez, prevista en el artículo 37 de la presente Ley.

CAPITULO IV

PENSION DE SOBREVIVIENTES

ARTICULO 46. Requisitos para obtener la Pensión de Sobrevivientes. Tendrán derecho a la pensión de sobrevivientes:

1. Los miembros del grupo familiar del pensionado por vejez, o invalidez por riesgo común, que fallezca, y
2. Los miembros del grupo familiar del afiliado que fallezca, siempre que éste hubiere cumplido alguno de los siguientes requisitos:

- a) Que el afiliado se encuentre cotizando al sistema y hubiere cotizado por lo menos veintiséis (26) semanas al momento de la muerte;

b) Que habiendo dejado de cotizar al sistema, hubiere efectuado aportes durante por lo menos 26 semanas del año inmediatamente anterior al momento en que se produzca la muerte.

PARAGRAFO. Para efectos del cómputo de las semanas a que se refiere el presente artículo se tendrá en cuenta lo dispuesto en los parágrafos del artículo 33 de la presente Ley.

ARTICULO 47. Beneficiarios de la Pensión de Sobrevivientes. Son beneficiarios de la pensión de sobrevivientes:

a) En forma vitalicia, el cónyuge o la compañera o compañero permanente supérstite.

En caso de que la pensión de sobrevivencia se cause por muerte del pensionado, el cónyuge o la compañera o compañero permanente supérstite, deberá acreditar que estuvo haciendo vida marital con el causante por lo menos desde el momento en que éste cumplió con los requisitos para tener derecho a una pensión de vejez o invalidez, y hasta su muerte, y haya convivido con el fallecido no menos de dos (2) años continuos con anterioridad a su muerte, salvo que haya procreado uno o más hijos con el pensionado fallecido;

b) Los hijos menores de 18 años; los hijos mayores de 18 años y hasta los 25 años, incapacitados para trabajar por razón de sus estudios y si dependían económicamente del causante al momento de su muerte; y, los hijos inválidos si dependían económicamente del causante, mientras subsistan las condiciones de invalidez;

c) A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente e hijos con derecho, serán beneficiarios los padres del causante si dependían económicamente de éste;

d) A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente, padres e hijos con derecho, serán beneficiarios los hermanos inválidos del causante si dependían económicamente de éste.

ARTICULO 48. Monto de la Pensión de Sobrevivientes. El monto mensual de la pensión de sobrevivientes por muerte del pensionado será igual al 100 % de la pensión que aquél disfrutaba.

El monto mensual de la pensión total de sobrevivientes por muerte del afiliado será igual al 45 % del ingreso base de liquidación más 2 % de dicho ingreso por cada cincuenta (50) semanas adicionales de cotización a las primeras quinientas (500) semanas de cotización, sin que exceda el 75 % del ingreso base de liquidación.

En ningún caso el monto de la pensión podrá ser inferior al salario mínimo legal mensual vigente, conforme a lo establecido en el artículo 35 de la presente Ley.

No obstante lo previsto en este artículo, los afiliados podrán optar por una pensión de sobrevivientes equivalente al régimen de pensión de sobrevivientes del ISS, vigente con anterioridad a la fecha de vigencia de la presente Ley equivalente al 65 % del ingreso base de liquidación, siempre que se cumplan las mismas condiciones establecidas por dicho instituto.

ARTICULO 49. Indemnización Sustitutiva de la Pensión de Sobrevivientes. Los miembros del grupo familiar del afiliado que al momento de su muerte no hubiese reunido los requisitos exigidos para la pensión de sobrevivientes, tendrán derecho a recibir, en sustitución, una indemnización equivalente a la que le hubiera correspondido en el caso de la indemnización sustitutiva de la pensión de vejez, prevista en el artículo 37 de la presente Ley.

CAPITULO V

PRESTACIONES ADICIONALES

ARTICULO 50. Mesada adicional. Los pensionados por vejez o jubilación, invalidez y sustitución o sobrevivencia continuarán recibiendo cada año, junto con la mesada del mes de noviembre, en la primera quincena del mes de diciembre, el valor correspondiente a una mensualidad adicional a su pensión.

ARTICULO 51. Auxilio Funerario. La persona que compruebe haber sufragado los gastos de entierro de un afiliado o pensionado, tendrá derecho a percibir un auxilio funerario equivalente al último salario base de cotización, o al valor correspondiente a la última mesada pensional recibida, según sea el caso, sin que este auxilio pueda ser inferior a cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes, ni superior a diez (10) veces dicho salario.

Cuando los gastos funerarios por disposición legal o reglamentaria deban estar cubiertos por una póliza de seguros, el Instituto Seguros Sociales, cajas, fondos o entidades del sector público podrán repetir contra la entidad aseguradora que lo haya amparado, por las sumas que se paguen por este concepto.

CAPITULO VI

ADMINISTRADORAS DEL REGIMEN SOLIDARIO DE PRIMA MEDIA CON PRESTACION DEFINIDA

ARTICULO 52. Entidades administradoras. El régimen solidario de prima media con prestación definida será administrado por el Instituto de Seguros Sociales.

Las cajas, fondos o entidades de seguridad social existentes, del sector público o privado, administrarán este régimen respecto de sus afiliados y mientras dichas entidades subsistan, sin perjuicio de que aquéllos se acojan a cualquiera de los regímenes pensionales previstos en esta Ley.

Las cajas, fondos o entidades de seguridad social existentes, del sector público o privado, estarán sometidos a la vigilancia y control de la Superintendencia Bancaria.

ARTICULO 53. Fiscalización e Investigación. Las entidades administradoras del régimen solidario de prestación definida tienen amplias facultades de fiscalización e investigación sobre el empleador o agente retenedor de las cotizaciones al régimen para asegurar el efectivo cumplimiento de la presente Ley. Para el efecto podrán:

a) Verificar la exactitud de las cotizaciones y aportes u otros informes, cuando lo consideren necesario;

b) Adelantar las investigaciones que estimen convenientes para verificar la ocurrencia de hechos generadores de obligaciones no declarados;

c) Citar o requerir a los empleadores o agentes retenedores de las cotizaciones al régimen, o a terceros, para que rindan informes;

d) Exigir a los empleadores o agentes retenedores de las cotizaciones al régimen, o a terceros, la presentación de documentos o registros de operaciones, cuando unos u otros estén obligados a llevar libros registrados;

e) Ordenar la exhibición y examen de los libros, comprobantes y documentos del empleador o agente retenedor de las cotizaciones al régimen, y realizar las diligencias necesarias para la correcta y oportuna determinación de las obligaciones.

ARTICULO 54. Inversión y rentabilidad de las reservas de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) y Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional (ATEP). La inversión de las reservas de IVM y ATEP del ISS y del Fondo de Pensiones Públicas del nivel nacional, se manejarán, mediante contrato de fiducia con las entidades del sector financiero especializado en este servicio o en títulos de la nación donde se busque obtener la rentabilidad mínima de que trata el artículo 101 de la presente Ley.

En caso de no garantizarse la rentabilidad señalada en el inciso anterior, las reservas de IVM y ATEP del Instituto Seguros Sociales y del Fondo de Pensiones Públicas del nivel nacional se colocarán en una cuenta de la Tesorería General de la Nación que les garantizará una rentabilidad que preserve su poder adquisitivo.

Dichas entidades podrán efectuar retiros de la cuenta de la Tesorería General de la Nación para celebrar nuevos contratos de fiducia o para invertir en títulos de deuda de la nación colocados en el mercado de capitales. Cuando dentro del plazo de un (1) año la rentabilidad de los títulos de deuda de la nación no mantengan el poder adquisitivo de las reservas, la nación efectuará la compensación necesaria para cumplir el mandato del artículo 48 de la Constitución Política, mediante apropiación y giro del Presupuesto General de la Nación.

PARAGRAFO. Las reservas de las cajas, fondos o entidades de previsión social del sector público que conforme a lo dispuesto en la presente Ley, administren el régimen de prima media con prestación definida, deberán manejarse mediante encargo fiduciario o títulos de la nación, con arreglo a las normas que sobre inversión, rentabilidad y control determine el Gobierno Nacional.

ARTICULO 55. Exoneración de intereses. Los empleadores que a 31 de julio de 1993 adeudaban sumas al ISS por concepto de aportes o cotizaciones a los seguros de Enfermedad General y Maternidad y accidente de trabajo y Enfermedad Profesional, quedarán exonerados de los intereses moratorios y de la sanción por mora correspondientes a tales deudas, así como de las sanciones por mora correspondientes al capital adeudado por los Seguros de Invalidez, Vejez y Muerte, siempre y cuando cancelen la deuda dentro de los 4 meses siguientes a la vigencia de la presente Ley.

Para gozar del beneficio de que trata el presente artículo, el empleador deberá cancelar la totalidad de las sumas adeudadas al momento del pago.

ARTICULO 56. Castigo de Cartera. El Consejo Directivo del Instituto de Seguros Sociales podrá castigar aquella cartera de dudoso recaudo cuando ésta tenga un atraso superior a 24 meses, utilizando para el efecto criterios similares a los que rigen en el sistema bancario. En ningún caso el castigo de cartera implicará la condonación de la deuda.

ARTICULO 57. Cobro Coactivo. De conformidad con el artículo 79 del Código Contencioso Administrativo y el artículo 112 de la Ley 6a. de 1992, las entidades administradoras del Régimen de Prima Media con prestación definida podrán establecer el cobro coactivo, para hacer efectivos sus créditos.

ARTICULO 58. Publicidad. Las entidades administradoras del régimen solidario de prestación definida podrán adelantar programas de publicidad, comunicación y promoción de sus actividades conforme, en lo pertinente, a la reglamentación que para el efecto expida la Superintendencia Bancaria. Tal publicidad solamente podrá contratarse con cargo al presupuesto de gastos administrativos de la entidad.

TITULO III

REGIMEN DE AHORRO INDIVIDUAL CON SOLIDARIDAD

CAPITULO I

NORMAS GENERALES

ARTICULO 59. Concepto. El Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad es el conjunto de entidades, normas y procedimientos, mediante los cuales se administran los recursos privados y públicos destinados a pagar las pensiones y prestaciones que deban reconocerse a sus afiliados, de acuerdo con lo previsto en este Título.

Este régimen está basado en el ahorro proveniente de las cotizaciones y sus respectivos rendimientos financieros, la solidaridad a través de garantías de pensión mínima y aportes al Fondo de Solidaridad, y propende por la competencia entre las diferentes entidades administradoras del sector privado, sector público y sector social solidario, que libremente escojan los afiliados.

ARTICULO 60. Características. El Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad tendrá las siguientes características:

a) Los afiliados al régimen tendrán derecho al reconocimiento y pago de las pensiones de vejez, de invalidez y de sobrevivientes, así como de las indemnizaciones contenidas en este Título, cuya cuantía dependerá de los aportes de los afiliados y empleadores, sus rendimientos financieros, y de los subsidios del Estado, cuando a ellos hubiere lugar.

b) Una parte de los aportes mencionados en el literal anterior, se capitalizará en la cuenta individual de ahorro pensional de cada afiliado. Otra parte se destinará al pago de primas de seguros para atender las pensiones de invalidez y de sobrevivientes y la asesoría para la contratación de la renta vitalicia, financiar el Fondo de Solidaridad Pensional y cubrir el costo de administración del régimen.

Las cuentas de ahorro personal, serán administradas por las entidades que se autoricen para tal efecto, sujetas a la vigilancia y control del Estado.

c) Los afiliados al sistema podrán escoger y trasladarse libremente entre entidades administradoras, y seleccionar la aseguradora con la cual contraten las rentas o pensiones;

d) El conjunto de las cuentas individuales de ahorro pensional constituye un patrimonio autónomo propiedad de los afiliados, denominado Fondo de Pensiones, el cual es independiente del patrimonio de la entidad administradora;

e) Las entidades administradoras deberán garantizar una rentabilidad mínima del fondo de pensiones que administran;

f) El patrimonio de las entidades administradoras garantiza el pago de la rentabilidad mínima de que trata el literal anterior y el desarrollo del negocio de administración del fondo de pensiones;

g) El Estado garantiza los ahorros del afiliado y el pago de las pensiones a que éste tenga derecho, cuando las entidades administradoras o aseguradoras incumplan sus obligaciones, en los términos de la presente Ley, revirtiendo contra el patrimonio de las entidades administradoras y aplicando las sanciones pertinentes por incumplimiento, de acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno Nacional;

h) Tendrán derecho al reconocimiento de bonos pensionales los afiliados al régimen que hayan efectuado aportes o cotizaciones al Instituto de Seguros Sociales, o a las cajas, fondos o entidades del sector público, o prestado servicios como servidores públicos, o trabajado en empresas que tienen a su exclusivo cargo las pensiones de sus trabajadores y trasladen la parte proporcional del cálculo actuarial correspondiente;

i) En desarrollo del principio de solidaridad, el Estado aportará los recursos que sean necesarios para garantizar el pago de pensiones mínimas, cuando la capitalización de los aportes de los afiliados y sus rendimientos financieros fueren insuficientes, y aquéllos cumplan las condiciones requeridas para el efecto;

j) El control y vigilancia de las entidades administradoras de los fondos de pensiones corresponde a la Superintendencia Bancaria.

ARTICULO 61. Personas excluidas del Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad. Están excluidos del Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad:

a) Los pensionados por invalidez por el Instituto Seguros Sociales o por cualquier fondo, caja o entidad del sector público;

b) Las personas que al entrar en vigencia el sistema tuvieran cincuenta y cinco (55) años o más de edad, si son hombres, o cincuenta (50) años o más de edad, si son mujeres, salvo que decidan cotizar por lo menos 500 semanas en el nuevo régimen, caso en el cual será obligatorio para el empleador efectuar los aportes correspondientes.

ARTICULO 62. Cotizaciones Voluntarias. Los afiliados al Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad podrán cotizar, periódica u ocasionalmente, valores superiores a los límites mínimos establecidos como cotización obligatoria, con el fin de incrementar los saldos de sus cuentas individuales de ahorro pensional, para optar por una pensión mayor o un retiro anticipado.

ARTICULO 63. Cuentas Individuales de Ahorro Pensional. Las cotizaciones obligatorias y voluntarias se abonarán a la cuenta individual de ahorro pensional del afiliado. Cada afiliado sólo podrá tener una cuenta.

Las administradoras deberán enviar a sus afiliados, por lo menos trimestralmente, un extracto que registre las sumas depositadas, sus rendimientos y saldos, así como el monto de las comisiones cobradas y de las primas pagadas.

Las sumas existentes en las cuentas individuales de ahorro pensional, sólo podrán ser utilizadas para acceder a las pensiones de que trata este Título, salvo lo dispuesto en los artículos 85 y 89 de la presente Ley.

CAPITULO II

PENSION DE VEJEZ

ARTICULO 64. Requisitos para obtener la pensión de Vejez. Los afiliados al Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad, tendrán derecho a una pensión de vejez, a la edad que escojan, siempre y cuando el capital acumulado en su cuenta de ahorro individual les permita obtener una pensión mensual, superior al 110 % del salario mínimo legal mensual vigente a la fecha de expedición de esta Ley, reajustado anualmente según la variación porcentual del Índice de Precios al Consumidor certificado por el DANE. Para el cálculo de dicho monto se tendrá en cuenta el valor del bono pensional, cuando a éste hubiere lugar.

Cuando a pesar de cumplir los requisitos para acceder a la pensión en los términos del inciso anterior, el trabajador opte por continuar cotizando, el empleador estará obligado a efectuar las cotizaciones a su cargo, mientras dure la relación laboral, legal o reglamentaria, y hasta la fecha en la cual el trabajador cumpla sesenta (60) años si es mujer y sesenta y dos (62) años de edad si es hombre.

ARTICULO 65. Garantía de Pensión Mínima de Vejez. Los afiliados que a los 62 años de edad si son hombres y 57 si son mujeres, no hayan alcanzado a generar la pensión mínima de que trata el artículo 35 de la presente Ley, y hubiesen cotizado por lo menos 1.150 semanas, tendrán derecho a que el Gobierno Nacional, en desarrollo del principio de solidaridad, les complete la parte que haga falta para obtener dicha pensión.

PARAGRAFO. Para efectos del cómputo de las semanas a que se refiere el presente artículo se tendrá en cuenta lo previsto en los parágrafos del artículo 33 de la presente Ley.

ARTICULO 66. Devolución de Saldos. Quienes a las edades previstas en el artículo anterior no hayan cotizado el número mínimo de semanas exigidas, y no hayan acumulado el capital necesario para financiar una pensión por lo menos igual al salario mínimo, tendrán derecho a la devolución del capital acumulado en su cuenta de ahorro individual, incluidos los rendimientos financieros y el valor del bono pensional, si a éste hubiere lugar, o a continuar cotizando hasta alcanzar el derecho.

ARTICULO 67. Exigibilidad de los Bonos Pensionales. Los afiliados que tengan derecho a recibir bonos pensionales, sólo podrán hacer efectivos dichos bonos, a partir de la fecha en la cual cumplan las edades para acceso a la pensión, previstas en el artículo 65 de la presente Ley.

ARTICULO 68. Financiación de la Pensión de Vejez. Las pensiones de vejez se financiarán con los recursos de las cuentas de ahorro pensional, con el valor de los bonos pensionales cuando a ello hubiere lugar, y con el aporte de la Nación en los casos en que se cumplan los requisitos correspondientes para la garantía de pensión mínima.

CAPITULO III

PENSION DE INVALIDEZ POR RIESGO COMUN

ARTICULO 69. Pensión de invalidez. El estado de invalidez, los requisitos para obtener la pensión de invalidez, el monto y el sistema de su calificación en el régimen de ahorro individual con solidaridad, se regirá por las disposiciones contenidas en los artículos 38, 39, 40 y 41 de la presente Ley.

ARTICULO 70. Financiación de la Pensión de Invalidez. Las pensiones de invalidez se financiarán con la cuenta individual de ahorro pensional del afiliado, el bono pensional si a éste hubiere lugar, y la suma adicional que sea necesaria para completar el capital que financie el monto de la pensión. La suma adicional estará a cargo de la aseguradora con la cual se haya contratado el seguro de invalidez y de sobrevivientes.

El monto acumulado en las cuentas individuales de ahorro pensional, en virtud de cotizaciones voluntarias, no hará parte del capital para financiar las pensiones de invalidez, salvo que así lo disponga el afiliado, o cuando ello sea necesario para acceder a la pensión mínima de invalidez. El pensionado por invalidez podrá disponer del monto de las cotizaciones voluntarias no utilizado.

Cuando de conformidad con lo previsto en el artículo 44 de la presente Ley se determine la cesación del estado de invalidez, la compañía de seguros deberá reintegrar a la cuenta individual de ahorro pensional, el saldo no utilizado de la reserva para pensiones, en la parte que corresponda a capital más los rendimientos de la cuenta de ahorro individual y al bono pensional.

En los eventos de que trata el inciso anterior, los afiliados tendrán derecho a que el Estado les habilite como semanas cotizadas aquellas durante las cuales gozaron de la respectiva pensión. Esta habilitación del número de semanas será aplicable sólo cuando el Estado deba pagar garantía de pensión mínima.

PARAGRAFO. El afiliado podrá contratar la pensión de invalidez con una aseguradora distinta de la que haya pagado la suma adicional a que se refiere el inciso primero de este artículo.

ARTICULO 71. Garantía Estatal de Pensión Mínima de Invalidez. En desarrollo del principio de solidaridad, el Estado garantizará los recursos necesarios para que los afiliados al Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad, tengan acceso a una pensión mínima de invalidez, cuyo monto mensual será equivalente al salario mínimo legal mensual conforme a lo establecido en el artículo 35 de la presente Ley.

La garantía estatal de pensión mínima operará de conformidad con lo previsto en los artículos 83 y 84 de esta Ley.

ARTICULO 72. Devolución de Saldos por Invalidez. Cuando el afiliado se invalide sin cumplir con los requisitos para acceder a una pensión de invalidez, se le entregará la totalidad del saldo abonado en su cuenta individual de ahorro pensional, incluidos los rendimientos financieros y adicionado con el valor del bono pensional si a ello hubiere lugar.

No obstante, el afiliado podrá mantener un saldo en la cuenta individual de ahorro pensional y cotizar para constituir el capital necesario para acceder a una pensión de vejez.

CAPITULO IV

PENSION DE SOBREVIVIENTES

ARTICULO 73. Requisitos y monto. Los requisitos para obtener la pensión de sobrevivientes en el régimen de capitalización individual con solidaridad así como su monto, se regirán por las disposiciones contenidas en los artículos 46 y 48, de la presente Ley.

ARTICULO 74. Beneficiarios de la Pensión de Sobrevivientes. Son beneficiarios de la pensión de sobrevivientes:

a) En forma vitalicia, el cónyuge o la compañera o compañero permanente supérstite.

En caso de que la pensión de sobrevivencia se cause por muerte del pensionado, el cónyuge o la compañera o compañero permanente supérstite, deberá acreditar que estuvo haciendo vida marital con el causante por lo menos desde el momento en que éste cumplió con los requisitos para tener derecho a una pensión de vejez o invalidez, hasta su muerte y haya convivido con el fallecido no menos de dos (2) años continuos con anterioridad a su muerte, salvo que haya procreado uno o más hijos con el pensionado fallecido.

b) Los hijos menores de 18 años; los hijos mayores de 18 años y hasta los 25 años, incapacitados para trabajar por razón de sus estudios y si dependían económicamente del causante al momento de su muerte; y los hijos inválidos si dependían económicamente del causante, mientras subsistan las condiciones de invalidez;

c) A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente e hijos con derecho, serán beneficiarios los padres del causante si dependían económicamente de éste.

ARTICULO 75. Garantía Estatal de Pensión Mínima de Sobrevivientes. En desarrollo del principio de solidaridad, el Estado garantiza el complemento para que los sobrevivientes tengan acceso a una pensión mínima de sobrevivientes, cuyo monto mensual será equivalente al 100 % del salario mínimo legal mensual conforme a lo establecido en el artículo 35 de la presente Ley.

ARTICULO 76. Inexistencia de Beneficiarios. En caso de que a la muerte del afiliado o pensionado, no hubiere beneficiarios de la pensión de sobrevivientes, las sumas acumuladas en la cuenta individual de ahorro pensional, harán parte de la masa sucesoral de bienes del causante.

En caso de que no haya causahabientes hasta el 5o. orden hereditario, la suma acumulada en la cuenta individual de ahorro pensional se destinará al Fondo de Solidaridad Pensional de que trata la presente Ley.

ARTICULO 77. Financiación de las Pensiones de Sobrevivientes.

1. La pensión de sobrevivientes originada por la muerte del afiliado, se financiará con los recursos de la cuenta individual de ahorro pensional generados por cotizaciones obligatorias, el bono pensional si a ello hubiere lugar, y con la suma adicional que sea necesaria para completar el capital que financie el monto de la pensión. Dicha suma adicional estará a cargo de la aseguradora.

El monto acumulado en las cuentas individuales de ahorro pensional, en razón de cotizaciones voluntarias, no integrará el capital para financiar las pensiones de sobrevivientes generadas por muerte de un afiliado, salvo cuando ello sea necesario para acceder a la pensión mínima de sobrevivientes. Dicho monto podrá utilizarse para incrementar el valor de la pensión, si el afiliado así lo hubiere estipulado o los beneficiarios lo acuerdan. En caso contrario hará parte de la masa sucesoral del causante.

2. Las pensiones de sobrevivientes causadas por la muerte de un pensionado se financian con los recursos previstos para el pago de la pensión de vejez o invalidez, según el caso, que estuviese recibiendo el causante al momento de su fallecimiento.

Cuando la pensión de sobrevivientes sea generada por muerte de un pensionado acogido a la modalidad de retiro programado o retiro programado con renta vitalicia diferida, el exceso del saldo de la cuenta individual de ahorro pensional sobre el capital necesario para financiar la pensión de sobrevivientes, podrá utilizarse para incrementar el valor de la pensión, si el afiliado así lo hubiere estipulado o los beneficiarios lo acuerdan. En caso contrario hará parte de la masa sucesoral del causante.

PARAGRAFO. Los sobrevivientes del afiliado podrán contratar la pensión de sobrevivientes con una aseguradora distinta de la que haya pagado la suma adicional a que se refiere el inciso primero de este artículo.

ARTICULO 78. Devolución de Saldos. Cuando el afiliado fallezca sin cumplir con los requisitos para causar una pensión de sobrevivientes, se les entregará a sus beneficiarios la totalidad del saldo abonado en su cuenta individual de ahorro pensional, incluidos los rendimientos, y el valor del bono pensional si a éste hubiere lugar.

CAPITULO V

MODALIDADES DE PENSION

ARTICULO 79. Modalidades de las Pensiones de Vejez, de Invalidez y de Sobrevivientes. Las pensiones de vejez, de invalidez y de sobrevivientes, podrán adoptar una de las siguientes modalidades, a elección del afiliado o de los beneficiarios, según el caso:

- a) Renta vitalicia inmediata;
- b) Retiro programado;
- c) Retiro programado con renta vitalicia diferida, o
- d) Las demás que autorice la Superintendencia Bancaria.

ARTICULO 80. Renta vitalicia inmediata. La renta vitalicia inmediata, es la modalidad de pensión mediante la cual el afiliado o beneficiario contrata directa e irrevocablemente con la aseguradora de su elección, el pago de una renta mensual hasta su fallecimiento y el pago de pensiones de sobrevivientes en favor de sus beneficiarios por el tiempo a que ellos tengan derecho. Dichas rentas y pensiones deben ser uniformes en términos de poder adquisitivo constante y no pueden ser contratadas por valores inferiores a la pensión mínima vigente del momento.

La administradora a la que hubiere estado cotizando el afiliado al momento de cumplir con las condiciones para la obtención de una pensión, será la encargada de efectuar, a nombre del pensionado, los trámites o reclamaciones que se requieran, ante la respectiva aseguradora.

ARTICULO 81. Retiro Programado. El retiro programado es la modalidad de pensión en la cual el afiliado o los beneficiarios obtienen su pensión de la sociedad administradora, con cargo a su cuenta individual de ahorro pensional y al bono pensional a que hubiera lugar.

Para estos efectos, se calcula cada año una anualidad en unidades de valor constante, igual al resultado de dividir el saldo de su cuenta de ahorro y bono pensional, por el capital necesario para financiar una unidad de renta vitalicia para el afiliado y sus beneficiarios. La pensión mensual corresponderá a la doceava parte de dicha anualidad.

El saldo de la cuenta de ahorro pensional, mientras el afiliado disfruta de una pensión por retiro programado, no podrá ser inferior al capital requerido para financiar al afiliado y sus beneficiarios una renta vitalicia de un salario mínimo legal mensual vigente.

Lo dispuesto en el inciso anterior, no será aplicable cuando el capital ahorrado más el bono pensional si hubiere lugar a él, conduzcan a una pensión inferior a la mínima, y el afiliado no tenga acceso a la garantía estatal de pensión mínima.

Cuando no hubiere beneficiarios, los saldos que queden en la cuenta de ahorro al fallecer un afiliado que esté disfrutando una pensión por retiro programado, acrecentarán la masa sucesoral. Si no hubiere causahabientes, dichas sumas se destinarán al financiamiento de la garantía estatal de pensión mínima.

ARTICULO 82. Retiro Programado con Renta Vitalicia Diferida. El retiro programado con renta vitalicia diferida, es la modalidad de pensión por la cual un afiliado contrata con la aseguradora de su elección, una renta vitalicia con el fin de recibir pagos mensuales a partir de una fecha determinada, reteniendo en su cuenta individual de ahorro pensional, los fondos suficientes para obtener de la administradora un retiro programado, durante el período que medie entre la fecha en que ejerce la opción por esta modalidad y la fecha en que la renta vitalicia diferida comience a ser pagada por la aseguradora. La renta vitalicia diferida contratada tampoco podrá en este caso, ser inferior a la pensión mínima de vejez vigente.

CAPITULO VI

CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS PENSIONES MINIMAS

ARTICULO 83. Pago de la garantía. Para las personas que tienen acceso a las garantías estatales de pensión mínima, tales garantías se pagarán a partir del momento en el cual la anualidad resultante del cálculo de retiro programado sea inferior a doce veces la pensión mínima vigente, o cuando la renta vitalicia a contratar con el capital disponible, sea inferior a la pensión mínima vigente.

La administradora o la compañía de seguros que tenga a su cargo las pensiones, cualquiera sea la modalidad de pensión, será la encargada de efectuar, a nombre del pensionado, los trámites necesarios para que se hagan efectivas las garantías de pensión mínima.

ARTICULO 84. Excepción a la Garantía de Pensión Mínima. Cuando la suma de las pensiones, rentas y remuneraciones que recibe el afiliado o los beneficiarios, según el caso, sea superior a lo que le correspondería como pensión mínima, no habrá lugar a la garantía estatal de pensión mínima.

CAPITULO VII

PRESTACIONES Y BENEFICIOS ADICIONALES

ARTICULO 85. Excedentes de Libre Disponibilidad. Será de libre disponibilidad, desde el momento en que el afiliado opte por contratar una pensión, el saldo de la cuenta individual de ahorro pensional, mas el bono pensional, si a ello hubiere lugar, que exceda del capital requerido para que el afiliado convenga una pensión que cumpla con los siguientes requisitos:

- a) Que la renta vitalicia inmediata o diferida contratada, o el monto del retiro programado, sea mayor o igual al 70 % del ingreso base de liquidación, y no podrá exceder de quince (15) veces la pensión mínima vigente en la fecha respectiva;
- b) Que la renta vitalicia inmediata, o el monto del retiro programado, sea mayor o igual al ciento diez por ciento (110 %) de la pensión mínima legal vigente.

ARTICULO 86. Auxilio Funerario. La persona que compruebe haber sufragado los gastos de entierro de un afiliado o pensionado, tendrá derecho a percibir un auxilio funerario equivalente al último salario base de cotización, o al valor correspondiente a la última mesada pensional recibida, según sea el caso, sin que pueda ser inferior a cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes, ni superior a diez (10) veces dicho salario.

El auxilio deberá ser cubierto por la respectiva administradora o aseguradora, según corresponda.

Las administradoras podrán repetir contra la entidad que haya otorgado el seguro de sobrevivientes respectivo, en el cual se incluirá el cubrimiento de este auxilio.

La misma acción tendrán las compañías de seguros que hayan pagado el auxilio de que trata el presente artículo y cuyo pago no les corresponda por estar amparado este evento por otra póliza diferente.

ARTICULO 87. Planes Alternativos de Capitalización y de Pensiones. Los afiliados al Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad podrán optar por planes alternativos de capitalización, que sean autorizados por la Superintendencia Bancaria. Los capitales resultantes del plan básico y de dichas alternativas de capitalización, podrán estar ligados a planes alternativos de pensiones que sean autorizados por la misma Superintendencia.

El ejercicio de las opciones de que trata este artículo, está sujeto a que los afiliados hayan cumplido metas mínimas de capitalización. Los planes aprobados deberán permitir la movilidad entre planes, administradoras y aseguradoras, y deben separar los patrimonios y cuentas correspondientes a capitalización y seguros, en la forma que disponga la Superintendencia Bancaria. El Gobierno Nacional señalará los casos en los cuales el ingreso a planes alternativos implica la renuncia del afiliado a garantías de rentabilidad mínima o de pensión mínima.

PARAGRAFO. Lo dispuesto en el presente artículo no exime al afiliado ni al empleador, del pago de las cotizaciones previstas en la presente Ley.

ARTICULO 88. De otros Planes Alternativos de Pensiones. Las sociedades administradoras de fondos de pensiones, podrán invertir en contratos de seguros de vida individuales con beneficios definidos y ajustados por inflación, las cantidades que permitan asegurar un monto de jubilación no menor al monto de la pensión mínima establecida por la Ley.

Las mencionadas pólizas de seguros de vida, deberán cubrir los riesgos de invalidez y sobrevivencia y serán adquiridas con cargo a la cuenta de ahorro individual de la cual se invertirá el porcentaje necesario que garantice por lo menos la pensión mínima arriba mencionada.

El Gobierno Nacional reglamentará el porcentaje máximo del portafolio que podrán invertir los fondos de pensiones en estos tipos de pólizas.

ARTICULO 89. Garantía de Crédito y Adquisición de Vivienda. El afiliado que haya acumulado en su cuenta individual de ahorro pensional el capital requerido para financiar una pensión superior al 110 % de la pensión mínima de vejez, podrá emplear el exceso de dicho capital ahorrado, como garantía de créditos de vivienda y educación, de acuerdo con la reglamentación que para tal efecto se expida.

CAPITULO VIII

ADMINISTRADORAS DEL REGIMEN DE AHORRO INDIVIDUAL CON SOLIDARIDAD

ARTICULO 90. Entidades Administradoras. Los fondos de pensiones del Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad serán administrados por las sociedades administradoras de fondos de pensiones, cuya creación se autoriza.

Las sociedades que de conformidad con lo establecido en las disposiciones legales vigentes administren fondos de cesantía, están facultadas para administrar simultáneamente fondos de pensiones, previo el cumplimiento de los requisitos establecidos en la presente Ley.

Las entidades de derecho público del sector central o descentralizado, de cualquier nivel territorial, podrán promover la creación o ser socias de sociedades administradoras de Fondos de Pensiones.

También podrán promover la constitución o ser socias de las sociedades administradoras de fondos de pensiones las entidades del sector social solidario, tales como cooperativas, organizaciones sindicales, fondos mutuos de inversión, bancos cooperativos, fondos de empleados y las cajas de compensación familiar.

Las Cajas de Compensación Familiar directamente o a través de instituciones de economía solidaria podrán promover la creación, ser socias o propietarias de sociedades administradoras de fondos de pensiones y/o cesantía, en los términos de la Ley. A efectos de lograr la democratización de la propiedad, las cajas de compensación familiar deberán ofrecer a sus trabajadores afiliados en término no mayor a 5 años la titularidad de por lo menos el 25 % de las acciones que posean en las respectivas administradoras, conforme a los reglamentos. El plazo de 5 años se contará a partir de la constitución de la sociedad administradora.

Las cajas de compensación familiar podrán destinar recursos de sus excedentes para el pago de los aportes a las sociedades administradoras.

Las compañías de seguros podrán ser socias de las entidades a que se refiere el presente artículo, pero sólo podrán participar directamente en el régimen de Ahorro Individual con Solidaridad mediante los planes de seguros que se adopten en esta Ley.

ARTICULO 91. Requisitos de las Entidades Administradoras. Además de los requisitos establecidos en la Ley 45 de 1990 para las sociedades de servicios financieros, las sociedades administradoras de fondos de pensiones, deberán cumplir con los siguientes requisitos especiales:

- a) Constituirse bajo la forma de sociedades anónimas, o de instituciones solidarias;
- b) Disponer de un patrimonio igual al cincuenta por ciento (50 %) exigido para la constitución de una corporación financiera, el cual respaldará exclusivamente el desarrollo del negocio de administración de fondos de pensiones.

El patrimonio asignado a la administración de los fondos de pensiones previsto en esta Ley, podrá estar representado en las inversiones que al efecto se autoricen, y no será computable para el cumplimiento de los requisitos patrimoniales que tenga la respectiva sociedad para el desarrollo de sus demás negocios. Del mismo, deberá llevarse contabilidad en forma separada, de conformidad con lo que sobre el particular establezca la Superintendencia Bancaria.

- c. Desde el momento de su constitución y por el término de 5 años deberán ofrecer públicamente acciones, para que las entidades del sector social solidario a que se refiere el inciso cuarto del artículo anterior, puedan llegar a suscribir mínimo el 20 % de su capital social.

Los afiliados y pensionados del régimen de Ahorro Individual con Solidaridad, de conformidad con los reglamentos, podrán ser socios de las sociedades administradoras y dicha participación será tenida en cuenta para efectos del cómputo del porcentaje referido en el inciso anterior.

Los porcentajes de participación que tanto el sector social solidario, como los afiliados y pensionados adquieran en la propiedad de la respectiva administradora, de conformidad con lo previsto en este literal, serán abonables o imputables a las obligaciones de oferta pública de venta de participaciones que impongan las normas de democratización, aplicables a las sociedades administradoras de fondos de pensiones y a las de pensiones y cesantía. De la misma manera se abonará el valor de las acciones que se hayan vendido por oferta pública en desarrollo de la Ley 50 de 1990 y demás normas complementarias, hasta completar el porcentaje establecido en el presente artículo sobre el total del capital exigido por la presente Ley;

- d) Disponer de capacidad humana y técnica especializada suficiente, para cumplir adecuadamente con la administración apropiada de los recursos confiados, de acuerdo con la naturaleza del plan de pensiones ofrecido.

PARAGRAFO. Las administradoras podrán ser autorizadas para constituir y administrar simultáneamente varios planes de capitalización o de pensiones dentro del régimen, siempre y cuando acrediten ante la Superintendencia Bancaria la capacidad administrativa necesaria para el efecto.

ARTICULO 92. Monto Máximo de Capital. Con el fin de evitar la concentración económica, las sociedades que administren fondos de pensiones no podrán tener un capital superior a 10 veces el monto mínimo establecido.

Este limite podrá ser modificado por el Gobierno Nacional de acuerdo con la evolución del régimen.

ARTICULO 93. Fomento para la Participación en el Capital Social de las Administradoras de Fondos de Pensiones. El Gobierno Nacional, con cargo a los recursos del presupuesto nacional, establecerá dentro de los 6 meses siguientes a la iniciación de la vigencia de esta Ley los mecanismos de financiación necesarios para que las entidades a que se refiere el inciso cuarto del artículo 90 de la presente Ley, puedan completar los recursos que les permitan participar en el capital social de las entidades administradoras del régimen de Ahorro Individual con Solidaridad.

El Gobierno Nacional, para fijar el monto del estímulo, tendrá en cuenta la necesidad de apoyo financiero de cada entidad y la capacidad de pago para responder por el mismo.

ARTICULO 94. Niveles de Patrimonio. El Gobierno Nacional fijará la forma en la cual se garantice que las administradoras y aseguradoras mantengan niveles adecuados de patrimonio, de acuerdo a los distintos riesgos asociados a su actividad.

En todo caso, el nivel de activos manejados por una administradora no podrá exceder en más de 40 veces su patrimonio técnico.

ARTICULO 95. Aprobación de los Planes de Pensiones. Las entidades autorizadas para actuar como administradoras o aseguradoras del sistema, deberán someter a la aprobación de la Superintendencia Bancaria los planes de capitalización y de pensiones que pretendan administrar.

ARTICULO 96. Requisitos para la Aprobación de los Planes de Pensiones. Todo plan de pensiones que sea sometido a consideración de la Superintendencia Bancaria para su aprobación, deberá amparar a los afiliados y pensionados contra todos los riesgos a que hace referencia esta Ley, y señalar las condiciones específicas de cada amparo. Los planes aprobados no podrán modificarse posteriormente desmejorando cualquiera de las condiciones establecidas anteriormente.

ARTICULO 97. Fondos de Pensiones como Patrimonios Autónomos. Los fondos de pensiones, conformados por el conjunto de las cuentas individuales de ahorro pensional y los que resulten de los planes alternativos de capitalización o de pensiones, así como los intereses, dividendos o cualquier otro ingreso generado por los activos que los integren, constituyen patrimonios autónomos, propiedad de los afiliados, independientes del patrimonio de la administradora.

La contabilidad de los mismos, se sujetará a las reglas que para el efecto expida la Superintendencia Bancaria.

ARTICULO 98. Participación de los Afiliados en el Control de las Sociedades Administradoras. Los afiliados y accionistas de las sociedades administradoras de fondos de pensiones elegirán el revisor fiscal para el control de la administración del respectivo fondo. Además, los afiliados tendrán 2 representantes elegidos por ellos mismos, para que asistan a todas las juntas directivas de la sociedad administradora, con voz y sin voto, quienes con el revisor fiscal velarán por los intereses de los afiliados de acuerdo con la reglamentación que para tal fin expida el Gobierno Nacional.

PARAGRAFO. Las sociedades que administren fondos de pensiones y de cesantía tendrán en total dos (2) representantes de los afiliados.

ARTICULO 99. Garantías. Las administradoras y aseguradoras, incluidas las de planes alternativos de pensiones, deberán constituir y mantener adecuadas garantías, para responder por el correcto manejo de las inversiones representativas de los recursos administrados en desarrollo de los planes de capitalización y de pensiones.

Las administradoras deberán contar con la garantía del Fondo de Garantías de Instituciones Financieras, con cargo a sus propios recursos, para asegurar el reembolso del saldo de las cuentas individuales de ahorro pensional, en caso de disolución o liquidación de la respectiva administradora, sin sobrepasar respecto de cada afiliado el ciento por ciento (100 %) de lo correspondiente a cotizaciones obligatorias, incluidos sus respectivos intereses y rendimientos, y de 150 salarios mínimos legales mensuales correspondientes a cotizaciones voluntarias. Las garantías en ningún caso podrán ser inferiores a las establecidas por la Superintendencia Bancaria para las instituciones del régimen financiero.

ARTICULO 100. Inversión de los Recursos. Con el fin de garantizar la seguridad, rentabilidad y liquidez de los recursos del sistema, las administradoras los invertirán en las condiciones y con sujeción a los límites que para el efecto establezca el Gobierno a través de la Superintendencia Bancaria, previo concepto, que no será vinculante, de una comisión del Consejo Nacional Laboral o el organismo que haga sus veces.

En cualquier caso, las inversiones en Títulos de Deuda Pública no podrán ser superiores al 50 % del valor de los recursos de los fondos de pensiones, y dichos títulos deberán cubrir la desvalorización monetaria y permitir el pago de intereses reales que reflejen la tasa del mercado financiero, certificada por la Superintendencia Bancaria para períodos trimestrales.

La Superintendencia de Valores deberá definir los requisitos que deban acreditar las personas jurídicas que sean destinatarias de inversiones o colocación de recursos de los fondos de pensiones.

Cuando la Superintendencia de Valores autorice la colocación de recursos en el mercado de capitales o en títulos valores diferentes a los documentos oficiales de deuda pública, deberá exigir a los destinatarios, que cumplan con las normas destinadas a contener fenómenos de concentración de propiedad e ingresos.

El Gobierno podrá reglamentar las transacciones diferentes a la suscripción de títulos primarios, para que se efectúen por intermedio de las bolsas de valores.

Las administradoras de fondos de pensiones y cesantía de cualquier naturaleza podrán descontar actas y cartera en las condiciones y en la proporción que fije el Gobierno Nacional, para que en todo caso la inversión sea de máxima seguridad.

ARTICULO 101. Rentabilidad Mínima. La totalidad de los rendimientos obtenidos en el manejo de los fondos de pensiones será abonado en las cuentas de ahorro pensional individual de los afiliados, a prorrata de las sumas acumuladas en cada una de ellas y de la permanencia de las mismas durante el respectivo período.

Las sociedades administradoras de fondos de pensiones y de cesantías deberán garantizar a sus afiliados de unos y otros una rentabilidad mínima, que será determinada por el Gobierno Nacional, teniendo en cuenta rendimientos en papeles e inversiones representativas del mercado que sean comparables. Esta metodología deberá buscar que la rentabilidad mínima del portafolio invertido en títulos de deuda no sea inferior a la tasa de mercado definida, teniendo en cuenta el rendimiento de los títulos emitidos por la Nación y el Banco de la República. Además deberá promover una racional y amplia distribución de los portafolios en papeles e inversiones de largo plazo y equilibrar los sistemas remuneratorios de pensiones y cesantía.

En aquellos casos en los cuales no se alcance la rentabilidad mínima, las sociedades administradoras deberán responder con sus propios recursos, afectando inicialmente la reserva de estabilización de rendimientos que se defina para estas sociedades.

ARTICULO 102. Rentabilidad Mínima en caso de Liquidación, Fusión o Cesión de la Administradora o por Retiro del Afiliado. En caso de liquidación, cesión o fusión de una administradora, los recursos que formen parte de la cuenta especial de que tratan los artículos anteriores, se abonarán en las cuentas individuales de ahorro pensional de sus afiliados.

Así mismo, en caso de retiro definitivo de un afiliado, por traslado a otra administradora o porque contrate con una entidad aseguradora el pago de una pensión, se le deberá reconocer la rentabilidad mínima exigida, mediante el pago inmediato de las cuantías que de la cuenta especial de estabilización resulten proporcionalmente a su favor.

ARTICULO 103. Publicación de Rentabilidad. Las administradoras deberán publicar la rentabilidad obtenida en los planes de capitalización y de pensiones ofrecidos, en la forma y con la periodicidad que para el efecto determine la Superintendencia Bancaria.

ARTICULO 104. Comisiones. Las administradoras cobrarán a sus afiliados una comisión de administración cuyos montos máximos y condiciones serán fijados por la Superintendencia Bancaria, dentro de los límites consagrados en el artículo 20 de esta Ley.

El Gobierno reglamentará las comisiones de administración por el manejo de las cotizaciones voluntarias.

ARTICULO 105. Contratos con Establecimientos de Crédito. Las administradoras podrán celebrar contratos con instituciones financieras u otras entidades, con cargo a sus propios recursos, con el objeto de que éstos se encarguen de las operaciones de recaudo, pago y transferencia de los recursos manejados por las primeras, en las condiciones que se determinen, con el fin de que dichas operaciones puedan ser realizadas en todo el territorio nacional.

ARTICULO 106. Publicidad. Toda publicidad o promoción de las actividades de las administradoras deberá sujetarse a las normas que sobre el particular determine la Superintendencia Bancaria, en orden a velar porque aquella sea veraz y precisa; tal publicidad solamente podrá contratarse con cargo al presupuesto de gastos administrativos de la entidad.

En todo caso, todas las administradoras deberán publicar, con la periodicidad y en la forma que al efecto determine la misma Superintendencia, el costo de las primas que sean pagadas por concepto de seguros y el valor de las comisiones cobradas.

El gobierno eliminará privilegios provenientes de grupos con capacidad de control de medios masivos, y en su caso impedir que sean los beneficiarios quienes directa o indirectamente absorban costos de publicidad.

ARTICULO 107. Cambio de Plan de Capitalización o de Pensiones y de Entidades Administradoras. Todo afiliado al régimen y que no haya adquirido la calidad de pensionado, podrá transferir voluntariamente el valor de su cuenta individual de ahorro pensional a otro plan de capitalización o de pensiones autorizado, o trasladarse a otra entidad administradora.

Los cambios autorizados en el inciso anterior no podrán exceder de una vez en el semestre respectivo, previa solicitud presentada por el interesado con no menos de 30 días calendario de anticipación.

ARTICULO 108. Seguros de Participación. Los seguros que contraten las administradoras para efectuar los aportes adicionales necesarios para financiar las pensiones de invalidez y sobrevivientes deberán ser colectivos y de participación.

La contratación de dichos seguros deberá efectuarse utilizando procedimientos autorizados por la Superintendencia Bancaria que aseguren la libre concurrencia de oferentes.

Así mismo las aseguradoras que asuman cualquier tipo de rentas vitalicias adoptarán para ello la modalidad de seguros de participación en beneficio de los pensionados.

ARTICULO 109. Garantía Estatal a las Pensiones Contratadas con Aseguradoras. Sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones a cargo de los reaseguradores, la Nación garantizará el pago de las pensiones en caso de menoscabo patrimonial o suspensiones de pago de la compañía aseguradora responsable de su cancelación de acuerdo con la reglamentación que para tal efecto sea expedida. Para este efecto, el Gobierno Nacional podrá permitir el acceso de la compañía aseguradora a la garantía del Fondo de Garantías de Instituciones Financieras. En este caso, la compañía aseguradora asumirá el costo respectivo.

PARAGRAFO. En todos los eventos en los que exista defraudación o malos manejos por parte de los administradores de los fondos de pensiones o de las aseguradoras, para eludir sus obligaciones con los ahorradores, deberán responder penalmente por sus actos. Para estos efectos, los aportes de los ahorradores se asimilarán al carácter de dineros del tesoro público.

ARTICULO 110. Vigilancia y Control. Corresponderá a la Superintendencia Bancaria el control y vigilancia de las entidades administradoras de los planes de capitalización y de pensiones a que se refiere esta Ley.

ARTICULO 111. Sanciones a las Administradoras. Sin perjuicio de la aplicación de las demás sanciones que puede imponer la Superintendencia en desarrollo de sus facultades legales, cuando las administradoras incurran en defectos respecto de los niveles adecuados de patrimonio exigidos, la Superintendencia Bancaria impondrá, por cada incumplimiento, una multa en favor del Fondo de Solidaridad Pensional por el equivalente al tres punto cinco por ciento (3.5 %) del valor del defecto mensual, sin exceder, respecto de cada incumplimiento, del uno punto cinco por ciento (1.5 %) del monto requerido para dar cumplimiento a tal relación.

Así mismo, cuando el monto correspondiente a la Reserva de Estabilización sea inferior al mínimo establecido, la Superintendencia Bancaria impondrá una multa en favor del Fondo de Solidaridad Pensional por el equivalente al 3.5 % del valor del defecto mensual presentado por la respectiva administradora.

En adición a lo previsto en los incisos anteriores, la Superintendencia Bancaria impartirá todas las órdenes que resulten pertinentes para el inmediato restablecimiento de los niveles adecuados de patrimonio o de la Reserva de Estabilización, según corresponda.

ARTICULO 112. Obligación de Aceptar a todos los afiliados que lo Soliciten. Las personas que cumplan los requisitos para ser afiliados al régimen de Ahorro Individual con Solidaridad no podrán ser rechazados por las entidades administradoras del mismo.

TITULO IV

DISPOSICIONES COMUNES A LOS REGIMENES DEL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

CAPITULO I

TRASLADO ENTRE REGIMENES - BONOS PENSIONALES

ARTICULO 113. Traslado de régimen. Cuando los afiliados al sistema en desarrollo de la presente Ley se trasladen de un régimen a otro se aplicarán las siguientes reglas:

a) Si el traslado se produce del régimen de Prestación Definida al de Ahorro Individual con Solidaridad, habrá lugar al reconocimiento de bonos pensionales en los términos previstos por los artículos siguientes;

b) Si el traslado se produce del régimen de Ahorro Individual con Solidaridad al régimen de Prestación Definida, se transferirá a este último el saldo de la cuenta individual, incluidos los rendimientos, que se acreditará en términos de semanas cotizadas, de acuerdo con el salario base de cotización.

ARTICULO 114. Requisito para el traslado de régimen. Los trabajadores y servidores públicos que en virtud de lo previsto en la presente Ley se trasladen por primera vez del régimen de prima media con prestación definida al régimen de ahorro individual con solidaridad, deberán presentar a la respectiva entidad administradora comunicación escrita en la que conste que la selección de dicho régimen se ha tomado de manera libre, espontánea y sin presiones.

Este mismo requisito es obligatorio para los trabajadores vinculados con los empleadores hasta el 31 de diciembre de 1990 y que decidan trasladarse al régimen especial de cesantía previsto en la Ley 50 de 1990, para lo cual se requerirá que adicionalmente dicha comunicación sea rendida ante notario público, o en su defecto ante la primera autoridad política del lugar.

ARTICULO 115. Bonos pensionales. Los bonos pensionales constituyen aportes destinados a contribuir a la conformación del capital necesario para financiar las pensiones de los afiliados al Sistema General de Pensiones.

Tendrán derecho a bono pensional los afiliados que con anterioridad a su ingreso al régimen de ahorro individual con solidaridad cumplan alguno de los siguientes requisitos:

a) Que hubiesen efectuado cotizaciones al Instituto de Seguros Sociales, o a las cajas o fondos de previsión del sector público;

b) Que hubiesen estado vinculados al Estado o a sus entidades descentralizadas como servidores públicos;

c) Que estén vinculados mediante contrato de trabajo con empresas que tienen a su cargo el reconocimiento y pago de las pensiones;

d) Que hubiesen estado afiliados a cajas previsionales del sector privado que tuvieren a su cargo exclusivo el reconocimiento y pago de pensiones.

PARAGRAFO. Los afiliados de que trata el literal a) del presente artículo que al momento del traslado hubiesen cotizado menos de 150 semanas no tendrán derecho a bono.

ARTICULO 116. Características. Los bonos pensionales tendrán las siguientes características:

a) Se expresarán en pesos;

b) Serán nominativos;

c) Serán endosables en favor de las entidades administradoras o aseguradoras, con destino al pago de pensiones;

d) Entre el momento de la afiliación del trabajador y el de redención del bono, devengarán, a cargo del respectivo emisor, un interés equivalente a la tasa DTF, sobre saldos capitalizados, que establezca el Gobierno, y

e) Las demás que determine el Gobierno Nacional.

ARTICULO 117. Valor de los Bonos Pensionales. Para determinar el valor de los bonos, se establecerá una pensión de vejez de referencia para cada afiliado, que se calculará así:

a) Se calcula el salario que el afiliado tendría a los sesenta (60) años si es mujer o sesenta y dos (62) si es hombre, como el resultado de multiplicar la base de cotización del afiliado a 30 de junio de 1992, o en su defecto, el último salario devengado antes de dicha fecha si para la misma se encontrase cesante, actualizado a la fecha de su ingreso al Sistema según la variación porcentual del índice de precios al consumidor del DANE, por la relación que exista entre el salario medio nacional a los sesenta (60) años si es mujer o sesenta y dos (62) si es hombre, y el salario medio nacional a la edad que hubiere tenido el afiliado en dicha fecha. Dichos salarios medios nacionales serán establecidos por el DANE:

b) El resultado obtenido en el literal anterior, se multiplica por el porcentaje que resulte de sumar los siguientes porcentajes:

Cuarenta y cinco por ciento, más un 3 % por cada año que exceda de los primeros 10 años de cotización, empleo o servicio público, más otro 3 % por cada año que faltará para alcanzar la edad de sesenta (60) años si es mujer o sesenta y dos (62) si es hombre, contado desde el momento de su vinculación al sistema.

La pensión de referencia así calculada, no podrá exceder el 90 % del salario que tendría el afiliado al momento de tener acceso a la pensión, ni de 15 salarios mínimos legales mensuales.

Una vez determinada la pensión de referencia, los bonos pensionales se expedirán por un valor equivalente al que el afiliado hubiera debido acumular en una cuenta de ahorro, durante el período que haya efectuado cotizaciones al Instituto de Seguros Sociales, o haya sido servidor público o haya estado empleado en una empresa que deba asumir el pago de pensiones, hasta el momento de ingreso al sistema de ahorro, para que a ese ritmo de acumulación, hubiera completado el capital necesario para financiar una pensión de vejez y para sobrevivientes, a los 62 años si son hombres y 60 años si son mujeres por un monto igual a la pensión de referencia.

En todo caso, el valor nominal del bono no podrá ser inferior a las sumas aportadas obligatoriamente para la futura pensión con anterioridad a la fecha en la cual se afilie al régimen de Ahorro Individual con Solidaridad.

El Gobierno establecerá la metodología, procedimiento y plazos para la expedición de los bonos pensionales.

PARAGRAFO 1. El porcentaje del 90 % a que se refiere el inciso quinto, será del 75 % en el caso de las empresas que hayan asumido el reconocimiento de pensiones a favor de sus trabajadores.

PARAGRAFO 2. Cuando el bono a emitir corresponda a un afiliado que no provenga inmediatamente del Instituto de Seguros Sociales, ni de caja o fondo de previsión del sector público, ni de empresa que tuviese a su cargo exclusivo el pago de pensiones de sus trabajadores, el cálculo del salario que tendría a los 62 años si son hombres y 60 años si son mujeres, parte de la última base de cotización sobre la cual haya cotizado o del último salario que haya devengado en una de dichas entidades, actualizado a la fecha de ingreso al Sistema, según la variación porcentual del índice de precios al consumidor del DANE.

PARAGRAFO 3. Para las personas que ingresen por primera vez a la fuerza laboral con posterioridad al 30 de junio de 1992, el bono pensional se calculará como el valor de las cotizaciones efectuadas más los rendimientos obtenidos hasta la fecha de traslado.

ARTICULO 118. Clases. Los bonos pensionales serán de tres clases:

a) Bonos pensionales expedidos por la Nación;

b) Bonos pensionales expedidos por las Cajas, Fondos o entidades del sector público que no sean sustituidas por el Fondo de Pensiones Públicas del nivel nacional a que se refiere el Capítulo III del presente Título, y cuya denominación genérica de bono pensional se complementará con el nombre de la caja, fondo o entidad emisora;

c) Bonos pensionales expedidos por empresas privadas o públicas, o por cajas pensionales del sector privado que hayan asumido exclusivamente a su cargo el reconocimiento y pago de pensiones y cuya denominación genérica de bono pensional se complementará con el nombre de entidad emisora.

ARTICULO 119. Emisor y Contribuyentes. Los bonos pensionales serán expedidos por la última entidad pagadora de pensiones a la cual haya pertenecido el afiliado antes de entrar al régimen de Ahorro Individual con Solidaridad, siempre y cuando el tiempo de cotización o de servicios, continuo o discontinuo, haya sido igual o mayor a cinco (5) años.

Cuando el tiempo de cotización o de servicios en la última entidad pagadora de pensiones, sea inferior a cinco (5) años, el bono pensional será expedido por la entidad pagadora de pensiones, en la cual el afiliado haya efectuado el mayor número de aportes o haya cumplido el mayor tiempo de servicio.

En los casos señalados en el artículo 121 de la presente Ley, la Nación expedirá los bonos a cargo de tales entidades.

ARTICULO 120. Contribuciones a los Bonos Pensionales. Las entidades pagadoras de pensiones a las cuales hubiere estado afiliado o empleado el beneficiario del bono pensional, tendrán la obligación de contribuir a la entidad emisora del bono pensional, con la cuota parte correspondiente.

El factor de la cuota parte será igual al tiempo aportado o servido en cada entidad, dividido por el tiempo total de cotizaciones y servicios reconocido para el cálculo del bono.

ARTICULO 121. Bonos Pensionales y Cuotas Partes a Cargo de la Nación. La Nación expedirá un instrumento de deuda pública nacional denominado Bono Pensional, de la naturaleza y con las características señaladas en los artículos anteriores, a los afiliados al Sistema General de Pensiones, cuando la responsabilidad corresponda al Instituto de Seguros Sociales, a la Caja Nacional de Previsión Social, o a cualquiera otra caja, fondo o entidades del sector público sustituido por el Fondo de Pensiones Públicas del Nivel Nacional, y asumirá el pago de las cuotas partes a cargo de estas entidades.

Los bonos a cargo de la Nación se expedirán con relación a los afiliados con anterioridad a la fecha de vigencia de la presente Ley y sobre el valor de la deuda imputable con anterioridad a dicha fecha.

ARTICULO 122. Fondos para Pago de Cuotas Partes y Bonos Pensionales de las Cajas, Fondos o Entidades Públicas no Sustituidos por el Fondo de Pensiones Públicas del Nivel Nacional. Las cajas, fondos o entidades del sector público que no hayan sido sustituidos por el Fondo de Pensiones Públicas del Nivel Nacional, destinarán los recursos necesarios para el cumplimiento de las obligaciones derivadas de sus correspondientes bonos pensionales y de las cuotas partes que les correspondan, mediante la constitución de patrimonios autónomos manejados por encargo fiduciario de acuerdo con las disposiciones que expida la Superintendencia Bancaria y las garantías que exija el Gobierno Nacional.

Estos fondos estarán sometidos a la vigilancia y control de la Superintendencia Bancaria.

Los recursos se apropiarán con cargo prioritario a las cotizaciones previstas en la presente Ley, y cuando sea necesario también con cargo a los recursos propios de las entidades.

La Nación podrá subrogar las obligaciones de que trata este artículo, para asegurar el pago de las mismas a los beneficiarios del régimen de Ahorro Individual con Solidaridad, y los afiliados a las entidades del régimen de prestación definida, cuando la entidad tenga incapacidad temporal para asumirlas, en las condiciones que se establezcan para el efecto.

ARTICULO 123. Recursos y garantía para el pago de los bonos y obligaciones pensionales a cargo de las entidades territoriales. Las entidades territoriales podrán emitir títulos de deuda pública a fin de acceder a los recursos de los fondos de pensiones en los términos previstos en el artículo 100 de esta Ley. Las transferencias del presupuesto nacional se podrán pignorar a fin de garantizar las obligaciones que resulten de esta operación. Los recursos se destinarán a la redención de los bonos pensionales y al pago de las pensiones a su cargo.

El Gobierno Nacional reglamentará esta materia teniendo en cuenta que las entidades territoriales deberán hacer un esfuerzo para acrecentar la participación de los recursos propios para el pago de las pensiones a su cargo y en todo caso deberán contar con la aprobación de la Superintendencia Bancaria.

ARTICULO 124. Fondos para Pago de Cuotas Partes y Bonos Pensionales de las Empresas que Tienen a su Cargo Exclusivo las Pensiones de sus Empleados. Para el cumplimiento de las obligaciones derivadas de los correspondientes bonos pensionales y de las cuotas partes, a cargo de las empresas que tienen a su cargo exclusivo el pago de las pensiones y de las cajas de previsión del sector privado, se deberán otorgar las garantías que para el efecto determine el Gobierno Nacional.

Cuando el monto de las obligaciones de que trata el inciso anterior, exceda las proporciones de los activos que para el efecto se establezca, se deberán constituir patrimonios autónomos manejados por encargo fiduciario, sujetos a la vigilancia y control de la Superintendencia respectiva.

Los aportes a los fondos de que trata este artículo serán deducibles de la renta de los contribuyentes en cuanto no se hayan deducido con anterioridad.

PARAGRAFO 1. Se exceptúan de la obligación prevista en este artículo, los recursos destinados al pago de los beneficios de carácter pensional diferentes a los contemplados en esta Ley, que acuerden o hayan acordado los empleadores y trabajadores del sector privado.

PARAGRAFO 2. Se excepcionan de la obligación prevista en este artículo, aquellas empresas que constituyan las reservas actuariales de conformidad con las normas expedidas por la Superintendencia respectiva.

ARTICULO 125. Adquisición de Acciones de Empresas. Los bonos pensionales, de los afiliados que hayan acumulado en sus cuentas individuales de ahorro pensional el capital necesario para obtener una pensión de vejez superior al 110 % de la pensión mínima de vejez vigente, podrán ser destinados para la adquisición, en condiciones preferenciales, de acciones de empresas públicas.

En tal caso, los administradores de los fondos representarán a los tenedores de los bonos pensionales frente a los emisores de las acciones, previa autorización expresa del afiliado y de acuerdo con la reglamentación que el Gobierno Nacional expida.

ARTICULO 126. Créditos Privilegiados. Los créditos causados o exigibles por concepto de los bonos y cuotas partes de que trata este Capítulo pertenecen a la primera clase del artículo 2495 del Código Civil y tienen el mismo privilegio que los créditos por concepto de salarios, prestaciones sociales o indemnizaciones laborales.

ARTICULO 127. Títulos de Deuda Interna. Autorízase al Gobierno Nacional para expedir los Bonos Pensionales a cargo de la Nación y títulos de deuda pública Interna de la Nación, hasta por el valor necesario para pagar las pensiones que queden a su cargo en virtud de lo dispuesto en esta Ley, más las obligaciones correspondientes a dichos bonos y a las cuotas partes con las cuales haya de contribuir a los bonos pensionales expedidos por los demás emisores de bonos pensionales.

La emisión de los títulos que por la presente Ley se autoriza, sólo requerirá concepto previo de la Junta Directiva del Banco de la República y decreto del Gobierno Nacional, mediante el cual se señalen las clases, características y condiciones financieras de emisión, colocación y administración de los títulos.

La Nación, a través del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, podrá administrar directamente los títulos de deuda pública que por la presente Ley se autorizan. Así mismo, podrá autorizar celebrar con entidades nacionales o extranjeras contratos para la agencia, emisión, edición, colocación, garantía, administración y servicio de los respectivos títulos.

Tales contratos sólo requerirán para su celebración, validez y perfeccionamiento, de la firma de las partes y su publicación en el Diario Oficial, requisito que se entiende cumplido con la orden impartida por el Director General de Crédito Público.

CAPITULO II

DISPOSICIONES APLICABLES A LOS SERVIDORES PUBLICOS

ARTICULO 128. Selección del régimen. Los servidores públicos afiliados al Sistema General de Pensiones podrán escoger el régimen al que deseen afiliarse, lo cual deberá informarse al empleador por escrito.

Los servidores públicos que se acojan al régimen de prestación definida, podrán continuar afiliados a la caja, fondo o entidad de previsión a la cual se hallen vinculados. Estas entidades administrarán los recursos y pagarán las pensiones conforme a las disposiciones de dicho régimen previstas en la presente Ley.

Los servidores públicos que no estén afiliados a una caja, fondo o entidad de previsión o seguridad social, aquellos que se hallen afiliados a alguna de estas entidades cuya liquidación se ordene, y los que ingresen por primera vez a la fuerza laboral, en caso de que seleccionen el régimen de prestación definida, se afiliarán al Instituto de Seguros Sociales.

Los servidores públicos nacionales cualquiera sea el régimen que seleccionen, tendrán derecho a bono pensional.

PARAGRAFO. La afiliación al régimen seleccionado implica la aceptación de las condiciones propias de éste, para acceder a las pensiones de vejez, de invalidez y de sobrevivientes.

CAPITULO III

ENTIDADES DEL SECTOR PUBLICO

ARTICULO 129. Prohibición General. A partir de la vigencia de la presente Ley, se prohíbe la creación de nuevas cajas, fondos o entidades de previsión o de seguridad social del sector público, de cualquier orden nacional o territorial, diferentes a aquellas que de conformidad con lo previsto en la presente Ley, se constituyan como entidades promotoras o prestadoras de servicios de salud.

ARTICULO 130. Fondo de Pensiones Públicas del Nivel Nacional. Crease el Fondo de Pensiones Públicas del Nivel Nacional, como una cuenta de la Nación adscrita al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, cuyos recursos se administrarán mediante encargo fiduciario.

El Fondo sustituirá a la Caja Nacional de Previsión Social en lo relacionado con el pago de las pensiones de vejez o de jubilación, de invalidez y de sustitución o sobrevivientes, y a las demás cajas de previsión o fondos insolventes del sector público del orden nacional, que el Gobierno determine y para los mismos efectos. El Gobierno Nacional establecerá los mecanismos requeridos para el pago de las pensiones reconocidas o causadas con anterioridad a la presente Ley.

A partir de 1995, todas las obligaciones por concepto de pensiones de vejez, de invalidez y de sobrevivientes, reconocidas por la Caja Nacional de Previsión, serán pagadas por el Fondo de Pensiones Públicas del Nivel Nacional.

El Fondo de Previsión Social del Congreso de la República, creado por la Ley 33 de 1985 continuará siendo responsable del reconocimiento y pago de las pensiones de vejez o jubilación, de invalidez y de sobrevivientes, y de los servicios de salud de los congresistas y de los empleados del Congreso y del Fondo que aporten para los sistemas de pensiones y de salud de conformidad con las normas de la presente Ley.

ARTICULO 131. Fondo para pagar el pasivo pensional de las universidades oficiales y de las instituciones oficiales de educación superior de naturaleza territorial. Cada una de las instituciones de educación superior oficiales, del nivel territorial, departamental, distrital, municipal, constituirá un fondo para el pago del pasivo pensional contraído a la fecha en la cual esta Ley entre en vigencia, hasta por un monto igual al valor de dicho pasivo que no esté constituido en reservas en las cajas de previsión, o fondos autorizados, descontando el valor actuarial de las futuras cotizaciones que las instituciones como empleadores y los empleados deban efectuar según lo previsto en la presente Ley, en aquella parte que corresponda a funcionarios, empleados o trabajadores vinculados hasta la fecha de iniciación de la vigencia de la presente Ley.

Dicho fondo se manejará como una subcuenta en el presupuesto de cada institución. Será financiado por la nación, los departamentos, los distritos y los municipios, que aportarán en la misma proporción en que hayan contribuido al presupuesto de la respectiva universidad o institución de educación superior, teniendo en cuenta el promedio de los 5 últimos presupuestos anuales, anteriores al año de iniciación de la vigencia de la presente Ley.

Los aportes constarán en bonos de valor constante de las respectivas entidades que se redimirán a medida que se haga exigible el pago de las obligaciones pensionales de acuerdo con las proyecciones presupuestales y los cálculos actuariales, y de conformidad con la reglamentación que para el efecto establezca el Gobierno Nacional.

Dentro del año siguiente a la iniciación de la vigencia de la presente Ley, las universidades y las instituciones de educación superior referidas en este artículo, elaborarán o actualizarán los estudios actuariales con el visto bueno del Ministerio de Hacienda. Este requisito es necesario para la suscripción de los bonos que representen los aportes de la Nación. Esta suscripción deberá hacerse dentro de los 2 primeros años de la vigencia de la presente Ley.

ARTICULO 132. Separación de riesgos. A partir de la vigencia de la presente Ley, las cajas, fondos y entidades del sector público, en todos sus órdenes, deberán financiar y administrar en forma independiente y en cuentas separadas, las pensiones de vejez, de invalidez y de sobrevivientes, del régimen de protección contra los riesgos profesionales y del régimen de amparo contra enfermedad general y maternidad. Deberán además administrar las mismas en cuentas separadas con respecto a las cuentas y conceptos restantes utilizadas por la administración respectiva.

CAPITULO IV

DISPOSICIONES FINALES DEL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

ARTICULO 133. Pensión-sanción. El artículo 267 del Código Sustantivo del Trabajo, subrogado por el artículo 37 de la Ley 50 de 1990, quedará así:

El trabajador no afiliado al Sistema General de Pensiones por omisión del empleador, que sin justa causa sea despedido después de haber laborado para el mismo empleador durante diez (10) años o más y menos de quince (15) años, continuos o discontinuos, anteriores o posteriores a la vigencia de la presente Ley, tendrá derecho a que dicho empleador lo pensionese desde la fecha de su despido, si para entonces tiene cumplidos sesenta (60) años de edad si es hombre, o 55 años de edad si es mujer, o desde la fecha en que cumpla esa edad con posterioridad al despido.

Si el retiro se produce por despido sin justa causa después de 15 años de dichos servicios, la pensión se pagará cuando el trabajador despedido cumpla cincuenta y cinco (55) años de edad si es hombre, o 50 años de edad si es mujer, o desde la fecha del despido, si ya los hubiere cumplido.

La cuantía de la pensión será directamente proporcional al tiempo de servicios respecto de la que le habría correspondido al trabajador en caso de reunir todos los requisitos para acceder a la pensión de vejez en el régimen de prima media con prestación definida y se liquidará con base en el promedio devengado en los últimos diez (10) años de servicios, actualizado con base en la variación del índice de precios al consumidor certificada por el DANE.

PARAGRAFO 1. Lo dispuesto en el presente artículo se aplicará exclusivamente a los servidores públicos que tengan la calidad de trabajadores oficiales y a los trabajadores del sector privado.

PARAGRAFO 2. Las pensiones de que trata el presente artículo podrán ser conmutadas con el Instituto de Seguros Sociales.

PARAGRAFO 3. A partir del 1o. de enero del año 2014 las edades a que se refiere el presente artículo, se reajustarán a sesenta y dos (62) años si es hombre y cincuenta y siete (57) años si es mujer, cuando el despido se produce después de haber laborado para el mismo empleador durante diez (10) años o más y menos de quince (15) años, y a sesenta (60) años si es hombre y cincuenta y cinco (55) años si es mujer, cuando el despido se produce después de quince (15) años de dichos servicios.

ARTICULO 134. Inembargabilidad. Son inembargables:

1. Los recursos de los fondos de pensiones del régimen de ahorro individual con solidaridad.
2. Los recursos de los fondos de reparto del régimen de prima media con prestación definida y sus respectivas reservas.
3. Las sumas abonadas en las cuentas individuales de ahorro pensional del régimen de ahorro individual con solidaridad, y sus respectivos rendimientos.
4. Las sumas destinadas a pagar los seguros de invalidez y de sobrevivientes dentro del mismo régimen de ahorro individual con solidaridad.
5. Las pensiones y demás prestaciones que reconoce esta Ley, cualquiera que sea su cuantía, salvo que se trate de embargos por pensiones alimenticias o créditos a favor de cooperativas, de conformidad con las disposiciones legales vigentes sobre la materia.
6. Los bonos pensionales y los recursos para el pago de los bonos y cuotas partes de bono de que trata la presente Ley.
7. Los recursos del Fondo de Solidaridad Pensional.

PARAGRAFO. No obstante lo dispuesto en el presente artículo, las cotizaciones voluntarias y sus rendimientos financieros sólo gozarán de los mismos beneficios que la Ley concede a las cuentas de ahorro en UPAC, en términos de inembargabilidad.

ARTICULO 135. Tratamiento tributario. Los recursos de los fondos de pensiones del régimen de Ahorro Individual con Solidaridad, los recursos de los fondos de reparto del régimen de Prima Media con Prestación Definida, los recursos de los fondos para el pago de los bonos y cuotas partes de bonos pensionales y los recursos del fondo de solidaridad pensional, gozan de exención de toda clase de impuestos, tasas y contribuciones de cualquier origen, del orden nacional.

Estarán exentos del impuesto sobre la renta y complementarios:

1. El Instituto de Seguros Sociales.
2. La Caja Nacional de Previsión y las demás cajas y fondos de previsión o seguridad social del sector público, mientras subsistan.
3. Las sumas abonadas en las cuentas individuales de ahorro pensional del régimen de Ahorro Individual con Solidaridad y sus respectivos rendimientos.
4. Las sumas destinadas al pago de los seguros de invalidez y de sobrevivientes dentro del mismo régimen de ahorro individual con solidaridad.
5. Las pensiones estarán exentas del impuesto sobre la renta. A partir del 1o. de enero de 1998 estarán gravadas sólo en la parte que exceda de veinticinco (25) salarios mínimos.

Estarán exentos del impuesto a las ventas:

1. Los servicios prestados por las administradoras dentro del régimen de Ahorro Individual con Solidaridad y de prima media con prestación definida.
2. Los servicios de seguros y reaseguros que prestan las compañías de seguros, para invalidez y sobrevivientes contemplados dentro del régimen de ahorro individual con solidaridad.

Estarán exentos del impuesto de timbre los actos o documentos relacionados con la administración del Sistema General de Pensiones.

PARAGRAFO 1. Los aportes obligatorios y voluntarios que se efectúen al Sistema General de Pensiones no harán parte de la base para aplicar la retención en la fuente por salarios y serán considerados como un ingreso no constitutivo de renta ni de ganancia ocasional. Los aportes a cargo del empleador serán deducibles de su renta.

PARAGRAFO 2. Las disposiciones a que se refieren el presente artículo y el artículo anterior, serán aplicables, en lo pertinente, a los fondos de pensiones de que trata el Decreto 2513 de 1987 y a los seguros privados de pensiones.

PARAGRAFO 3. En ningún caso los pagos efectuados por concepto de cesantía serán sujetos de retención en la fuente por parte de la Nación.

ARTICULO 136. Tratamiento tributario de los excedentes de libre disponibilidad. El retiro de los excedentes de libre disponibilidad, en la parte que corresponda a rentabilidad real de las cuentas de ahorro pensional, para fines diferentes a la financiación de pensiones, estará gravada con el impuesto sobre la renta.

ARTICULO 137. Faltantes a Cargo de la Nación. La Nación asumirá el pago de pensiones reconocidas por el Instituto de Seguros Sociales, la Caja Nacional de Previsión y otras cajas o fondos del sector público sustituidos por el Fondo de Pensiones Públicas del Nivel Nacional, incluido este último, en cuanto se agotasen las reservas constituidas para el efecto y sólo por el monto de dicho faltante.

ARTICULO 138. Garantía estatal en el régimen de Prima Media con Prestación Definida. El Estado responderá por las obligaciones del Instituto de Seguros Sociales, para con sus afiliados al régimen de Prima Media con Prestación Definida, cuando los ingresos y las reservas de dicha entidad se agotasen, siempre que se hubiesen cobrado las cotizaciones en los términos de esta Ley.

ARTICULO 139. Facultades Extraordinarias. De conformidad con lo previsto en el ordinal 10 del artículo 150 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de precisas facultades extraordinarias por el término de seis (6) meses contados desde la fecha de publicación de la presente Ley para:

1. Determinar la estructura, administración, recursos, y demás disposiciones necesarias para el funcionamiento de la delegatura exclusiva para la vigilancia de administradoras de fondos de pensiones y/o cesantía y demás entidades de previsión social de la Superintendencia Bancaria y armonizarla con el resto de su estructura.

Estas facultades incluyen la de modificar la denominación de la Superintendencia. El superintendente delegado para estas funciones, deberá reunir las mismas condiciones y requisitos que las exigidas para el Superintendente Bancario.

2. Determinar, atendiendo a criterios técnico-científicos y de salud ocupacional, las actividades de alto riesgo para la salud del trabajador, que requieran modificación en el número de semanas de cotización y el monto de la pensión. Las demás condiciones y requisitos para acceder a la pensión, se regirán por las disposiciones previstas en esta Ley, sin desconocer derechos adquiridos y en todo caso serán menos exigentes. Quedando igualmente facultado para armonizar y ajustar las normas que sobre pensiones rigen para los aviadores civiles y los periodistas con tarjeta profesional.

Esta facultad incluye la de establecer los puntos porcentuales adicionales de cotización a cargo del empleador y el trabajador, según cada actividad.

3. Establecer un régimen de fondos departamentales y municipales de pensiones públicas, que sustituya el pago de las pensiones a cargo de las cajas o fondos pensionales públicos y empresas productoras de metales preciosos insolventes, en los respectivos niveles territoriales. Se podrá retener de las transferencias, de la respectiva entidad territorial, para garantizar el pago de tales pensiones, sólo mediante acuerdo con su representante legal.

4. Establecer la manera como las Cajas, Fondos o entidades del sector privado que subsistan, deben adaptarse a las disposiciones contenidas en la presente Ley, señalando las funciones adicionales a la Superintendencia Bancaria, y a la de Salud, a fin de que dichas entidades adapten sus estatutos y reglas de funcionamiento.

5. Dictar las normas necesarias para la emisión de los bonos pensionales, su redención, la posibilidad de transarlos en el mercado secundario, y las condiciones de los bonos cuando deban expedirse a personas que se trasladen del régimen de Prima Media al régimen de Capitalización Individual.

6. Establecer las normas que fueren necesarias para autorizar la constitución de sociedades sin ánimo de lucro, sujetas a la reglamentación del Gobierno Nacional y bajo la vigilancia de la entidad que éste determine, cuyo objeto social sea asumir los riesgos derivados de la enfermedad profesional y del accidente de trabajo.

7. Revisar las cotizaciones sobre nómina, con excepción de las del ICBF destinadas a actividades diferentes a las consagradas en esta Ley, y de la pequeña empresa, rural o urbana.

8. Establecer el régimen jurídico y financiero de las sociedades administradoras de fondos de pensiones.

9. Establecer un Fondo de Actualización Pensional para los pensionados por jubilación, invalidez, vejez y sobrevivientes, del sector público, en el sector privado y del Instituto de Seguros Sociales, cuyas pensiones se hubiesen reconocido antes del 1o. de enero de 1989, de tal manera que permita atender los siguientes compromisos:

a) El reajuste anual, contenido en el Decreto 2108 de 1992;

b) La mesada pensional adicional de que trata el artículo 142 de la presente Ley;

c) El reaforo de rentas y la adición presupuestal de que trata el artículo 267 de esta Ley.

En ejercicio de las facultades establecidas en el presente numeral, se establecerá la estructura, administración, recursos y demás disposiciones necesarias para el funcionamiento del Fondo.

La actualización de las pensiones en el sector público del nivel departamental y municipal, se hará en la medida en que los presupuestos respectivos así lo permitan, y previa decisión de las Asambleas Departamentales y Concejos respectivos.

10. Establecer los mecanismos para que la Nación consolide y asuma total o parcialmente la deuda de ésta y de los demás organismos y entidades del Estado por concepto de la inversión y manejo de reservas del Instituto de Seguros Sociales, vigentes hasta la fecha de promulgación de la presente Ley y fije los procedimientos para su pago.

11. Dictar las normas necesarias para organizar la administración del Sistema General de Riesgos Profesionales como un conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes, que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan. En todo caso, la cotización continuará a cargo de los empleadores.

PARAGRAFO. Para el ejercicio de las facultades a que se refiere el numeral 2o. del presente artículo, el Gobierno deberá escuchar el concepto no vinculante de dos (2) representantes del Congreso, dos (2) representantes de los trabajadores y dos representantes de los empleadores.

ARTICULO 140. Actividades de alto riesgo de los servidores públicos. De conformidad con la Ley 4a. de 1992, el Gobierno Nacional expedirá el régimen de los servidores públicos que laboren en actividades de alto riesgo, teniendo en cuenta una menor edad de jubilación o un número menor de semanas de cotización, o ambos requisitos. Se consideran para este efecto como actividades de alto riesgo para el trabajador aquellas que cumplen algunos sectores tales como el cuerpo de custodia y vigilancia nacional penitenciaria. Todo sin desconocer derechos adquiridos.

El Gobierno Nacional establecerá los puntos porcentuales adicionales de cotización a cargo del empleador, o del empleador y el trabajador, según cada actividad.

ARTICULO 141. Intereses de mora. A partir del 1o. de enero de 1994, en caso de mora en el pago de las mesadas pensionales de que trata esta Ley, la entidad correspondiente reconocerá y pagará al pensionado, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, la tasa máxima de interés moratorio vigente en el momento en que se efectúe el pago.

ARTICULO 142. Mesada adicional para actuales pensionados. Los pensionados por jubilación, invalidez, vejez y sobrevivientes, de sectores públicos, oficial, semioficial, en todos sus órdenes, en el sector privado y del Instituto de Seguros Sociales, así como los retirados y pensionados de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, cuyas pensiones se hubiesen causado y reconocido antes del primero (1o.) de enero de 1988, tendrán derecho al reconocimiento y pago de treinta (30) días de la pensión que le corresponda a cada uno de ellos por el régimen respectivo, que se cancelará con la mesada del mes de junio de cada año, a partir de 1994.

Los pensionados por vejez del orden nacional, beneficiarios de los reajustes ordenados en el decreto 2108 de 1992, recibirán el reconocimiento y pago de los 30 días de la mesada adicional sólo a partir de junio de 1996.

PARAGRAFO. Esta mesada adicional será pagada por quien tenga a su cargo la cancelación de la pensión sin que exceda de quince (15) veces el salario mínimo legal mensual.

ARTICULO 143. Reajuste pensional para los actuales pensionados. A quienes con anterioridad al 1o. de enero de 1994 se les hubiere reconocido la pensión de vejez o jubilación, invalidez o muerte, tendrán derecho, a partir de dicha fecha, a un reajuste mensual equivalente a la elevación en la cotización para salud que resulte de la aplicación de la presente Ley.

La cotización para salud establecida en el Sistema General de Salud para los pensionados está, en su totalidad, a cargo de éstos, quienes podrán cancelarla mediante una cotización complementaria durante su período de vinculación laboral.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud podrá reducir el monto de la cotización de los pensionados en proporción al menor número de beneficiarios y para pensiones cuyo monto no exceda de tres (3) salarios mínimos legales

PARAGRAFO TRANSITORIO. Sólo por el año de 1993, los gastos de salud de los actuales pensionados del ISS se atenderá con cargo al Seguro de IVM y hasta el monto de la cuota patronal.

ARTICULO 144. Pensiones por muerte reconocidas antes de 1990. Las pensiones de sobrevivientes reconocidas por el Instituto de Seguros Sociales, a los ascendientes, como únicos beneficiarios de asegurados fallecidos hasta el 17 de abril de 1990, continuarán vigentes en los mismos términos en que fueron reconocidas.

ARTICULO 145. Recursos para el pago de pensiones en las entidades territoriales. De los recursos adicionales que, a partir de 1997, reciban los departamentos y los municipios como transferencias por los recursos provenientes del impuesto de renta y la contribución sobre la producción de las empresas de la industria petrolera en la zona Cusiana-Cupiagua, destinarán por lo menos un 5 % a un fondo para pago de pensiones, sin perjuicio que dichas entidades territoriales continúen cumpliendo sus obligaciones contraídas en materia pensional

Los saldos que mantenga este fondo se invertirán exclusivamente en papeles de deuda pública emitidos por la Nación o el Banco de la República.

ARTICULO 146. Situaciones jurídicas individuales definidas por disposiciones municipales o departamentales. Las situaciones jurídicas de carácter individual definidas con anterioridad a la presente Ley, con base en disposiciones municipales o departamentales en materia de pensiones de jubilación extralegales en favor de empleados o servidores públicos o personas vinculadas laboralmente a las entidades territoriales o a sus organismos descentralizados, continuarán vigentes.

También tendrán derecho a pensionarse con arreglo a tales disposiciones, quienes con anterioridad a la vigencia de este artículo, hayan cumplido o cumplan dentro de los dos años siguientes los requisitos exigidos en dichas normas.

Lo dispuesto en la presente Ley no afecta ni modifica la situación de las personas a que se refiere este artículo.

Las disposiciones de este artículo regirán desde la fecha de la sanción de la presente Ley.

ARTICULO 147. Garantía de pensión mínima para desmovilizados. Los colombianos que acogidos a procesos de paz se hayan desmovilizado o lo hagan en el futuro, podrán pensionarse en las edades establecidas en la presente Ley, con garantía de pensión mínima en el régimen de Prima Media con Prestación Definida, siempre que hayan cotizado por lo menos 500 semanas.

ARTICULO 148. Deportistas destacados de escasos recursos. El Gobierno Nacional mediante reglamentación previa podrá garantizar las pensiones de los deportistas de escasos recursos, que obtengan medallas en los juegos olímpicos de verano del Comité Olímpico Internacional y en los campeonatos mundiales. El monto de la pensión no podrá exceder de 3 salarios mínimos mensuales y adicionalmente deberán cumplir con los requisitos para adquirir el mencionado derecho de acuerdo con la Ley.

ARTICULO 149. Beneficiarios del Fondo de Pensiones de las Empresas Productoras de Metales Preciosos y EMPOS. Las pensiones de los beneficiarios del Fondo de Pensionados de las Empresas Productoras de Metales Preciosos creado mediante la Ley 50 de 1990, y las de las Empresas de Obras Sanitarias liquidadas serán pagadas en adelante por el Instituto de Seguros Sociales, el cual también asumirá la prestación del servicio médico asistencial siempre y cuando el pensionado cotice para salud.

El Gobierno Nacional apropiará anualmente en el presupuesto las partidas necesarias para el cumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo, y hará las correspondientes transferencias al Instituto de Seguros Sociales.

ARTICULO 150. Reliquidación del monto de la pensión para funcionarios y empleados públicos. Los funcionarios y empleados públicos que hubiesen sido notificados de la resolución de jubilación y que no se hayan retirado del cargo, tendrán derecho a que se les reliquide el ingreso base para calcular la pensión, incluyendo los sueldos devengados con posterioridad a la fecha de notificación de la resolución.

PARAGRAFO. No podrá obligarse a ningún funcionario o empleado público a retirarse del cargo por el solo hecho de haberse expedido a su favor la resolución de jubilación, si no ha llegado a la edad de retiro forzoso.

ARTICULO 151. Vigencia del Sistema General de Pensiones. El Sistema General de Pensiones previsto en la presente Ley, regirá a partir del 10. de abril de 1994. No obstante, el Gobierno podrá autorizar el funcionamiento de las administradoras de los fondos de pensiones y de cesantía con sujeción a las disposiciones contempladas en la presente Ley, a partir de la vigencia de la misma.

PARAGRAFO. El Sistema General de Pensiones para los servidores públicos del nivel departamental, municipal y distrital, entrara a regir a más tardar el 30 de junio de 1995, en la fecha que así lo determine la respectiva autoridad gubernamental.

LIBRO II

EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

TITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

CAPITULO I

OBJETO, FUNDAMENTOS Y CARACTERISTICAS DEL SISTEMA

ARTICULO 152. Objeto. La presente Ley establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud, desarrolla los fundamentos que lo rigen, determina su dirección, organización y funcionamiento, sus normas administrativas, financieras y de control y las obligaciones que se derivan de su aplicación.

Los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención.

Las competencias para prestación pública de los servicios de salud y la organización de la atención en salud en los aspectos no cobijados en la presente Ley se regirán por las disposiciones legales vigentes, en especial por la Ley 10 de 1990 y la Ley 60 de 1993. Las actividades y competencias de salud pública se regirán por las disposiciones vigentes en la materia, especialmente la Ley 9a. de 1979 y la Ley 60 de 1993, excepto la regulación de medicamentos que se regirá por lo dispuesto en la presente Ley.

ARTICULO 153. Fundamentos del Servicio Público. Además de los principios generales consagrados en la Constitución Política, son reglas del servicio público de salud, rectoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud las siguientes:

1. Equidad. El Sistema General de Seguridad Social en Salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad, a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago. Para evitar la discriminación por capacidad de pago o riesgo, el sistema ofrecerá financiamiento especial para aquella población más pobre y vulnerable así como mecanismos para evitar la selección adversa.

2. Obligatoriedad. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los habitantes en Colombia. En consecuencia, corresponde a todo empleador la afiliación de sus trabajadores a este Sistema y del Estado facilitar la afiliación a quienes carezcan de vínculo con algún empleador o de capacidad de pago.

3. Protección integral. El Sistema General de Seguridad Social en Salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del Plan Obligatorio de Salud.

4. Libre escogencia. El Sistema General de Seguridad Social en Salud permitirá la participación de diferentes entidades que ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud, bajo las regulaciones y vigilancia del Estado y asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios. Quienes atenten contra este mandato se harán acreedores a las sanciones previstas en el artículo 230 de esta Ley.

5. Autonomía de instituciones. Las instituciones prestadoras de servicios de salud tendrán, a partir del tamaño y complejidad que reglamente el Gobierno, personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, salvo los casos previstos en la presente Ley.

6. Descentralización administrativa. La organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud será descentralizada y de ella harán parte las direcciones seccionales, distritales y locales de salud. Las instituciones públicas del orden nacional que participen del sistema adoptarán una estructura organizacional, de gestión y de decisiones técnicas, administrativas y financieras que fortalezca su operación descentralizada.

7. Participación social. El Sistema General de Seguridad Social en Salud estimulará la participación de los usuarios en la organización y control de las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del sistema en su conjunto. El Gobierno Nacional establecerá los mecanismos de vigilancia de las comunidades sobre las entidades que conforman el sistema. Será obligatoria la participación de los representantes de las comunidades de usuarios en las juntas directivas de las entidades de carácter público.

8. Concertación. El sistema propiciará la concertación de los diversos agentes en todos los niveles y empleará como mecanismo formal para ello a los Consejos Nacional, departamentales, distritales y municipales de Seguridad Social en Salud.

9. Calidad. El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesionales. De acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia.

ARTICULO 154. Intervención del Estado. El Estado intervendrá en el servicio público de Seguridad Social en Salud, conforme a las reglas de competencia de que trata esta Ley, en el marco de lo dispuesto en los artículos 48, 49, 334 y 365 a 370 de la Constitución Política. Dicha intervención buscará principalmente el logro de los siguientes fines:

- a) Garantizar la observancia de los principios consagrados en la Constitución y en los artículos 2 y 153 de esta Ley;
- b) Asegurar el carácter obligatorio de la Seguridad Social en Salud y su naturaleza de derecho social para todos los habitantes de Colombia;
- c) Desarrollar las responsabilidades de dirección, coordinación, vigilancia y control de la Seguridad Social en Salud y de la reglamentación de la prestación de los servicios de salud;
- d) Lograr la ampliación progresiva de la cobertura de la Seguridad Social en Salud permitiendo progresivamente el acceso a los servicios de educación, información y fomento de la salud y a los de protección y recuperación de la salud a los habitantes del país;
- e) Establecer la atención básica en salud que se ofrecerá en forma gratuita y obligatoria, en los términos que señale la Ley;
- f) Organizar los servicios de salud en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad;
- g) Evitar que los recursos destinados a la Seguridad Social en Salud se destinen a fines diferentes;
- h) Garantizar la asignación prioritaria del gasto público para el servicio público de Seguridad Social en Salud, como parte fundamental del gasto público social.

PARAGRAFO. Todas las competencias atribuidas por la presente Ley al Presidente de la República y al Gobierno Nacional, se entenderán asignadas en desarrollo del mandato de intervención estatal de que trata este artículo.

ARTICULO 155. Integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud está integrado por:

1. Organismos de Dirección, Vigilancia y Control:

- a) Los Ministerios de Salud y Trabajo;
- b) El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud;
- c) La Superintendencia Nacional en Salud;

2. Los Organismos de Administración y Financiación:

- a) Las Entidades Promotoras de Salud;
- b) Las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud;
- c) El Fondo de Solidaridad y Garantía.

3. Las institucionales Prestadoras de servicios de Salud, públicas, mixtas o privadas.

4. Las demás entidades de salud que, al entrar en vigencia la presente Ley, estén adscritas a los Ministerios de Salud y Trabajo.

5. Los empleadores, los trabajadores y sus organizaciones y los trabajadores independientes que cotizan al sistema contributivo y los pensionados.

6. Los beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en todas sus modalidades.

7. Los Comités de Participación Comunitaria 'COPACOS' creados por la Ley 10 de 1990 y las organizaciones comunales que participen en los subsidios de salud.

PARAGRAFO. El Instituto de Seguros Sociales, seguirá cumpliendo con las funciones que le competen de acuerdo con la Ley.

ARTICULO 156. Características básicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes características:

- a) El Gobierno Nacional dirigirá, orientará, regulará, controlará y vigilará el servicio público esencial de salud que constituye el Sistema General de Seguridad Social en Salud;
- b) Todos los habitantes en Colombia deberán estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, previo el pago de la cotización reglamentaria o a través del subsidio que se financiará con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos propios de los entes territoriales;
- c) Todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud recibirán un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales, que será denominado el Plan Obligatorio de Salud;
- d) El recaudo de las cotizaciones será responsabilidad del Sistema General de Seguridad Social-Fondo de Solidaridad y Garantía, quien delegará en lo pertinente esta función en las Entidades Promotoras de Salud;
- e) Las Entidades Promotoras de Salud tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de las instituciones prestadoras. Ellas están en la obligación de suministrar, dentro de los límites establecidos en el numeral 5 del artículo 180, a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización o tenga el subsidio correspondiente, el Plan Obligatorio de Salud, en los términos que reglamente el Gobierno;
- f) Por cada persona afiliada y 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;
- g) Los afiliados al sistema elegirán libremente la Entidad Promotora de Salud, dentro de las condiciones de la presente Ley. Así mismo, escogerán las instituciones prestadoras de servicios y/o los profesionales adscritos o con vinculación laboral a la Entidad Promotora de Salud, dentro de las opciones por ella ofrecidas.
- h) Los afiliados podrán conformar alianzas o asociaciones de usuarios que los representarán ante las entidades promotoras de salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud;
- i) Las instituciones prestadoras de salud son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud dentro de las entidades promotoras de salud o fuera de ellas. El Estado podrá establecer mecanismos para el fomento de estas organizaciones y abrir líneas de crédito para la organización de grupos de práctica profesional y para las instituciones prestadoras de servicios de tipo comunitario y solidario;
- j) Con el objeto de asegurar el ingreso de toda la población al sistema en condiciones equitativas, existirá un régimen subsidiado para los más pobres y vulnerables que se financiará con aportes fiscales de la Nación, de los departamentos, los distritos y los municipios, el Fondo de Solidaridad y Garantía y recursos de los afiliados en la medida de su capacidad;
- k) Las entidades promotoras de salud podrán prestar servicios directos a sus afiliados por medio de sus propias instituciones prestadoras de salud, o contratar con instituciones prestadoras y profesionales independientes o con grupos de práctica profesional, debidamente constituidos;

l) Existirá un Fondo de Solidaridad y Garantía que tendrá por objeto, de acuerdo con las disposiciones de esta Ley, garantizar la compensación entre personas de distintos ingresos y riesgos y la solidaridad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cubrir los riesgos catastróficos y los accidentes de tránsito y demás funciones complementarias señaladas en esta Ley;

m) El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, a que hacen referencia los artículos 171 y 172 de esta Ley, es el organismo de concertación entre los diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Sus decisiones serán obligatorias, podrán ser revisadas periódicamente por el mismo Consejo y deberán ser adoptadas por el Gobierno Nacional.

n) Las entidades territoriales, con cargo a los fondos seccionales y locales de salud cumplirán, de conformidad con la Ley 60 de 1993 y las disposiciones de la presente Ley, la financiación al subsidio a la demanda allí dispuesta y en los términos previstos en la presente Ley;

o) Las entidades territoriales celebrarán convenios con las entidades promotoras de salud para la administración de la prestación de los servicios de salud propios del régimen subsidiado de que trata la presente Ley. Se financiarán con cargo a los recursos destinados al sector salud en cada entidad territorial, bien se trate de recursos cedidos, participaciones o propios, o de los recursos previstos para el Fondo de Solidaridad y Garantía. Corresponde a los particulares aportar en proporción a su capacidad socioeconómica en los términos y bajo las condiciones previstas en la presente Ley;

p) 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 con él para este efecto, garantizarán el acceso al servicio que ellas prestan a quienes no estén amparados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, hasta cuando éste logre la cobertura universal.

CAPITULO II

DE LOS AFILIADOS AL SISTEMA

ARTICULO 157. Tipos de participantes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. A partir de la sanción de la presente Ley, todo colombiano participará en el servicio esencial de salud que permite el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Unos lo harán en su condición de afiliados al régimen contributivo o subsidiado y otros lo harán en forma temporal como participantes vinculados.

A. Afiliados al Sistema de Seguridad Social.

Existirán dos tipos de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en salud:

1. Los afiliados al Sistema mediante el régimen contributivo son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Estas personas deberán afiliarse al Sistema mediante las normas del régimen contributivo de que trata el Capítulo I del Título III de la presente Ley.

2. Los afiliados al Sistema mediante el régimen subsidiado de que trata el artículo 211 de la presente Ley son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Serán subsidiadas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana. Tendrán particular importancia, dentro de este grupo, personas tales como las madres durante el embarazo, parto y posparto y período de lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, los enfermos de Hansen, las personas mayores de 65 años, los discapacitados, los campesinos, las comunidades indígenas, los trabajadores y profesionales independientes, artistas y deportistas, toreros y sus Subalternos, periodistas independientes, maestros de obra de construcción, albañiles, taxistas, electricistas, desempleados y demás personas sin capacidad de pago.

B. Personas vinculadas al Sistema.

Los participantes vinculados son aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado.

A partir del año 2000, todo colombiano deberá estar vinculado al Sistema a través de los regímenes contributivo o subsidiado, en donde progresivamente se unificarán los planes de salud para que todos los habitantes del territorio nacional reciban el Plan Obligatorio de Salud de que habla el artículo 162.

PARAGRAFO 1. El Gobierno Nacional establecerá un régimen de estímulos, términos, controles y sanciones para garantizar la universalidad de la afiliación.

PARAGRAFO 2. La afiliación podrá ser individual o colectiva, a través de las empresas, las agremiaciones, o por asentamientos geográficos, de acuerdo a la reglamentación que para el efecto se expida. El carácter colectivo de la afiliación será voluntario, por lo cual el afiliado no perderá el derecho a elegir o trasladarse libremente entre Entidades Promotoras de Salud.

PARAGRAFO 3. Podrán establecerse alianzas o asociaciones de usuarios, las cuales serán promovidas y reglamentadas por el Gobierno Nacional con el fin de fortalecer la capacidad negociadora, la protección de los derechos y la participación comunitaria de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estas agrupaciones de usuarios podrán tener como referencia empresas, sociedades mutuales, ramas de actividad social y económica, sindicatos, ordenamientos territoriales u otros tipos de asociación, y podrán cobrar una cuota de afiliación.

PARAGRAFO 4. El Consejo Nacional de Seguridad Social definirá y reglamentará los grupos de afiliación prioritaria al subsidio.

ARTICULO 158. Beneficios para desmovilizados. Los colombianos que, acogiéndose a procesos de paz, se hayan desmovilizado, o lo hagan en el futuro, tendrán derecho a los beneficios del régimen subsidiado en salud contenido en la presente Ley, mientras no se afilien al régimen contributivo en virtud de relación de contrato de trabajo.

ARTICULO 159. Garantías de los afiliados. Se garantiza a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud la debida organización y prestación del servicio público de salud, en los siguientes términos:

1. La atención de los servicios del Plan Obligatorio de Salud del artículo 162 por parte de la entidad promotora de salud respectiva a través de las instituciones prestadoras de servicios adscritas.

2. La atención de urgencias en todo el territorio nacional.

3. La libre escogencia y traslado entre Entidades Promotoras de Salud, sea la modalidad de afiliación individual o colectiva, de conformidad con los procedimientos, tiempos, límites y efectos que determine el Gobierno Nacional dentro de las condiciones previstas en esta Ley.

4. La escogencia de las Instituciones Prestadoras de Servicios y de los profesionales entre las opciones que cada Entidad Promotora de Salud ofrezca dentro de su red de servicios.

5. La participación de los afiliados, individualmente o en sus organizaciones, en todas las instancias de asociación, representación, veeduría de las entidades rectoras, promotoras y prestadoras y del Sistema de Seguridad Social en Salud.

ARTICULO 160. Deberes de los Afiliados y Beneficiarios. Son deberes de los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud los siguientes:

1. Procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

2. Afiliarse con su familia al Sistema General de Seguridad Social en salud.

3. Facilitar el pago, y pagar cuando le corresponda, las cotizaciones y pagos obligatorios a que haya lugar.

4. Suministrar información veraz, clara y completa sobre su estado de salud y los ingresos base de cotización.

5. Vigilar el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los empleadores a las que se refiere la presente Ley.

6. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de las instituciones y profesionales que le prestan atención en salud.

7. Cuidar y hacer uso racional de los recursos, las instalaciones, la dotación, así como de los servicios y prestaciones sociales y laborales.
8. Tratar con dignidad al personal humano que lo atiende y respetar la intimidad de los demás pacientes.

ARTICULO 161. Deberes de los Empleadores. Como integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los empleadores, cualquiera que sea la entidad o institución en nombre de la cual vinculen a los trabajadores, deberán:

1. Inscribir en alguna Entidad Promotora de Salud a todas las personas que tengan alguna vinculación laboral, sea ésta, verbal o escrita, temporal o permanente. La afiliación colectiva en ningún caso podrá coartar la libertad de elección del trabajador sobre la Entidad Promotora de Salud, a la cual prefiera afiliarse, de conformidad con el reglamento.

2. En consonancia con el artículo 22 de esta Ley, contribuir al financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante acciones como las siguientes:

- a) Pagar cumplidamente los aportes que le corresponden, de acuerdo con el artículo 204.
- b) Descontar de los ingresos laborales las cotizaciones que corresponden a los trabajadores a su servicio;
- c) Girar oportunamente los aportes y las cotizaciones a la Entidad Promotora de Salud, de acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno.

3. Informar las novedades laborales de sus trabajadores a la entidad a la cual están afiliados, en materias tales como el nivel de ingresos y sus cambios, las vinculaciones y retiros de trabajadores. Así mismo, informar a los trabajadores sobre las garantías y las obligaciones que les asisten en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

4. Garantizar un medio ambiente laboral sano, que permita prevenir los riesgos de trabajo y enfermedad profesional, mediante la adopción de los sistemas de seguridad industrial y la observancia de las normas de salud ocupacional y seguridad social.

PARAGRAFO. Los empleadores que no observen lo dispuesto en el presente artículo estarán sujetos a las mismas sanciones previstas en los artículos 22 y 23 del Libro Primero de esta Ley. Además, los perjuicios por la negligencia en la información laboral, incluyendo la subdeclaración de ingresos, corren a cargo del patrono. La atención de los accidentes de trabajo, riesgos y eventualidades por enfermedad general, maternidad y ATEP serán cubiertos en su totalidad por el patrono en caso de no haberse efectuado la inscripción del trabajador o no gire oportunamente las cotizaciones en la entidad de seguridad social correspondiente.

CAPITULO III

EL REGIMEN DE BENEFICIOS

ARTICULO 162. Plan de Salud Obligatorio. El Sistema General de Seguridad Social de Salud crea las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Este Plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.

Para los afiliados cotizantes según las normas del régimen contributivo, el contenido del Plan Obligatorio de Salud que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud será el contemplado por el Decreto-Ley 1650 de 1977 y sus reglamentaciones, incluyendo la provisión de medicamentos esenciales en su presentación genérica. Para los otros beneficiarios de la familia del cotizante el Plan Obligatorio de Salud será similar al anterior pero en su financiación concurrirán los pagos moderadores, especialmente en el primer nivel de atención, en los términos del artículo 188 de la presente Ley.

Para los afiliados según las normas del régimen subsidiado, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud diseñará un programa para que sus beneficiarios alcancen e 1 Plan Obligatorio del Sistema Contributivo, en forma progresiva antes del año 2001. En su punto de partida, el plan incluirá servicios de salud del primer nivel por un valor equivalente al 50 % de la unidad de pago por capitación del sistema contributivo. Los servicios del segundo y tercer nivel se incorporarán progresivamente al plan de acuerdo con su aporte a los años de vida saludables.

PARAGRAFO 1. En el período de transición, la población del régimen subsidiado obtendrá los servicios hospitalarios de mayor complejidad en los hospitales públicos del subsector oficial de salud y en los de los hospitales privados con los cuales el Estado tenga contrato de prestación de servicios.

PARAGRAFO 2. Los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud serán actualizados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema.

PARAGRAFO 3. La Superintendencia Nacional de Salud verificará la conformidad de la prestación del Plan Obligatorio de Salud por cada Entidad Promotora de Salud en el territorio nacional con lo dispuesto por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y el Gobierno Nacional.

PARAGRAFO 4. Toda Entidad Promotora de Salud reasegurará los riesgos derivados de la atención de enfermedades calificadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social como de alto costo.

PARAGRAFO 5. Para la prestación de los servicios del Plan Obligatorio de Salud, todas las Entidades Promotoras de Salud establecerán un sistema de referencia, y contrarreferencia para que el acceso a los servicios de alta complejidad se realicen por el primer nivel de atención, excepto en los servicios de urgencias. El Gobierno Nacional, sin perjuicio del sistema que corresponde a las entidades territoriales, establecerá las normas.

ARTICULO 163. La Cobertura Familiar. El Plan de Salud Obligatorio de Salud tendrá cobertura familiar. Para estos efectos, serán beneficiarios del Sistema el (o la) cónyuge o el compañero o la compañera permanente del afiliado cuya unión sea superior a 2 años; los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges, que haga parte del núcleo familiar y que dependan económicamente de éste; los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente o aquellos que tengan menos de 25 años, sean estudiantes con dedicación exclusiva y dependan económicamente del afiliado. A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente, e hijos con derecho, la cobertura familiar podrá extenderse a los padres del afiliado no pensionados que dependan económicamente de éste.

PARAGRAFO 1. El Gobierno Nacional reglamentará la inclusión de los hijos que, por su incapacidad permanente, hagan parte de la cobertura familiar.

PARAGRAFO 2. Todo niño que nazca después de la vigencia de la presente Ley quedará automáticamente como beneficiario de la Entidad Promotora de Salud a la cual esté afiliada su madre. El Sistema General de Seguridad Social en Salud reconocerá a la Entidad Promotora de Salud la Unidad de Pago por Capitación correspondiente, de conformidad con lo previsto en el artículo 161 de la presente Ley.

ARTICULO 164. Preexistencias. En el Sistema General de Seguridad en Salud, las Empresas Promotoras de Salud no podrán aplicar preexistencias a sus afiliados.

El acceso a la prestación de algunos servicios de alto costo para personas que se afilien al Sistema podrá estar sujeto a períodos mínimos de cotización que en ningún caso podrán exceder 100 semanas de afiliación al Sistema, de las cuales al menos 26 semanas deberán haber sido pagadas en el último año. Para períodos menores de cotización, el acceso a dichos servicios requerirá un pago por parte del usuario, que se establecerá de acuerdo con su capacidad socioeconómica.

En el régimen subsidiado, no se podrán establecer períodos de espera para la atención del parto y los menores de un año. En este caso, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que atiendan tales intervenciones repetirán contra la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, de acuerdo con el reglamento.

PARAGRAFO. Cuando se encuentre que alguna Entidad Promotora de Salud aplique preexistencias a algún afiliado, la Superintendencia de Salud podrá aplicar multas hasta por dos veces el valor estimado del tratamiento de la enfermedad excluida. Este recaudo se destinará al Fondo de Solidaridad y Garantía. Cada vez que se reincida, se duplicará el valor de la multa.

ARTICULO 165. Atención Básica. El Ministerio de Salud definirá un plan de atención básica que complemente las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud de esta Ley y las acciones de saneamiento ambiental. Este plan estará constituido por aquellas intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas que son dirigidas a los individuos pero tienen altas externalidades, tales como la información pública, la educación y fomento de la salud, el control de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, la complementación nutricional y planificación familiar, la desparasitación escolar, el control de vectores y las

campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles como el sida, la tuberculosis y la lepra, y de enfermedades tropicales como la malaria.

La prestación del plan de atención básica será gratuita y obligatoria. La financiación de este plan será garantizada por recursos fiscales del Gobierno Nacional, complementada con recursos de los entes territoriales.

ARTICULO 166. Atención Materno Infantil. El Plan Obligatorio de Salud para las mujeres en estado de embarazo cubrirá los servicios de salud en el control prenatal, la atención del parto, el control del posparto y la atención de las afecciones relacionadas directamente con la lactancia.

El Plan Obligatorio de Salud para los menores de un año cubrirá la educación, información y fomento de la salud, el fomento de la lactancia materna, la vigilancia del crecimiento y desarrollo, la prevención de la enfermedad, incluyendo inmunizaciones, la atención ambulatoria, hospitalaria y de urgencias, incluidos los medicamentos esenciales; y la rehabilitación cuando hubiere lugar, de conformidad con lo previsto en la presente Ley y sus reglamentos.

Además del Plan Obligatorio de Salud, las mujeres en estado de embarazo y las madres de los niños menores de un año, del régimen subsidiado, recibirán un subsidio alimentario en la forma como lo determinen los planes y programas del instituto Colombiano de Bienestar Familiar y con cargo a éste.

PARAGRAFO 1. Para los efectos de la presente Ley, entiéndase por subsidio alimentario la subvención en especie, consistente en alimentos o nutrientes que se entregan a la mujer gestante y a la madre del menor de un año y que permiten una dieta adecuada.

PARAGRAFO 2. El Gobierno Nacional organizara un programa especial de información y educación de la mujer en aspectos de salud integral y educación sexual en las zonas menos desarrolladas del país. Se dará con prioridad al área rural y a las adolescentes. Para el efecto se destinarán el 2 % de los recursos anuales del ICBF, el 10 % de los recursos a que se refiere el parágrafo 1o. del artículo 10 de la Ley 60 de 1993 y el porcentaje de la subcuenta de promoción del Fondo de Solidaridad y Garantía que defina el Gobierno Nacional previa consideración del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. El Gobierno Nacional reglamentara los procedimientos de ejecución del programa. La parte del programa que se financie con los recursos del ICBF se ejecutará por este mismo instituto.

ARTICULO 167. Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito. En los casos de urgencias generadas en accidentes de tránsito, en acciones terroristas ocasionadas por bombas o artefactos explosivos, en catástrofes naturales u otros eventos expresamente aprobados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrán derecho al cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos, indemnización por incapacidad permanente y por muerte, gastos funerarios y gastos de transporte al centro asistencial. El Fondo de Solidaridad y Garantía pagara directamente a la institución que haya prestado el servicio a las tarifas que establezca el Gobierno Nacional de acuerdo con los criterios del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

PARAGRAFO 1. En los casos de accidentes de tránsito, el cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos y demás prestaciones continuara a cargo de las aseguradoras autorizadas para administrar los recursos del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito con las modificaciones de esta Ley.

PARAGRAFO 2. Los demás riesgos aquí previstos serán atendidos con cargo a la subcuenta del Fondo de Solidaridad y Garantía, de acuerdo con la reglamentación que establezca el Gobierno Nacional.

PARAGRAFO 3. El Gobierno Nacional reglamentará los procedimientos de cobro y pago de estos servicios.

PARAGRAFO 4. El Sistema General de Seguridad Social en Salud podrá establecer un sistema de reaseguros para el cubrimiento de los riesgos catastróficos.

ARTICULO 168. Atención Inicial de Urgencias. La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas independientemente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa. El costo de estos servicios será pagado por el Fondo de Solidaridad y Garantía, en los casos previstos en el artículo anterior, o por la entidad promotora de salud al cual este afiliado en cualquier otro evento.

PARAGRAFO. Los procedimientos de cobro y pago, así como las tarifas de estos servicios serán definidos por el Gobierno Nacional, de acuerdo con las recomendaciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

ARTICULO 169. Planes Complementarios. Las entidades Promotoras de Salud podrán ofrecer planes complementarios al Plan de Salud Obligatorio de Salud, que serán financiados en su totalidad por el afiliado con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias previstas en el artículo 204 de la presente Ley.

PARAGRAFO. El reajuste del valor de los planes estará sujeto a un régimen de libertad vigilada por parte del Gobierno Nacional.

CAPITULO IV

DE LA DIRECCION DEL SISTEMA

ARTICULO 170. Dirección del Sistema. El Sistema General de Seguridad Social en Salud esta bajo la orientación, regulación, supervisión, vigilancia y control del Gobierno Nacional y del Ministerio de Salud y atenderá las políticas, planes, programas y prioridades del Gobierno en la lucha contra las enfermedades y en el mantenimiento y educación, información y fomento de la salud y la salud de conformidad con el plan de desarrollo económico y social y los planes territoriales de que tratan los artículos 13 y 14 de la Ley 60 de 1993.

ARTICULO. 171. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Créase el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, adscrito al Ministerio de Salud, como organismo de dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de carácter permanente, conformado por:

1. El Ministro de Salud, quien lo presidirá.
2. El Ministro de Trabajo y Seguridad Social, o su delegado.
3. El Ministro de Hacienda y Crédito Público, o su delegado.
4. Sendos representantes de las entidades departamentales y municipales de salud.
5. Dos (2) representantes de los empleadores, uno de los cuales representará la pequeña y mediana empresa y otras formas asociativas.
6. Dos (2) representantes por los trabajadores, uno de los cuales representará a los pensionados.
7. El representante legal del Instituto de Seguros Sociales.
8. Un (1) representante por las Entidades Promotoras de Salud, diferentes del Instituto de Seguros Sociales.
9. Un (1) representante de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
10. Un (1) representante de los profesionales del área de la salud, de la asociación mayoritaria.
11. Un (1) representante de las asociaciones de usuarios de servicios de salud del sector rural.

PARAGRAFO 1. El Consejo tendrá un secretario técnico que será el Director General de Seguridad Social del Ministerio de Salud, cargo que se creará para el efecto, o quien haga sus veces. A través de esta secretaria se presentarán a consideración del Consejo los estudios técnicos que se requieran para la toma de decisiones.

PARAGRAFO 2. El Gobierno reglamentará los mecanismos de selección de los representantes no gubernamentales entre sus organizaciones mayoritarias, así como su período.

PARAGRAFO 3. Serán asesores permanentes del Consejo un representante de la Academia Nacional de Medicina, uno de la Federación Médica Colombiana, uno de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, uno de la Asociación Colombiana de Hospitales y otro en representación de las Facultades de Salud Pública.

PARAGRAFO 4. Los Consejos Territoriales tendrán, en lo posible, análoga composición del Consejo Nacional, pero con la participación de las entidades o asociaciones del orden departamental, distrital o municipal.

ARTICULO 172. Funciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes funciones:

1. Definir el Plan Obligatorio de Salud para los afiliados según las normas de los regímenes contributivo y subsidiado, de acuerdo con los criterios del capítulo tercero del primer título de este libro.
2. Definir el monto de la cotización de los afiliados del Sistema, dentro de los límites previstos en el artículo 204 de esta Ley.
3. Definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación según lo dispuesto en el artículo 182 del presente libro.
4. Definir el valor por beneficiario del régimen de subsidios en salud.
5. Definir los medicamentos esenciales y genéricos que harán parte del Plan Obligatorio de Salud.
6. Definir los criterios generales de selección de los beneficiarios del régimen subsidiado de salud por parte de las entidades territoriales, dando la debida prioridad a los grupos pobres y vulnerables y de conformidad con lo dispuesto en la Ley 60 de 1993.
7. Definir el régimen de pagos compartidos de que tratan el numeral 3 del artículo 160 y los artículos 164 y 187 de la presente Ley.
8. 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.
9. Definir las medidas necesarias para evitar la selección adversa 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.
10. Recomendar el régimen y los criterios que debe adoptar el Gobierno Nacional para establecer las tarifas de los servicios prestados por las entidades hospitalarias en los casos de riesgos catastróficos, accidentes de tránsito y atención inicial de urgencias.
11. Reglamentar los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.
12. Ejercer las funciones de Consejo de Administración del Fondo de Solidaridad y Garantía.
13. Presentar ante las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara, un informe anual sobre la evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
14. Adoptar su propio reglamento.
15. Las demás que le sean asignadas por Ley o que sean necesarias para el adecuado funcionamiento del Consejo.

PARAGRAFO 1. Las decisiones anteriores que tengan implicaciones fiscales y sobre la calidad del servicio público de salud requerirán el concepto favorable del Ministro de Salud.

PARAGRAFO 2. 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. En caso de que no se haya revisado la UPC al comenzar el año, ésta se ajustará en forma automática en una proporción igual al incremento porcentual del salario mínimo aprobado por el Gobierno Nacional el año inmediatamente anterior.

PARAGRAFO 3. Las definiciones de que tratan los numerales 1, 4, 5, 7 y 11 del presente artículo deberán ser adoptadas por el Gobierno Nacional.

ARTICULO 173. De las funciones del Ministerio de Salud. Son funciones del Ministerio de Salud además de las consagradas en las disposiciones legales vigentes, especialmente en la Ley 10 de 1990, el Decreto-Ley 2164 de 1992 y la Ley 60 de 1993, las siguientes:

1. Formular y adoptar, en coordinación con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, las políticas, estrategias, programas y proyectos para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los planes y programas de desarrollo económico, social y ambiental que apruebe el Congreso de la República.
2. Dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo, que son de obligatorio cumplimiento por todas las Entidades Promotoras de Salud y por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y por las direcciones seccionales, distritales y locales de salud.
3. Expedir las normas administrativas de obligatorio cumplimiento para las Entidades Promotoras de Salud, por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y por las direcciones seccionales, distritales y locales de salud.
4. Formular y aplicar los criterios de evaluación de la eficiencia en la gestión de las Entidades Promotoras de Salud y por las Instituciones Prestadoras de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y por las direcciones seccionales, distritales y locales de salud.
5. Elaborar los estudios y propuestas que requiera el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en el ejercicio de sus funciones.
6. Ejercer la adecuada supervisión, vigilancia y control de todas las entidades comprendidas en los literales b) a h) del artículo 181 de la presente Ley y de las direcciones seccional, distrital y local de salud, excepto la Superintendencia Nacional de Salud.
7. El Ministerio de Salud reglamentará la recolección, transferencia y difusión de la información en el subsistema al que concurren obligatoriamente todos los integrantes del Sistema de Seguridad Social de Salud independientemente de su naturaleza jurídica sin perjuicio de las normas legales que regulan la reserva y exhibición de los libros de comercio. La inobservancia de este reglamento será sancionada hasta con la revocatoria de las autorizaciones de funcionamiento.

PARAGRAFO. Las funciones de que trata el presente artículo sustituyen las que corresponden al artículo 9o. de la Ley 10 de 1990, en los literales a), b), e), j).

ARTICULO 174. Sistema General de Seguridad Social en Salud a nivel territorial. El Sistema General de Seguridad Social en Salud integra en todos los niveles territoriales, las instituciones de dirección, las entidades de Promoción y Prestación de Servicios de Salud así como el conjunto de acciones de salud y control de los factores de riesgo en su respectiva jurisdicción y ámbito de competencia.

De conformidad con las disposiciones legales vigentes, y en especial la Ley 10 de 1990 y la Ley 60 de 1993, corresponde a los departamentos, distritos y municipios, funciones de dirección y organización de los servicios de salud para garantizar la salud pública y la oferta de servicios de salud por instituciones públicas por contratación de servicios o por el otorgamiento de subsidios a la demanda.

Para el ejercicio de sus competencias, las entidades territoriales se sujetarán, a partir de la vigencia de esta Ley, al servicio público de salud aquí regulado, que precisa y desarrolla los términos, condiciones, principios y reglas de operación de las competencias territoriales de que trata la Ley 60 de 1993 y la Ley 10 de 1990. En desarrollo de lo anterior, la estructura actual de los servicios de salud del subsector oficial en las entidades territoriales se adaptará e integrará progresivamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud que crea esta Ley amplía la órbita de competencia de los sistemas de dirección en salud de los departamentos, distritos y municipios para garantizar la función social del Estado en la adecuada prestación y ampliación de coberturas de los servicios de salud. Las direcciones de salud en los entes territoriales organizarán, de acuerdo con las disposiciones de la presente Ley, el sistema de subsidios a la población más pobre y vulnerable realizando contratos para la atención de los afiliados de salud con las entidades promotoras de salud que funcionen en su territorio y promoviendo la creación de empresas solidarias de salud; así mismo, apoyarán la creación de entidades públicas promotoras de salud y la transformación, de acuerdo con lo dispuesto en esta Ley, de los hospitales en instituciones prestadoras de servicios con capacidad de ofrecer servicios a las diferentes entidades promotoras de salud.

La oferta pública de servicios de salud organizada por niveles de complejidad y por niveles territoriales, contribuye a la realización de los propósitos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a su organización y a su adecuado funcionamiento.

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud los recursos de destinación especial para la salud que arbitre cualquiera de los niveles de Gobierno en los términos de la presente Ley, concurren a la financiación de los subsidios para la población más pobre y vulnerable de cada entidad territorial.

PARAGRAFO. Durante el período de transición requerido para lograr la cobertura universal de seguridad social en salud, los hospitales públicos y aquellos privados con quienes exista contrato para ello continuarán prestando servicios a las personas pobres y vulnerables que no estén afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ARTICULO 175. Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud. Las entidades territoriales de los niveles seccionales, distrital y local, podrán crear un Consejo territorial de Seguridad Social en Salud que asesore a las direcciones de salud de la respectiva jurisdicción en la formulación de los planes, estrategias, programas y proyectos de salud y en la orientación de los sistemas territoriales de seguridad social en salud que desarrollen las políticas definidas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

ARTICULO 176. De las funciones de la Dirección Seccional, Distrital y Municipal del Sistema de Salud. Las direcciones seccional, distrital y municipal de salud, además de las funciones previstas en las Leyes 10 de 1990 y 60 de 1993 tendrán las siguientes funciones:

1. Preparar los estudios y propuestas que requiera el Consejo Territorial de Seguridad Social de Salud en el ejercicio de sus funciones.
2. Preparar para consideración del Consejo territorial de Seguridad Social en Salud los instrumentos y metodologías de focalización de los beneficiarios del régimen subsidiado en el área de su jurisdicción y orientar su puesta en marcha.
3. Administrar los recursos del subsidio para la población más pobre y vulnerable en los términos previstos en la presente Ley, con los controles previstos en el numeral 7 del artículo 153.
4. La inspección y vigilancia de la aplicación de las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras que expida el Ministerio de Salud, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes.
5. Velar por el cumplimiento de las normas sobre pasivo prestacional de los trabajadores de la salud en su respectiva jurisdicción.

TITULO II

LA ORGANIZACION DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

CAPITULO I

DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD

ARTICULO 177. Definición. Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el Título III de la presente Ley.

ARTICULO 178. Funciones de las Entidades Promotoras de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud tendrán las siguientes funciones:

1. Ser delegatarias del Fondo de Solidaridad y Garantía para la captación de los aportes de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la Seguridad Social.
3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de Ley.
4. Definir 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 y su familia.
5. 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.
6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
7. Las demás que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

ARTICULO 179. Campo de acción de las entidades promotoras de salud. Para garantizar el Plan de Salud Obligatorio a sus afiliados, las entidades promotoras de salud prestarán directamente o contratarán los servicios de salud con instituciones prestadoras y los profesionales. Para racionalizar la demanda por servicios, las entidades promotoras de salud podrán adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijos, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos. Cada entidad promotora deberá ofrecer a sus afiliados varias alternativas de instituciones prestadoras de salud, salvo cuando la restricción de oferta lo impida, de conformidad con el reglamento que para el efecto expida el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

PARAGRAFO. Las entidades promotoras de salud buscarán mecanismos de agrupamiento de riesgo entre sus afiliados, entre empresas, agremiaciones o asociaciones o por asentamientos geográficos de acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno Nacional.

ARTICULO 180. Requisitos de las Entidades Promotoras de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud autorizará como Entidades Promotoras de Salud a entidades de naturaleza pública, privada o mixta, que cumplan con los siguientes requisitos:

1. Tener una razón social que la identifique y que exprese su naturaleza de ser Entidad Promotora de Salud.
2. Tener personería jurídica reconocida por el Estado.
3. Tener como objetivos la afiliación y registro de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el recaudo de las cotizaciones y la promoción, gestión, coordinación y control de los servicios de salud de las instituciones Prestadoras de Servicios con las cuales atienda a los afiliados y su familia, sin perjuicio de los controles consagrados sobre el particular en la Constitución y la Ley.
4. Disponer de una organización administrativa y financiera que permita:
 - a) Tener una base de datos que permita mantener información sobre las características socioeconómicas y del estado de salud de sus afiliados y sus familias;
 - b) Acreditar la capacidad técnica y científica necesaria para el correcto desempeño de sus funciones y verificar la de las instituciones y profesionales prestadores de los servicios;
 - e) Evaluar sistemáticamente la calidad de los servicios ofrecidos.
5. Acreditar periódicamente un número mínimo y máximo de afiliados tal que se obtengan escalas viables de operación y se logre la afiliación de personas de todos los estratos sociales y de los diferentes grupos de riesgo. Tales parámetros serán fijados por el Gobierno Nacional en función de la búsqueda de la equidad y de los recursos técnicos y financieros de que dispongan las Entidades Promotoras de Salud.
6. Acreditar periódicamente el margen de solvencia que asegure la liquidez y solvencia de la entidad promotora de salud, que será fijado por el Gobierno Nacional.
7. Tener un capital social o fondo social mínimo que garantice la viabilidad económica y financiera de la entidad, determinados por el Gobierno Nacional.

8. Las demás que establezcan la Ley y el reglamento, previa consideración del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

PARAGRAFO. El Gobierno Nacional expedirá las normas que se requieran para el fiel cumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo.

ARTICULO 181. Tipos de Entidades Promotoras de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar como Entidades Promotoras de Salud, siempre que para ello cumplan con los requisitos previstos en el artículo 180, a las siguientes entidades:

- a. El Instituto de Seguros Sociales;
- b. Las cajas, fondos, entidades o empresas de previsión y seguridad social del sector público, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 236 de la presente Ley;
- c. Las entidades que por efecto de la asociación o convenio entre las cajas de compensación familiar o la existencia previa de un programa especial patrocinado individualmente por ellas se constituyan para tal fin;
- d. Las entidades que ofrezcan programas de medicina prepagada o de seguros de salud, cualquiera sea su naturaleza jurídica;
- e. Las Entidades Promotoras de Salud que puedan crear los departamentos, distritos y municipios y sus asociaciones. Para ello podrán también asociarse con entidades hospitalarias públicas y privadas;
- f. Los organismos que hayan sido organizados por empresas públicas o privadas para prestar servicios de salud a sus trabajadores con anterioridad a la vigencia de la presente Ley, siempre que se constituyan como personas, jurídicas independientes;
- g. Las organizaciones no gubernamentales y del sector social solidario que se organicen para tal fin, especialmente las empresas solidarias de salud y las de las comunidades indígenas;
- h. Las entidades privadas, solidarias o públicas que se creen con el propósito específico de funcionar como Entidad Promotora de Salud.

PARAGRAFO 1. Cuando una Institución Prestadora de Servicios de Salud sea de propiedad de una Entidad Promotora de Salud, la primera tendrá autonomía técnica, financiera y administrativa dentro de un régimen de delegación o vinculación que garantice un servicio más eficiente. Tal autonomía se establecerá de una manera gradual y progresiva, en los términos en que lo establezca el reglamento.

PARAGRAFO 2. Corresponde al Ministerio de Salud y a las Direcciones Seccionales y Locales de Salud la promoción de Entidades Promotoras de Salud donde los usuarios tengan mayor participación y control, tales como las empresas solidarias de salud, las cooperativas y las microempresas médicas.

PARAGRAFO 3. Las empresas que presten los servicios de salud en la forma prevista por el literal f) podrán reemplazarlo, contratando dichos servicios con las Entidades Promotoras de Salud adscritas al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ARTICULO 182. De los ingresos de las Entidades Promotoras de Salud. Las cotizaciones que recauden las Entidades Promotoras de Salud pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el Plan de Salud Obligatorio para cada afiliado, el Sistema General de Seguridad Social en Salud reconocerá a cada Entidad Promotora de Salud un valor per cápita, que se denominará Unidad de Pago por Capitación, UPC. Esta Unidad se establecerá en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riegos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería y será definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los estudios técnicos del Ministerio de Salud.

PARAGRAFO 1. Las Entidades Promotoras de Salud manejarán 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 la entidad.

ARTICULO 183. Prohibiciones para las Entidades Promotoras de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud no podrán, en forma unilateral, terminar la relación contractual con sus afiliados, ni podrán negar la afiliación a quien desee ingresar al régimen, siempre y cuando garantice el pago de la cotización o del subsidio correspondiente, salvo los casos excepcionales por abuso o mala fe del usuario, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional.

PARAGRAFO 1. El Gobierno Nacional podrá reglamentar parámetros de eficiencia y fijar el régimen de inversión y organización de las Empresas Promotoras de Salud que no sean prestadoras de servicios. Cuando presten simultáneamente servicios, podrá establecer límites por concepto de gastos administrativos y operativos de la actividad de promoción.

PARAGRAFO 2. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios, así como las 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.

ARTICULO 184. De los incentivos para un mejor servicio. Con el fin de obtener calidad y eficiencia en la provisión de los servicios de salud contemplados por la Ley, se aplicarán sistemas de incentivos a la oferta de servicios dirigidos al control de costos, al aumento de productividad y a la asignación de recursos utilizando criterios de costo-eficiencia. De la misma manera, se aplicarán sistemas de incentivos a la demanda con el fin de racionalizar el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, ampliar el conocimiento y manejo del sistema de parte de los beneficiarios y promover un servicio de mayor calidad al usuario.

CAPITULO II

DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

ARTICULO 185. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además, propenderán a la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios y evitando el abuso de posición dominante en el sistema. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entre asociaciones o sociedades científicas y de profesionales o auxiliares del sector salud, o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto impedir restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud, o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud.

Para que una entidad pueda constituirse como Institución Prestadora de Servicios de Salud deberá cumplir con los requisitos contemplados en las normas expedidas por el Ministerio de Salud.

PARAGRAFO. Toda Institución Prestadora de Servicios de Salud contará con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos. Es condición para la aplicación del régimen único de tarifas de que trata el artículo 241 de esta Ley, adoptar dicho sistema contable. Esta disposición deberá acatarse a más tardar al finalizar el primer año de la vigencia de la presente Ley. A partir de esta fecha será de obligatorio cumplimiento para contratar servicios con las Entidades Promotoras de Salud o con las entidades territoriales, según el caso, acreditar la existencia de dicho sistema.

ARTICULO 186. Del Sistema de Acreditación. El Gobierno Nacional propiciará la conformación de un sistema de acreditación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para brindar información a los usuarios sobre su calidad y promover su mejoramiento.

ARTICULO 187. De los Pagos Moderadores. Los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud estarán sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles. Para los afiliados cotizantes, estos pagos se aplicarán con el exclusivo objetivo de racionalizar el uso de servicios del sistema. En el caso de los demás beneficiarios, los pagos mencionados se aplicarán también para complementar la financiación del Plan Obligatorio de Salud.

En ningún caso los pagos moderadores podrán convertirse en barreras de acceso para los más pobres. Para evitar la generación de restricciones al acceso por parte de la población más pobre, tales pagos para los diferentes servicios serán definidos de acuerdo con la estratificación socioeconómica y la antigüedad de afiliación en el sistema según la reglamentación que adopte el Gobierno Nacional, previo concepto del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Los recaudos por estos conceptos serán recursos de las Entidades Promotoras de Salud, aunque el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud podrá destinar parte de ellos a la subcuenta de Promoción de Salud del Fondo de Solidaridad y Garantía.

PARAGRAFO. Las normas sobre procedimientos de recaudo, definición del nivel socioeconómico o de los usuarios y los servicios a los que serán aplicables, entre otros, serán definidos por el Gobierno Nacional, previa aprobación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

ARTICULO 188. Garantía de Atención a los Usuarios. Las Instituciones Prestadoras de Servicios no podrán discriminar en su atención a los usuarios.

Cuando ocurran hechos de naturaleza asistencial que presuntamente afecten al afiliado respecto de la adecuada prestación de los servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, éstos podrán solicitar reclamación ante el comité técnico científico que designará la entidad de salud a la cual esté afiliado. En caso de inconformidad, podrá solicitar un nuevo concepto por parte de un comité similar que designará la Dirección Seccional de Salud de la respectiva entidad territorial en donde está afiliado. El Gobierno Nacional reglamentará la materia.

ARTICULO 189. Mantenimiento Hospitalario. Los hospitales públicos y los privados en los cuales el valor de los contratos suscritos con la nación o las entidades territoriales representen más del treinta por ciento (30 %) de sus ingresos totales deberán destinar como mínimo el 5 % del total de su presupuesto a las actividades de mantenimiento de la infraestructura y la dotación hospitalaria.

ARTICULO 190. Evaluación Tecnológica. El Ministerio de Salud establecerá normas que regirán la importación de tecnología biomédica y definirá aquellas cuya importación será controlada. Igualmente reglamentará el desarrollo de programas de alta tecnología, de acuerdo con planes nacionales para la atención de las patologías.

Las normas que se establezcan incluirán, entre otras, metodologías y procedimientos de evaluación técnica y económica así como aquellas que permitan determinar su más eficiente localización geográfica. Las normas serán aplicables tanto en el sector público como en el privado.

ARTICULO 191. De las Prioridad de Dotación Hospitalaria. Los municipios darán prioridad en su asignación de recursos de inversión para la salud al fortalecimiento del sistema de centros y puestos de salud, de forma tal que se fortalezca la dotación básica de equipo y de personal que defina el Ministerio de Salud y amplíe, progresivamente y de acuerdo con la demanda, sus horarios de atención al público, hasta llegar a tener disponibilidad las 24 horas de Centros de Salud bien dotados. El servicio social obligatorio de los profesionales del área de la salud se desempeñará prioritariamente en la atención de los centros y puestos de salud del área rural.

Los requerimientos de dotación que tendrán los puestos, centros de salud y los hospitales oficiales de cualquier nivel de atención, así como la red de servicios a nivel territorial serán establecidos por el Ministerio de Salud. El Ministerio ejercerá el control técnico sobre la dotación de tales entidades, directamente o a través de una autoridad delegada.

ARTICULO 192. Dirección de los hospitales públicos. Los directores de los hospitales públicos de cualquier nivel de complejidad, serán nombrados por el jefe de la respectiva entidad territorial que haya asumido los servicios de salud conforme a lo dispuesto en la Ley 60 de 1993 y a la reglamentación que al efecto expida el Gobierno Nacional de terna que le presente la junta directiva, constituida según las disposiciones de la Ley 10 de 1990 por períodos mínimos de 3 años prorrogables. Sólo podrán ser removidos cuando se demuestre, ante las autoridades competentes, la comisión de faltas graves conforme al régimen disciplinario del sector oficial, faltas a la ética según las disposiciones vigentes o ineficiencia administrativa definidas mediante reglamento del Gobierno Nacional.

PARAGRAFO 1. Esta norma entrará en vigencia a partir del 31 de marzo de 1995.

PARAGRAFO 2. Los directores de hospitales del sector público o de las empresas sociales del Estado se regirán en materia salarial por un régimen especial que reglamentará el Gobierno Nacional dentro de los 6 meses siguientes a la vigencia de la presente Ley, teniendo en cuenta el nivel de complejidad y el presupuesto del respectivo hospital.

ARTICULO 193. Incentivos a los trabajadores y profesionales de la salud. Con el fin de estimular el eficiente desempeño de los trabajadores y profesionales de la salud y su localización en las regiones con mayores necesidades, el Gobierno podrá establecer un régimen de estímulos salariales y no salariales, los cuales en ningún caso constituirán salario. También podrá establecer estímulos de educación continua, crédito para instalación, equipos, vivienda y transporte. Igualmente, las entidades promotoras de salud auspiciarán las prácticas de grupo y otras formas de asociación solidaria de profesionales de la salud. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud determinará las zonas en las cuales se aplicara lo dispuesto en el presente artículo.

Para los empleados públicos de la salud del orden territorial el Gobierno Nacional establecerá un régimen salarial especial y un programa gradual de nivelación de salarios entre las diferentes entidades.

El régimen salarial especial comprenderá la estructura y denominación de las categorías de empleo, los criterios de valoración de los empleos y los rangos salariales mínimos y máximos correspondientes a las diferentes categorías para los niveles administrativos, o grupos de empleados que considere el Gobierno Nacional.

El Gobierno Nacional establecerá un proceso gradual para nivelar los límites mínimos de cada rango salarial entre las diferentes entidades territoriales. Esta nivelación se realizará con arreglo al régimen gradual aquí previsto y por una sola vez sin perjuicio de lo establecido en el artículo 60. de la Ley 60 de 1993, Esta nivelación debe producirse en las vigencias fiscales de 1995 a 1998 de acuerdo con la disponibilidad de recursos del situado fiscal y de las demás rentas del sector en los diferentes departamentos y municipios con quienes deberá concertarse el plan específico de nivelación. Para la vigencia de 1994, puede adelantarse la nivelación con arreglo a las disponibilidades presupuestales y al reglamento.

Para la fijación del régimen salarial especial y la nivelación de que trata el presente artículo, se considerarán los criterios establecidos en el artículo 2 de la Ley 4a. de 1992, con excepción de las letras k y ll. Igualmente, deberá considerarse la equidad regional y el especial estímulo que requieran los empleados públicos que presten sus servicios en zonas marginadas y rurales de conformidad con el reglamento.

PARAGRAFO 1. Los convenios docente-asistenciales que se realizan con ocasión de residencia o entrenamiento de profesionales de la salud en diferentes especialidades que impliquen prestación de servicios en las instituciones de salud deberán consagrar una beca-crédito en favor de tales estudiantes y profesionales no menor de dos salarios mínimos mensuales. Al financiamiento de este programa concurrirán el Ministerio de Salud y el ICETEX conforme a la reglamentación que expida el Gobierno. El crédito podrá ser condonado cuando la residencia o entrenamiento se lleve a cargo en las áreas prioritarias para el desarrollo de la salud pública o el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y/o la contraprestación de servicios en las regiones con menor disponibilidad de recursos humanos, de acuerdo con la definición que expida el Ministerio de Salud.

PARAGRAFO 2. Las entidades promotoras de salud y las instituciones prestadoras de salud podrán establecer modalidades de contratación por capitación con grupos de práctica profesional o con profesionales individuales con el fin de incentivar la eficiencia y la calidad de las prestación de servicios de salud.

PARAGRAFO 3. El Instituto de Seguros Sociales, podrá establecer un sistema de prima de productividad para los trabajadores, médicos y demás profesionales asalariados, de acuerdo con el rendimiento de los individuos o de la institución como un todo, la cual en ningún caso constituirá salario. El Consejo Directivo del Instituto reglamentará su aplicación.

PARAGRAFO 4. Las instituciones prestadoras de salud privada podrán implementar programas de incentivos a la eficiencia laboral para los médicos, demás profesionales trabajadores asalariados de la salud que tengan en cuenta el rendimiento de los individuos, de los grupos de trabajo o de las instituciones como un todo. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud definirá la modalidad de los estímulos a que se refiere este parágrafo.

CAPITULO III

REGIMEN DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO

ARTICULO 194. Naturaleza. La prestación de servicios de salud en forma directa por la Nación o por las entidades territoriales, se hará a través de las Empresas Sociales del Estado, que 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, sometidas al régimen jurídico previsto en este capítulo.

ARTICULO 195. Régimen jurídico. Las Empresas Sociales de Salud se someterán al siguiente régimen jurídico:

1. El nombre deberá mencionar siempre la expresión "Empresa Social del Estado".
2. El objeto debe ser la prestación de los servicios de salud, como servicio público a cargo del Estado o como parte del servicio público de seguridad social.
3. La junta o consejo directivo estará integrada de la misma forma dispuesta en el artículo 19 de la Ley 10 de 1990.

4. El director o representante legal será designado según lo dispone el artículo 192 de la presente Ley.
5. Las personas vinculadas a la empresa tendrán el carácter de empleados públicos y trabajadores oficiales, conforme a las reglas del Capítulo IV de la Ley 10 de 1990.
6. En materia contractual se regirá por el derecho privado, pero podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto General de Contratación de la administración pública.
7. El régimen presupuestal será el que se prevea, en función de su especialidad, en la Ley orgánica de presupuesto, de forma que se adopte un régimen de presupuestación con base en el sistema de reembolso contra prestación de servicios, en los términos previstos en la presente Ley.
8. Por tratarse de una entidad pública podrá recibir transferencias directas de los presupuestos de la nación o de las entidades territoriales.
9. Para efectos de tributos nacionales se someterán al régimen previsto para los establecimientos públicos.

ARTICULO 196. Empresas Sociales de Salud de carácter nacional. Transfórmense todas las entidades descentralizadas del orden nacional cuyo objeto sea la prestación de servicios de salud, en empresas sociales de salud.

ARTICULO 197. Empresas sociales de salud de carácter territorial. Las entidades territoriales deberán disponer, dentro de los 6 meses siguientes a la fecha de vigencia de esta Ley, la reestructuración de las entidades descentralizadas cuyo objeto principal sea la prestación de servicios de salud, con el fin de adecuarlas a lo dispuesto en este capítulo.

CAPITULO IV

DE LOS USUARIOS

ARTICULO 198. Información a los Usuarios. Las Instituciones Prestadoras de Salud deberán garantizar un adecuado sistema de información de sus servicios y atención a los usuarios, mediante la implementación de una línea telefónica abierta con atención permanente 24 horas.

ARTICULO 199. Información de los Usuarios. El Ministerio de Salud definirá normas de calidad y satisfacción del usuario, pudiendo establecer medidas como tiempos máximos de espera por servicios y métodos de registro en listas de espera, de acuerdo con las patologías y necesidades de atención del paciente

PARAGRAFO. El Ministerio de Salud solicitará la información que estime necesaria con el objeto de establecer sistemas homogéneos de registro y análisis que permitan periódicamente la evaluación de la calidad del servicio y la satisfacción del usuario.

ARTICULO 200. Promoción de Asociaciones de Usuarios. Para aquellas poblaciones no afiliadas al régimen contributivo, el Gobierno promoverá la organización de las comunidades como demandantes de servicios de salud, sobre la base de las organizaciones comunitarias de que trata el artículo 22 de la Ley 11 de 1986 y el decreto 1416 de 1990, los cabildos indígenas y, en general, cualquier otra forma de organización comunitaria

TITULO III

DE LA ADMINISTRACION Y FINANCIACION DEL SISTEMA

ARTICULO 201 Conformación del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En el Sistema General de Seguridad Social en Salud coexisten articuladamente, para su financiamiento y administración, un régimen contributivo de salud y un régimen de subsidios en salud, con vinculaciones mediante el Fondo de Solidaridad y Garantías

CAPITULO I

DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO

ARTICULO 202. Definición. El régimen contributivo es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador.

ARTICULO 203. Afiliados y Beneficiarios. Serán afiliados obligatorios al régimen contributivo los afiliados de que trata el literal a) del artículo 157.

PARAGRAFO. El Gobierno podrá establecer los sistemas de control que estime necesarios para evitar que los afiliados obligatorios al régimen contributivo y las personas de altos ingresos se beneficien de los subsidios previstos en la presente Ley.

ARTICULO 204. Monto y distribución de las Cotizaciones. La cotización obligatoria que se aplica a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud según las normas del presente régimen, será máximo del 12 % del salario base de cotización el cual no podrá ser inferior al salario mínimo. Dos terceras partes de la cotización estarán a cargo del empleador y una tercera parte a cargo del trabajador. Un punto de la cotización será trasladado al Fondo de Solidaridad y Garantía para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado.

El Gobierno Nacional, previa aprobación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, definirá el monto de la cotización dentro del límite establecido en el inciso anterior y su distribución entre el Plan de Salud Obligatorio y el cubrimiento de las incapacidades y licencias de maternidad de que tratan los artículos 206 y 207 y la subcuenta de las actividades de Promoción de Salud e investigación de que habla el artículo 222.

PARAGRAFO 1. La base de cotización de las personas vinculadas mediante contrato de trabajo o como servidores públicos, afiliados obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, será la misma contemplada en el Sistema General de Pensiones de esta Ley.

PARAGRAFO 2. Para efectos de cálculo de la base de cotización de los trabajadores independientes, el Gobierno Nacional reglamentará un sistema de presunciones de ingreso con base en información sobre el nivel de educación, la experiencia laboral, las actividades económicas, la región de operación y el patrimonio de los individuos. Así mismo, la periodicidad de la cotización para estos trabajadores podrá variar dependiendo de la estabilidad y periodicidad de sus ingresos.

PARAGRAFO 3. Cuando se devenguen mensualmente más de 20 salarios mínimos legales vigentes, la base de cotización podrá ser limitada a dicho monto por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

ARTICULO 205. Administración del Régimen Contributivo. Las Entidades Promotoras de Salud recaudarán las cotizaciones obligatorias de los afiliados, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. De este monto descontarán el valor de las Unidades de Pago por Capitación -UPC- fijadas para el Plan de Salud Obligatorio y trasladará la diferencia al Fondo de Solidaridad y Garantía a más tardar el primer día hábil siguiente a la fecha límite establecida para el pago de las cotizaciones. En caso de ser la suma de las Unidades de Pago por Capitación mayor que los ingresos por cotización, el Fondo de Solidaridad y Garantía deberá cancelar la diferencia del mismo día a las Entidades Promotoras de Salud que así lo reporten.

PARAGRAFO 1. El Fondo de Solidaridad y Garantía está autorizado para suscribir créditos pueble con el sistema bancario en caso de que se presenten problemas de liquidez al momento de hacer la compensación interna.

PARAGRAFO 2. El Fondo de Solidaridad y Garantía sólo hará el reintegro para compensar el valor de la Unidad de Pago por Capitación de aquellos afiliados que hayan pagado íntegra y oportunamente la cotización mensual correspondiente. La Superintendencia Nacional de Salud velará por el cumplimiento de esta disposición.

ARTICULO 206. Incapacidades. Para los afiliados de que trata el literal a) del artículo 157, el régimen contributivo reconocerá las incapacidades generadas en enfermedad general, de conformidad con las disposiciones legales vigentes. Para el cubrimiento de estos riesgos las Empresas Promotoras de Salud podrán subcontratar con compañías aseguradoras. Las incapacidades originadas en enfermedad profesional y accidente de trabajo serán reconocidas por las Entidades Promotoras de Salud y se financiarán con cargo a los recursos destinados para el pago de dichas contingencias en el respectivo régimen, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto.

ARTICULO 207. De las Licencias por Maternidad. Para los afiliados de que trata el literal a) del artículo 157, el régimen contributivo reconocerá y pagará a cada una de las Entidades Promotoras de Salud, la licencia por maternidad, de conformidad con las disposiciones legales vigentes. El cumplimiento de esta obligación será financiado por el Fondo de Solidaridad, de su subcuenta de compensación, como una transferencia diferente de las Unidades de Pago por Capitación, UPC.

ARTICULO 208. De la Atención de los Accidentes de Trabajo y la Enfermedad Profesional. La prestación de los servicios de salud derivados de enfermedad profesional y accidente de trabajo deberá ser organizada por la Entidad Promotora de Salud. Estos servicios se financiarán con cargo a la cotización del régimen de accidentes de trabajo y enfermedad profesional, que se define en el Libro 3o. de la presente Ley.

PARAGRAFO. El Gobierno Nacional reglamentará los procedimientos de cobro y pago de estos servicios. La Superintendencia Nacional de Salud vigilará y controlará el cumplimiento de tales normas.

ARTICULO 209. Suspensión de la Afiliación. El no pago de la cotización en el sistema contributivo producirá la suspensión de la afiliación y el derecho a la atención del Plan de Salud Obligatorio. Por el período de la suspensión, no se podrán causar deuda ni interés de ninguna clase.

ARTICULO 210. Sanciones para el Empleador. Se establecerán las mismas sanciones contempladas en los artículos 23 y 271 de la presente Ley para los empleadores que impidan o atenten en cualquier forma contra el derecho del trabajador a escoger libre y voluntariamente la Entidad Promotora de Salud a la cual desee afiliarse. También les son aplicables las sanciones establecidas para quien retrase el pago de los aportes.

PARAGRAFO. Ningún empleador de sector público o privado está exento de pagar su respectivo aporte al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

CAPITULO II DEL REGIMEN SUBSIDIADO

ARTICULO 211. Definición. El Régimen Subsidiado es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad de que trata la presente Ley.

ARTICULO 212. Creación del Régimen. Créase el Régimen Subsidiado que tendrá como propósito financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad de cotizar. La forma y las condiciones de operación de este régimen serán determinadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Este régimen de subsidios será complementario del sistema de salud definido por la Ley 10 de 1990.

ARTICULO 213. Beneficiarios del Régimen. Será beneficiaria del Régimen Subsidiado toda la población pobre y vulnerable, en los términos del artículo 157 de la presente Ley.

El Gobierno Nacional, previa recomendación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, definirá los criterios generales que deben ser aplicados por las entidades territoriales para definir los beneficiarios del Sistema, según las normas del régimen subsidiado. En todo caso, el carácter del subsidio, que podrá ser una proporción variable de la Unidad de Pago por Capitación, se establecerá según la capacidad económica de las personas, medida en función de sus ingresos, nivel educativo, tamaño de la familia y la situación sanitaria y geográfica de su vivienda.

Las personas que cumplan con los criterios establecidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como posibles beneficiarios del régimen de subsidios se inscribirán ante la Dirección de Salud correspondiente, la cual calificará su condición de beneficiario del subsidio, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto.

PARAGRAFO. El Gobierno Nacional, bajo los lineamientos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, establecerá un régimen de focalización de los subsidios entre la población más pobre y vulnerable del país, en el cual se establezcan los criterios de cofinanciación del subsidio por parte de las entidades territoriales.

El Gobierno Nacional reglamentará la proporción del subsidio de que trata el inciso anterior para aquellos casos particulares en los cuales los artistas y deportistas merezcan un reconocimiento especial.

ARTICULO 214. Recursos del Régimen. El Régimen Subsidiado se financiará con los siguientes recursos:

a) Quince puntos como mínimo de las transferencias de inversión social destinadas a salud de que trata el numeral 2 del artículo 22 de la Ley 60 de 1993.

Los 10 puntos restantes deberán invertirse de conformidad con el numeral 2 del artículo 21 de la Ley 60 de 1993, exceptuando el pago de subsidios. Adicionalmente, durante el período 1994-1997 10 puntos de la transferencia de libre asignación de que trata el parágrafo del artículo 22 de dicha Ley deberán destinarse a dotación, mantenimiento y construcción de infraestructura de prestación de servicios;

b) Los recursos propios y aquellos provenientes de Ecosalud que los departamentos y municipios destinen al régimen de subsidios en salud;

c) Los recursos del situado fiscal y de las rentas cedidas a los departamentos que se requieran para financiar al menos las intervenciones de segundo y tercer nivel del Plan de Salud de los afiliados al régimen subsidiado, conforme a la gradualidad de que tratan los artículos 161 y 240 del presente libro;

d) Los recursos para subsidios del Fondo de Solidaridad y Garantía que se describen en el artículo 221 de la presente Ley;

e) El 15 % de los recursos adicionales que a partir de 1997 reciban los municipios, distritos y departamentos como participaciones y transferencias por concepto del impuesto de renta sobre la producción de las empresas de la industria petrolera causada en la zona de Cupiagua y Cusiana.

PARAGRAFO 1. Los recursos que, conforme a este artículo, destinen las direcciones seccionales, distritales y locales de salud al régimen de subsidios en salud, se manejarán como una cuenta especial aparte del resto de recursos dentro del respectivo fondo seccional, distrital y local de salud.

PARAGRAFO 2. A partir del primero. de enero de 1995, el presupuesto de inversión de los recursos de libre asignación destinados a salud por el literal a) de este artículo deberá ser aprobado por la autoridad departamental de salud. Si la autoridad departamental de salud certifica que la infraestructura de prestación de servicios del respectivo municipio esta debidamente dotada, podrá autorizar la destinación de los recursos para inversión a las otras finalidades de que trata la Ley 60 de 1993.

ARTICULO 215. Administración del Régimen Subsidiado. Las direcciones locales, Distritales o Departamentales de salud suscribirán contratos de administración del subsidio con las Entidades Promotoras de Salud que afilien a los beneficiarios del subsidio. Estos contratos se financiarán con los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía y los recursos del subsector oficial de salud que se destinen para el efecto.

Las Entidades Promotoras de Salud que afilien a los beneficiarios del régimen subsidiado prestarán, directa o indirectamente, los servicios contenidos en el Plan de Salud Obligatorio.

PARAGRAFO. El Gobierno Nacional establecerá los requisitos que deberán cumplir las Entidades Promotoras de Salud para administrar los subsidios.

ARTICULO 216. Reglas Básicas para la Administración del Régimen de Subsidios en Salud.

1. La Dirección Seccional o local de Salud contratará preferencialmente la administración de los recursos del subsidio con Empresas Promotoras de Salud de carácter comunitario tales como las Empresas Solidarias de Salud.

2. Cuando la contratación se haga con una entidad que no sea propiedad de los usuarios como las Empresas Solidarias de Salud, la contratación entre las direcciones seccionales o locales de salud con las Entidades Promotoras de Salud se realizará mediante concurso y se regirá por el régimen privado, pudiendo contener cláusulas exorbitantes propias del régimen de derecho público.

3. Un representante de los beneficiarios del régimen subsidiado participará como miembro de las juntas de licitaciones y adquisiciones o del órgano que hace sus veces, en la sesión que defina la Entidad Promotora de Salud con quien la dirección seccional o local de salud hará el contrato. El Gobierno Nacional reglamentará la materia especialmente lo relativo a los procedimientos de selección de los representantes de los beneficiarios.

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

5. Los beneficiarios del sistema subsidiado contribuirán a la financiación parcial de la organización y prestación de servicios de salud, según su condición socioeconómica, conforme a la reglamentación que expida el Consejo de Seguridad Social en Salud.

6. Las Direcciones locales de Salud, entre si o con las direcciones seccionales de salud podrán asociarse para la contratación de los servicios de una Entidad Promotora de Salud.

7. Las Entidades Promotoras de Salud que afilien beneficiarios del régimen subsidiado recibirán de los fondos seccionales, distritales y locales de salud, de la cuenta especial de que trata el párrafo del artículo 214, por cada uno de los afiliados hasta el valor de la unidad de pago por capitación correspondiente, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 213 de la presente Ley. Durante el período de transición el valor de la unidad de pago por capitación será aquel correspondiente al plan de salud obligatorio de que trata el párrafo 2 del artículo 162 de la presente Ley.

PARAGRAFO 1. Los recursos públicos recibidos por las Entidades Promotoras de Salud y/o las Instituciones Prestadoras de Servicios se entenderán destinados a la compra y venta de servicios en los términos previstos en el artículo 29 de la Ley 60 de 1993.

PARAGRAFO 2. El 50 % de los recursos del subsidio para ampliación de cobertura se distribuirá cada año entre los beneficiarios del sector rural y las comunidades indígenas, hasta lograr su cobertura total.

ARTICULO 217. De la participación de las Cajas de Compensación Familiar. Las Cajas de Compensación Familiar destinarán el 5 % de los recaudos del subsidio familiar que administran, para financiar el régimen de subsidios en salud, salvo aquellas cajas que obtengan un cociente superior al 100 % del recaudo del subsidio familiar del respectivo año, las cuales tendrán que destinar un 10 %. La aplicación de este cociente, para todos sus efectos, se hará de acuerdo con lo establecido en el artículo 67 de la Ley 49 de 1990 y a partir del 15 de febrero de cada año.

Las Cajas de Compensación Familiar podrán administrar directamente, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto, los recursos del régimen subsidiado de que trata el presente artículo. La Caja que administre directamente estos recursos constituirá una cuenta independiente del resto de sus rentas y bienes. Las Cajas de Compensación Familiar que no cumplan los requisitos definidos en la reglamentación, deberán girar los recursos del subsidio a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía.

PARAGRAFO. A partir de la vigencia de la presente Ley, el 55 % que las Cajas de Compensación deben destinar al subsidio en dinero, se calculará sobre el saldo que queda después de deducir el 10 % de gastos de administración, instalación y funcionamiento, la transferencia respectiva del fondo de subsidio familiar de vivienda, la reserva legal y el aporte a la Superintendencia del Subsidio Familiar y la contribución a que hace referencia el presente artículo.

CAPITULO III

DEL FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTIA

ARTICULO 218. Creación y Operación del Fondo. Créase el Fondo de Solidaridad y Garantía, como una cuenta adscrita al Ministerio de Salud que se manejará por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia, de conformidad con lo establecido en el Estatuto General de la Contratación de la Administración Pública de que trata el artículo 150 de la Constitución Política.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud determinará los criterios de utilización y distribución de sus recursos.

ARTICULO 219. Estructura del Fondo. El Fondo tendrá las siguientes subcuentas independientes:

- a) De compensación interna del régimen contributivo;
- b) De solidaridad del régimen de subsidios en salud;
- c) De promoción de la salud;
- d) Del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito, según el artículo 167 de esta Ley.

ARTICULO 220. Financiación de la Subcuenta de Compensación. Los recursos que financian la compensación en el régimen contributivo provienen de la diferencia entre los ingresos por cotización de sus afiliados y el valor de las Unidades de Pago por Capitación, UPC, que le serán reconocidos por el Sistema a cada Entidad Promotora de Salud. Las entidades cuyos ingresos por cotización sean mayores que las Unidades de Pago por Capitación reconocidas trasladarán estos recursos a la subcuenta de compensación, para financiar a las entidades en las que aquéllos sean menores que las últimas.

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

ARTICULO 221. Financiación de la Subcuenta de Solidaridad. Para cofinanciar con los entes territoriales los subsidios a los usuarios afiliados según las normas del régimen subsidiado, el Fondo de Solidaridad y Garantía contará con los siguientes recursos:

- a) Un punto de la cotización de solidaridad del régimen contributivo, según lo dispuesto en el artículo 203. Esta cotización está girada por cada Entidad Promotora de Salud directamente a la subcuenta de solidaridad del Fondo;
- b) El monto que las Cajas de Compensación Familiar, de conformidad con el artículo 217 de la presente Ley, destinen a los subsidios de salud;
- c) Un aporte del presupuesto nacional de la siguiente forma:
 1. En los años 1994, 1995 y 1996 no deberá ser inferior a los recursos generados por concepto de los literales a) y b).
 2. A partir de 1997 podrá llegar a ser igual a los recursos generados por concepto del literal a) del presente artículo;
- d) Los rendimientos financieros generados por la inversión de los anteriores recursos;
- e) Los rendimientos financieros de la inversión de los ingresos derivados de la enajenación de las acciones y participaciones de la nación en las empresas públicas o mixtas que se destinen a este fin por el CONPES;
- f) Los recursos provenientes del impuesto de remesas de utilidades de empresas petroleras correspondientes a la producción de la zona Cusiana y Cupiagua. Estos recursos se deducirán de la base de cálculo de los ingresos corrientes a que hace referencia la Ley 60 de 1993;
- g) Los recursos del IVA social destinados a las planes de ampliación de la cobertura de seguridad social a las madres comunitarias del ICBF de que trata la Ley 6a. de 1992.

PARAGRAFO 1. Los recursos de solidaridad se destinarán a cofinanciar los subsidios para los colombianos más pobres y vulnerables, los cuales se transferirán, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto adopte el Gobierno Nacional, a la cuenta especial que deberá establecerse en los fondos seccionales, distritales y locales para el manejo de los subsidios en salud.

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

ARTICULO 222. Financiación de la Subcuenta de Promoción de la Salud. Para la financiación de las actividades de educación, información y fomento de la salud y de prevención secundaria y terciaria de la enfermedad, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud definirá el porcentaje del total de los recaudos por cotización de que trata el artículo 204 que se destinará a este fin, el cual no podrá ser superior a un punto de la cotización del régimen contributivo de que trata el artículo 204 de la presente Ley. Estos recursos serán complementarios de las apropiaciones que haga el Ministerio de Salud para tal efecto.

Los recursos previstos en el presente artículo se podrán destinar al pago de las actividades que realicen las Entidades Promotoras de Salud y que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud considere son las que mayor impacto tienen en la prevención de enfermedades.

ARTICULO 223. Financiación de la Subcuenta de Enfermedades Catastróficas y Accidentes de Tránsito. El cubrimiento de las enfermedades catastróficas definidas en el artículo 166 de la presente Ley se financiará de la siguiente forma:

- a) Los recursos del FONSAT, creado por el decreto-Ley 1032 de 1991, de conformidad con la presente Ley;
- 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.

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

ARTICULO 224. Impuesto social a las armas y municiones. A partir del 1º de enero de 1996 créase el impuesto social a las armas de fuego que será pagado por quienes las porten en el territorio nacional y que será cobrado con la expedición o renovación del respectivo permiso y por el término de éste. El recaudo de este impuesto se destinará al Fondo de Solidaridad previsto en el artículo 221 de esta Ley. El impuesto tendrá un monto equivalente al 10 % de un salario mínimo mensual. Igualmente, créase el impuesto social a las municiones y explosivos que se cobrará como un impuesto ad valorem con una tasa del 5 %. El Gobierno reglamentará los mecanismos de pago y el uso de estos recursos: el plan de beneficios, los beneficiarios y los procedimientos necesarios para su operación.

PARAGRAFO. Se exceptúan de este impuesto las armas de fuego y municiones y explosivos que posean las Fuerzas Armadas y de Policía y las entidades de seguridad del Estado.

TITULO IV

DE LA VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA.

ARTICULO 225. Información Requerida. Las Entidades Promotoras de Salud, cualquiera sea su naturaleza deberán establecer sistemas de costos, facturación y publicidad. Los sistemas de costo deberán tener como fundamento un presupuesto independiente, que garantice una separación entre ingresos y egresos para cada uno de los servicios prestados, utilizando para el efecto métodos sistematizados. Los sistemas de facturación deberán permitir conocer al usuario, para que éste conserve una factura que incorpore los servicios y los correspondientes costos, discriminando la cuantía subsidiada por el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La Superintendencia exigirá en forma periódica, de acuerdo con la reglamentación que se expida la publicación de la información; que estime necesaria de la entidad y de ésta frente al sistema, garantizando con ello la competencia y transparencia necesarias. Igualmente, deberá garantizarse a los usuarios un conocimiento previo de aquellos procedimientos e insumos que determine el Ministerio de Salud.

ARTICULO 226. Información para la vigilancia del recaudo. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud podrá hacerse en forma independiente a la afiliación al régimen general de pensiones.

La Superintendencia Nacional de Salud podrá solicitar a las entidades rectoras del régimen general de pensiones, la información que permita determinar la evasión y elusión de los aportes por parte de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Así mismo, podrá solicitar información a la Administración de Impuestos Nacionales y a las entidades recaudadoras territoriales y a otras entidades que reciban contribuciones sobre la nómina, orientada a los mismos efectos. En todo caso, esa información observará la reserva propia de la de carácter tributario.

ARTICULO 227. Control y Evaluación de la Calidad del Servicio de Salud. Es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica de obligatorio desarrollo en las Entidades Promotoras de Salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público.

ARTICULO 228. Revisoría Fiscal. Las Entidades Promotoras de Salud, cualquiera sea su naturaleza, deberán tener un revisor fiscal designado por la asamblea general de accionistas, o por el órgano competente. El revisor fiscal cumplirá las funciones previstas en el libro II, título I, capítulo VII del Código de Comercio y se sujetará a lo allí dispuesto sin perjuicio de lo prescrito en otras normas.

Corresponderá al Superintendente Nacional de Salud dar posesión al Revisor fiscal de tales entidades. Cuando la designación recaiga en una asociación o firma de contadores, la diligencia de posesión procederá con relación al contador público que sea designado por la misma para ejercer las funciones de revisor fiscal. La posesión sola se efectuará una vez el Superintendente se cerciore acerca del carácter, la idoneidad y la experiencia del peticionario.

PARAGRAFO. Para la inscripción en el registro mercantil del nombramiento de los revisores fiscales, se exigirá por parte de las Cámaras de Comercio copia de la correspondiente acta de posesión.

ARTICULO 229. Control Fiscal. El control fiscal de las entidades de que habla esta Ley, se hará por las respectivas Contralorías para las que tengan carácter oficial y por los controles estatutarios para las que tengan un carácter privado.

ARTICULO 230. Régimen Sancionatorio. La Superintendencia Nacional de Salud, previa solicitud de explicaciones, podrá imponer, en caso de violación a las normas contenidas en los artículos 161, 168, 178, 182, 183, 188, 204, 210, 225 y 227, por una sola vez, o en forma sucesiva, multas en cuantía hasta de 1.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes a favor de la subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía.

El certificado de autorización que se les otorgue a las Empresas Promotoras de Salud podrá ser revocado o suspendido por la Superintendencia mediante providencia debidamente motivada, en los siguientes casos:

1. Petición de la Entidad Promotora de Salud.
2. Cuando la entidad deje de cumplir cualquiera de los requisitos establecidos para el otorgamiento de la autorización.
3. Cuando la entidad no haya iniciado su actividad en un plazo de 3 meses contados a partir de la fecha de otorgamiento del certificado de autorización.
4. Cuando la entidad ejecute prácticas de selección adversa.
5. Cuando se compruebe que no se prestan efectivamente los servicios previstos en el Plan de Salud Obligatorio.

PARAGRAFO 1. El Gobierno reglamentará los procedimientos de fusión, adquisición, liquidación, cesión de activos, pasivos y contratos, toma de posesión para administrar o liquidar y otros mecanismos aplicables a las entidades promotoras y prestadoras que permitan garantizar la adecuada prestación del servicio de salud a que hace referencia la presente Ley, protegiendo la confianza pública en el sistema.

PARAGRAFO 2. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá las funciones de inspección, control y vigilancia respecto de las Entidades Promotoras de Salud, cualquiera que sea su naturaleza jurídica.

ARTICULO 231. Veedurías comunitarias. Sin perjuicio de los demás mecanismos de control y con el fin de garantizar cobertura, eficiencia y calidad de servicios, la prestación de los servicios mediante el régimen de subsidios en salud será objeto de control por parte de veedurías comunitarias elegidas popularmente, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto.

ARTICULO 232. Obligaciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. A las instituciones prestadoras del servicio de salud se les aplicarán las disposiciones contenidas en los artículos 225, 227 y 228 de que trata la presente Ley, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto. El Ministerio de Salud definirá los casos excepcionales en donde no se exigirá la revisoría fiscal.

ARTICULO 233. De la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud es un organismo adscrito al Ministerio de Salud con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente.

Aiciónase el artículo 7º. del Decreto 2165 de 1992, que establece las funciones de la Superintendencia Nacional de Salud, con los siguientes numerales:

1. 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.

2. Imponer a las instituciones respecto de las cuales tenga funciones de inspección y vigilancia, administradores, empleados o revisor fiscal de las mismas, previa solicitud de explicaciones, multas sucesivas hasta de 1.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de la sanción cuando desobedezcan las instrucciones u órdenes que imparta la Superintendencia.

3. Emitir las órdenes necesarias para que se suspendan de inmediato prácticas ilegales o no autorizadas y se adopten las correspondientes medidas correctivas y de saneamiento.

4. Velar porque las entidades vigiladas suministren a los usuarios la información necesaria para lograr la mayor transparencia en las operaciones que realicen, de suerte que les permita, a través de elementos de juicio claros y objetivos, escoger las mejores opciones del mercado.

5. Publicar u ordenar la publicación de los estados financieros e indicadores de las entidades sometidas a su control, en los que se demuestre la situación de cada una de éstas y la del sector en su conjunto.

6. Fijar las reglas generales que deben seguir los hospitales en su contabilidad, sin perjuicio de la autonomía reconocida a éstos para escoger y utilizar métodos accesorios, siempre que éstos no se opongan, directa o indirectamente, a las instrucciones generales impartidas por la Superintendencia.

7. Practicar visitas de inspección a las entidades vigiladas con el fin de obtener un conocimiento de su situación financiera, del manejo de los negocios, o de aspectos especiales que se requieran.

8. Velar porque se realicen adecuadamente las provisiones en materia previsional y prestacional de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las instituciones de utilidad común que contraten con el Estado.

9. Inspeccionar y vigilar las Entidades Promotoras de Salud en los términos previstos en la presente Ley y en las demás normas que regulan la estructura y funciones de la Superintendencia.

El Gobierno Nacional podrá delegar total o parcialmente la inspección y vigilancia de las Entidades Promotoras de Salud en los jefes de las entidades territoriales.

La Superintendencia Nacional de Salud será la entidad encargada de resolver administrativamente las diferencias que se presenten en materia de preexistencias en el sector salud. Para el efecto la Superintendencia deberá tener en cuenta la opinión de un comité, integrado para, cada caso por un especialista designado por la Superintendencia, un especialista designado por la entidad y un especialista designado por el usuario. Los especialistas serán llamados a cumplir con su función en forma gratuita y, obligatoria frente a la Superintendencia. El procedimiento para resolver la controversias, será fijado por el Gobierno Nacional.

PARAGRAFO 1. Deróganse el artículo 3º., numerales 1, 2, 16, 17, 18 y artículo 38 del Decreto 2165 de 1992.

PARAGRAFO 2. El procedimiento administrativo de la Superintendencia Nacional de Salud será el mismo que se consagra por las disposiciones legales para la Superintendencia Bancaria. Los actos de carácter general que expida la Superintendencia Nacional de Salud no producirán efectos legales mientras no se publiquen en el boletín del Ministerio de Salud, Capítulo, Superintendencia Nacional de Salud, el cual podrá ser editado y distribuido a través de ésta.

PARAGRAFO 3. Para el cumplimiento de su función de inspección y vigilancia sobre el Fondo de Solidaridad y Garantía y sobre las Entidades Promotoras de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud podrá contratar con firmas de auditoría colombianas la realización del programa o labores especiales.

TITULO V

LA TRANSICION DEL SISTEMA

ARTICULO 234. Régimen de Transición. El Sistema General de Seguridad Social en Salud con todas las entidades y elementos que lo conforman tendrá un plazo máximo de un año, contado a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, para iniciar su funcionamiento, salvo los casos especiales previstos en la presente Ley.

Créase la Comisión Técnica para la Transición, la cual estará encargada de la asesoría al Gobierno, Nacional, con la debida consulta a los diversos grupos partícipes del Sistema, para la puesta en marcha del nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud dentro del plazo previsto en el presente artículo. Estará compuesta por 5 expertos en la materia y su organización y funcionamiento serán reglamentados por el Gobierno Nacional. El Gobierno Nacional hará las apropiaciones presupuestales necesarias para su financiación.

PARAGRAFO 1. Las Entidades Promotoras de Salud que se creen en desarrollo de esta Ley tendrán desde el comienzo de su operación cobertura familiar para sus afiliados.

ARTICULO 235. Del Instituto de Seguros Sociales. No obstante lo previsto en el artículo anterior, las obligaciones de afiliación y cotización consagradas en las Leyes vigentes serán exigibles para empleadores y trabajadores durante el período de transición.

Quienes al momento de entrar en vigencia la presente Ley, se encuentren afiliados al Instituto de Seguros Sociales, podrán trasladarse a otra Entidad Promotora de Salud debidamente aprobada sólo cuando la subcuenta de compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía, de que habla el artículo 220 de esta Ley, se encuentre efectivamente operando.

La extensión de la cobertura familiar para quienes continúen o decidan afiliarse al Instituto de Seguros Sociales, se hará en forma progresiva, en un período máximo de 1 año a partir de la operación efectiva del Fondo de Solidaridad y Garantía.

PARAGRAFO. Los trabajadores del Instituto de Seguros Sociales, mantendrán el carácter de empleados de la seguridad social.

ARTICULO 236. De las Cajas, Fondos y Entidades de Seguridad Social del Sector Público, Empresas y Entidades Públicas.

Las cajas, fondos y entidades de seguridad social del sector público, empresas y entidades del sector público de cualquier orden, que con anterioridad a la fecha de vigencia de la presente Ley presten servicios de salud o amparen a sus afiliados riesgos de enfermedad general y maternidad, tendrán 2 años para transformarse en empresas promotoras de salud, adaptarse al nuevo sistema o para efectuar su liquidación, de acuerdo con la reglamentación que al respecto expida el Gobierno Nacional.

La transformación en Entidad Promotora de Salud será un proceso donde todos los trabajadores reciban el Plan de Salud Obligatorio de que trata el artículo 162 y, en un plazo de cuatro años a partir de la vigencia de esta Ley, éstos pagarán las cotizaciones dispuestas en el artículo 204 -ajustándose como mínimo en un punto porcentual por año-- y la Entidad Promotora de Salud contribuirá al sistema plenamente con la compensación prevista en el artículo 220. Cuando el plan de beneficios de la entidad sea más amplio que el Plan de Salud Obligatorio, los trabajadores vinculados a la vigencia de la presente Ley y hasta el término de la vinculación laboral correspondiente o el período de jubilación, continuarán recibiendo dichos beneficios con el carácter de plan complementario, en los términos del artículo 169. Las dependencias que presten servicios de salud de las cajas, fondos, entidades previsionales o entidades públicas con otro objeto social podrán suprimirse o convertirse en Empresas Sociales del Estado, que se regirán por lo estipulado en la presente Ley.

Las entidades públicas antes referidas, que a juicio del Gobierno Nacional no requieran transformarse en Empresas Promotoras de Salud, ni liquidarse podrán continuar prestando los servicios de salud a los servidores que se encuentren vinculados a la respectiva entidad en la fecha de iniciación de vigencia de la presente Ley y hasta el término de la relación laboral o durante el período de jubilación, en la forma como lo vienen haciendo. Estas entidades deberán no obstante, ajustar gradualmente su régimen de beneficios y financiamiento, al tenor de lo previsto en los artículos 162, 204 y 220 de esta Ley, en un plazo no mayor a cuatro (4) años, de tal manera que participen en la subcuenta de compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía. De conformidad con lo anterior, las entidades recaudarán mediante retención a los servidores públicos, en forma creciente y explícita, las cotizaciones establecidas en el artículo 204 de la presente Ley, la cual aumentará como mínimo en un punto porcentual por año.

En caso de liquidación de las cajas, fondos, entidades previsionales y empresas del sector público, los empleadores garantizarán la afiliación de sus trabajadores a otra Entidad Promotora de Salud y, mientras éstos logren dicha afiliación, tendrán que garantizar la respectiva protección a sus beneficiarios.

Para las instituciones del orden nacional se aplicaran por analogía las disposiciones laborales de que trata el Capítulo 2 del Decreto 2147 de 1992, en especial para preservar los derechos de los trabajadores y pagar las indemnizaciones que resulten de la supresión de los empleos. Igualmente, se harán extensivas las disposiciones consagradas en el Decreto 2151 de 1992 para garantizar la adaptación laboral de los empleados que, por obra de lo aquí dispuesto, se les supriman sus cargos.

Para las instituciones de otro orden distinto del nacional, la respectiva entidad territorial o la junta directiva de los entes autónomos, expedirá la norma correspondiente, observando los principios establecidos en el presente artículo.

PARAGRAFO 1. En todo caso, los servidores públicos que se vinculen a partir de la vigencia de la presente Ley se afiliarán al Instituto de Seguros Sociales, o a cualquier Entidad Promotora de Salud, según lo dispuesto en esta Ley.

PARAGRAFO 2. Las enajenaciones derivadas de los procesos de reorganización aquí mencionados estarán exentos de los impuestos correspondientes.

PARAGRAFO 3. Las instituciones de seguridad social del orden nacional podrán ser liquidadas cuando así lo solicite la mitad más uno de los afiliados que se expresarán de conformidad con el mecanismo que para el efecto defina el decreto reglamentario. Lo anterior sin perjuicio de que todas las instituciones se sometan a las disposiciones consagradas en la presente Ley.

ARTICULO 237. De la transición para el sector agropecuario. La obligación de los empleadores y trabajadores del sector agropecuario de afiliarse a los organismos encargados de prestar el Servicio de Seguridad Social en Salud regulado en esta Ley, deberá cumplirse en el momento en que se disponga de la oferta de servicios en la respectiva región.

ARTICULO 238. De la Financiación de los Hospitales Públicos que reciben aportes de la Nación y/o de las Entidades Territoriales. En lo sucesivo y de acuerdo al programa de conversión gradual que para el efecto se establezca, las direcciones seccionales, distritales y locales de salud garantizarán la celebración de contratos de compraventa de servicios con los hospitales para atender a la población que se les asigne o con las Entidades Promotoras de Salud, sin perjuicio de lo dispuesto en la Ley 10 de 1990 y en la Ley 60 de 1993.

Para las vigencias fiscales de 1995 y 1996, las entidades territoriales, sin perjuicio de lo que trata el numeral 7 del artículo 18 de la Ley 60 de 1993 tomarán como referencia para la programación presupuestal de las entidades públicas que prestan servicios de salud el valor en pesos constantes a ellas asignadas en la vigencia fiscal de 1994.

Durante los primeros tres años de vigencia de la Ley, las instituciones de prestación de servicios de salud que reciben recursos públicos a cualquier título, continuarán recibiendo como mínimo una suma igual en términos reales a la obtenida durante el año fiscal inmediatamente anterior a la fecha de la presente Ley. Una vez concluido este término se acogerá el programa de conversión concertado entre el Ministerio de Salud y las entidades territoriales de que trata el artículo 239 de la presente Ley.

ARTICULO 239. De las Entidades Territoriales. En forma gradual, las entidades territoriales organizarán el régimen de subsidios en un plazo máximo de dos (2) años a partir de la vigencia de esta Ley, de tal forma que una parte creciente de los ingresos de las instituciones prestadoras provenga de la venta de servicios de los planes de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Para este fin, las Direcciones Seccionales, Distritales y Municipales deberán presentar al Ministerio de Salud como parte del plan de ampliación de coberturas, mejoramiento de calidad y descentralización de que tratan los artículos 13 y 14 de la Ley 60 de 1993, las condiciones y términos de transición para la sustitución de transferencias por la contratación de servicios y la implementación de los subsidios a la demanda en salud.

ARTICULO 240. De las Cajas de Compensación Familiar. Las cajas de compensación familiar que sin haberse transformado en Entidades Promotoras de Salud opten por prestar los servicios propios de estas entidades, tendrán el mismo plazo contemplado en el artículo 234 para adoptar los programas regulados para el Sistema General de Seguridad Social en Salud de que trata la presente Ley.

En cualquier caso las cajas de compensación familiar tendrán que garantizar la actual protección a sus beneficiarios durante el período de transición de que trata el artículo 234 a las Entidades Promotoras de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Durante este período, las cajas de compensación familiar destinarán al régimen de subsidios según lo dispone el artículo 217 únicamente la diferencia entre el cinco por ciento (5 %) o el diez por ciento (10 %) según sea el caso de que trata el artículo 217 y el costo de la atención en salud de los familiares que no estén afiliados a dicho Sistema. Las cajas destinarán estos recursos para atender beneficiarios del régimen subsidiado que se afilien a la misma o a la atención de los grupos prioritarios definidos en el artículo 157 literal b), según la forma y modalidades que el Gobierno Nacional reglamente, previo el concepto del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

PARAGRAFO. Durante el período en el cual los afiliados al Instituto de Seguros Sociales, no puedan trasladarse a otras Entidades Promotoras de Salud, la atención de las familias de los trabajadores podrá ser cubierta por las cajas de compensación familiar o por cualquier otra Entidad Promotora de Salud, de acuerdo con la elección que haga el afiliado cotizante. Para ello, recibirán una parte de la cotización de que trata el artículo 204, según lo establezca el Gobierno Nacional previo el concepto del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

ARTICULO 241. El Régimen de Tarifas. Un año después de la vigencia de la presente Ley, se unificará el régimen de tarifas que aplicarán las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud en la venta de sus servicios o uso de su capacidad a cualquier entidad promotora de servicios o asociación de profesionales, de acuerdo a la reglamentación que para el efecto se expida.

TITULO VI

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

ARTICULO 242. Fondo Prestacional del Sector Salud. El fondo del pasivo prestacional para el sector salud, de que trata la Ley 60 de 1993, cubrirá las cesantías netas acumuladas y el pasivo laboral por pensiones de jubilación causado a 31 de diciembre de 1993.

El costo adicional generado por concepto de la retroactividad de cesantía del sector salud que a la vigencia de esta Ley tienen derecho a ello, conforme al artículo 33 de la Ley 60 de 1993, y para los fines previstos en ésta, será asumido por el Fondo del Pasivo Prestacional y las entidades territoriales, en los plazos y términos de concurrencia que establece la misma Ley.

A partir de la vigencia de la presente Ley no podrá reconocerse ni pactarse para los nuevos servidores del sector salud, retroactividad en el régimen de cesantía a ellos aplicable.

En el caso de que las instituciones a que se refiere el artículo 33 de la Ley 60 de 1993 y para los efectos allí previstos, estén reconociendo por un régimen especial un sistema pensional distinto del exigido por la entidad de previsión social a la cual se afilien o se encuentren afiliados los trabajadores correspondientes, la pensión será garantizada por el Fondo del Pasivo Prestacional y las entidades territoriales, hasta el momento en que el trabajador reúna los requisitos exigidos por la entidad de previsión y los diferenciales de pensión serán compartidos y asumidos por el Fondo, las entidades territoriales y la mencionada entidad previsional, en la proporción que a cada cual le corresponda.

Las entidades del sector salud deberán seguir presupuestando y pagando las cesantías y pensiones a que están obligadas hasta tanto no se realice el corte de cuentas con el fondo prestacional y se establezcan para cada caso la concurrencia a que están obligadas las entidades territoriales en los términos previstos en la Ley 60 de 1993.

PARAGRAFO. Para los efectos de lo dispuesto en el presente artículo, entiéndese por cesantías netas, las cesantías acumuladas menos las pagadas a 31 de diciembre de 1993.

ARTICULO 243. Amnistía a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Para la cabal aplicación de lo dispuesto en el inciso 5º. del artículo 19 de la Ley 60 de 1993, sobre los pagos por prestaciones sociales del personal de salud, de las entidades previstas en el numeral 2 del artículo 33 de la misma Ley, el Instituto de Seguros Sociales, y el Fondo Nacional de Ahorro deberán afiliar a los servidores públicos del sector salud, una vez se haya definido el pago de la deuda acumulada por cesantía y el pasivo pensional incluidos los intereses corrientes.

Cuando se trate de las entidades públicas previstas en el literal a) del segundo numeral del artículo 33 de la Ley 60 de 1993, el ISS, el FNA, el ICBF, el SENA y la ESAP condonaran las multas y otras erogaciones distintas al saneamiento del pasivo pensional y los intereses corrientes que adeuden por su falta de afiliación o pago antes de diciembre de 1993.

Cuando se trate de entidades incursas en causal de liquidación en los términos previstos en los literales b) y c) del artículo mencionado, los consejos u órganos directivos del Instituto de Seguros Sociales, el FNA, el ICBF, el SENA y la ESAP, estarán facultados para condonar las multas y erogaciones previstas en el inciso anterior.

ARTICULO 244. Sobre el Funcionamiento del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito. Por el cual se introducen las siguientes modificaciones, al decreto 663 de 1993.

1. Agréguese el numeral 5 al artículo 192.

Las Compañías Aseguradoras que operan el seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, destinarán el 3.0 % de las primas que recauden anualmente a la constitución de un fondo administrado por ellas para la realización conjunta de campañas de prevención vial nacional, en coordinación con las entidades estatales que adelanten programas en tal sentido.

2. El artículo 194 numeral 1, literal a) quedara así:

a) A certificación sobre la ocurrencia del accidente. El Gobierno Nacional reglamentará la forma en que habrá de demostrarse la ocurrencia de éste. Será prueba del mismo la certificación que expida el médico que atendió inicialmente la urgencia en el centro hospitalario.

3. El artículo 194 numeral 2, quedará así:

En caso de muerte de la víctima como consecuencia de accidente de tránsito y para los efectos de este estatuto serán beneficiarios de las indemnizaciones por muerte las personas señaladas en el artículo 1.142 del Código de Comercio. En todo caso a falta de cónyuge, en los casos que corresponda a éste la indemnización se tendrá como tal al compañero o compañera permanente, que acredite dicha calidad, de conformidad con la reglamentación que para el efecto señale el Gobierno Nacional. La indemnización por gastos funerarios y exequias se pagara a quien demuestre haber realizado las correspondientes erogaciones.

4. El inciso 2 numeral 1, del artículo 195, quedará así:

El Gobierno Nacional determinará las tarifas a que deben sujetarse los establecimientos hospitalarios y clínicos, de los subsectores oficial y privado de que trata el artículo 50. de la Ley 10 de 1990, en la prestación de la atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria a las víctimas de los accidentes de tránsito. Las tarifas que establezca el Gobierno Nacional serán fijadas en salarios mínimos legales.

5. Agrégase el numeral 5º. al artículo 195.

Las compañías aseguradoras que incurran en conductas tendientes a dilatar injustificadamente el pago de la indemnización de que trata el presente artículo se verán abocadas a las sanciones de carácter pecuniario que para el efecto establezca el Gobierno Nacional sin perjuicio de las demás previstas en la Ley.

6. Agrégase el numeral 6 al artículo 195.

Cuando las compañías aseguradoras encuentren que existen serios motivos de objeción a la reclamación que presenten las entidades clínicas hospitalarias, deberán poner en conocimiento del reclamante tales objeciones, dentro del término previsto para el pago de la indemnización. No obstante, deberá en todo caso la aseguradora pagar como anticipo imputable a la indemnización, una suma equivalente al porcentaje que reglamente el Gobierno Nacional, siempre que la reclamación se haya presentado de conformidad con lo dispuesto en las normas que la regulan.

7. El literal b) del numeral 4º. del artículo 199, quedará así:

Agotado el límite de la cobertura de gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios otorgada por las compañías aseguradoras o el Fonsat, a la atención de las víctimas politraumatizadas de accidentes de tránsito o a la rehabilitación de las mismas en los términos del reglamento del Gobierno Nacional, según directrices del Consejo Nacional de Seguridad.

8. El literal c) del numeral 4º. Del artículo 199, quedará así:

c) A partir de la vigencia de la presente Ley y atendidas las erogaciones anteriores, a la atención de las víctimas de catástrofes naturales y de actos terroristas de conformidad con la reglamentación del Gobierno Nacional según directrices fijadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social. El saldo existente en la fecha se destinará según las normas anteriores.

9. Por el cual se modifica la parte final de los incisos 1 y 4 del artículo 199, numeral 2º.

Inciso 1o. Transferencias de los recursos administrados por las entidades aseguradoras al "Fonsat". Las entidades aseguradoras que cuenten con autorización para la operación del ramo de seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito transferirán bimestralmente el 20 % del valor de las primas emitidas por cada una de ellas, en el bimestre inmediatamente anterior, al Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito "Fonsat". Dicha transferencia deberá efectuarse dentro de los quince (15) primeros días hábiles del mes correspondiente.

Inciso 4º. La determinación del resultado del período anual se efectuará dentro de los dos (2) meses siguientes al corte correspondiente. La transferencia deberá realizarse dentro de los quince (15) primeros días hábiles del mes correspondiente.

ARTICULO 245. El Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos. Créase el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, como un establecimiento público del orden nacional, adscrito al Ministerio de Salud, con personería jurídica, patrimonio independiente y autonomía administrativa, cuyo objeto es la ejecución de las políticas en materia de vigilancia sanitaria y de control de calidad de medicamentos, productos biológicos, alimentos, bebidas, cosméticos, dispositivos y elementos médico-quirúrgicos, odontológicos, productos naturales homeopáticos y los generados por biotecnología, reactivos de diagnóstico, y otros que puedan tener impacto en la salud individual y colectiva.

El Gobierno Nacional reglamentará el régimen de registros y licencias, así como el régimen de vigilancia sanitaria y control de calidad de los productos de que trata el objeto del Invima, dentro del cual establecerá las funciones a cargo de la nación y de las entidades territoriales, de conformidad con el régimen de competencias y recursos.

PARAGRAFO. A partir de la vigencia de la presente Ley, la facultad para la formulación de la política de regulación de precios de los medicamentos de que goza el Ministerio de Desarrollo Económico, de acuerdo con la Ley 81 de 1987, estará en manos de la Comisión Nacional de Precios de los Medicamentos.

Para tal efecto, créase la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos compuesta, en forma indelegable, por los Ministros de Desarrollo Económico y Salud y un delegado del Presidente de la República. El Gobierno reglamentará el funcionamiento de esta Comisión.

Corresponde al Ministerio de Desarrollo hacer el seguimiento y control de precios de los medicamentos, según las políticas fijadas por la comisión.

Corresponde al Ministerio de Salud el desarrollo de un programa permanente de información sobre precios y calidades de los medicamentos de venta en el territorio nacional, de conformidad con las políticas adoptadas por la Comisión.

ARTICULO 246. Difusión y Capacitación para el Desarrollo de la Ley. El Ministerio de Salud organizará y ejecutará un programa de difusión del nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud y de capacitación a las autoridades locales, las Entidades Promotoras e Instituciones Prestadoras, trabajadores y, en general, los usuarios que integren el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Este programa incluirá acciones específicas para capacitar y apoyar a los profesionales de la salud en el proceso de adecuación a las modalidades de organización, contratación, remuneración y prestación de servicios, que requiere el nuevo Sistema de Salud con base en la universalización solidaria de la seguridad social.

ARTICULO 247. Del ofrecimiento de programas académicos en el Área de Salud por parte de las instituciones de Educación Superior. Para desarrollar programas de pregrado o postgrado en el área de salud que impliquen formación en el campo asistencial, las instituciones de educación superior deberán contar con un Centro de Salud propio o formalizar convenios docente-asistenciales con instituciones de salud que cumplan con los tres niveles de atención médica, según la complejidad del programa, para poder realizar las prácticas de formación. En tales convenios se establecerán claramente las responsabilidades entre las partes.

Los cupos de matrícula que fijen las instituciones de educación superior en los programas académicos de pregrado y postgrado en el Área de Salud, estarán determinados por la capacidad que tengan las instituciones que prestan los servicios de salud.

Los convenios mencionados en el inciso primero deberán ser presentados ante el Ministerio de Educación Nacional por intermedio del ICFES, con concepto favorable del Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud al momento de notificar o informar la creación de los programas.

Los programas de especializaciones médicoquirúrgicas que ofrezcan las instituciones universitarias y las universidades, tendrán un tratamiento equivalente a los programas de maestría, conforme a lo contemplado en la Ley 30 de 1992, previa reglamentación del Consejo de Educación Superior.

ARTICULO 248. Facultades Extraordinarias. De conformidad con lo previsto en el ordinal 10 del artículo 150 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de precisas facultades extraordinarias por el término de seis (6) meses, contados desde la fecha de publicación de la presente Ley para:

1. Reestructurar al Instituto Nacional de Salud y al Ministerio de Salud de acuerdo con los propósitos de esta Ley.
2. El Gobierno Nacional podrá modificar la estructura y funciones de la Superintendencia Nacional de Salud con el exclusivo propósito de efectuar las adecuaciones necesarias para dar eficaz cumplimiento a lo dispuesto en esta Ley. En el evento de que deban producirse retiros de personal como consecuencia de la modificación de la estructura y funciones de la Superintendencia, el Gobierno Nacional establecerá un plan de retiro compensado para sus empleados, el cual comprenderá las indemnizaciones o bonificaciones por el retiro y/o pensiones de jubilación.
3. Determinar la liquidación de las cajas, fondos o entidades de seguridad o previsión social del orden nacional que presten servicios de salud que por su situación financiera deban ser liquidadas por comprobada insolvencia.
4. Expedir un régimen de incompatibilidades e inhabilidades y las correspondientes sanciones para los miembros de junta directiva u organismos directivos y para los representantes legales y empleados de las entidades prestadoras y promotoras de servicios estatales y las instituciones de utilidad común o fundaciones que contraten con el Estado la prestación de servicios o las que reciban aportes estatales.
5. Expedir un estatuto orgánico del sistema de salud, de numeración continua, con el objeto de sistematizar, integrar, incorporar y armonizar en un solo cuerpo jurídico las normas vigentes en materia de salud, así como las que contemplen las funciones y facultades asignadas a la Superintendencia Nacional de Salud. Con tal propósito podrá reordenar la numeración de las diferentes disposiciones, incluyendo esta Ley, sin que en tal caso se altere su contenido. En desarrollo de esta facultad podrá eliminar las normas repetidas o superfluas.
6. Facúltase al Gobierno Nacional para que en el término de 6 meses, contados a partir de la fecha de la presente Ley, organice el sistema de salud de las Fuerzas Militares y de Policía y al personal regido por el decreto-Ley 1214 de 1990, en lo atinente a:
 - a) Organización estructural;
 - b) Niveles de atención médica y grados de complejidad;
 - c) Organización funcional;
 - d) Régimen que incluya normas científicas y administrativas;
 - e) Régimen de prestación de servicios de salud.
7. Precisar las funciones del Invim y proveer su organización básica. Facúltase al Gobierno Nacional para efectuar los traslados presupuestales necesarios que garanticen el adecuado funcionamiento de la entidad.
8. Reorganizar y adecuar el Instituto Nacional de Cancerología, los sanatorios de Contratación y de Agua de Dios y la unidad administrativa especial Federico Lleras Acosta, que prestan servicios de salud para su transformación en empresas sociales de salud. Para este efecto facúltase al Gobierno Nacional para efectuar los traslados presupuestales necesarios.

LIBRO TERCERO

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES

CAPITULO I

INVALIDEZ POR ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL

ARTICULO 249. Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional. Las pensiones de invalidez originadas en accidente de trabajo o enfermedad profesional continuarán rigiéndose por las disposiciones vigentes, salvo lo dispuesto en relación con el sistema de calificación del estado de invalidez y las pensiones de invalidez integradas a que se refieren los artículos siguientes.

ARTICULO 250. Calificación del Estado de Invalidez. La calificación del estado de invalidez derivado de accidente de trabajo o enfermedad profesional se sujetará a lo dispuesto en esta Ley para la calificación de la invalidez por riesgo común.

ARTICULO 251. Pensiones de Invalidez Integradas. En el régimen de ahorro individual con solidaridad, los seguros para amparar la invalidez por riesgo común y la invalidez por accidente de trabajo o enfermedad profesional, podrán ser contratados de manera conjunta con una misma compañía de seguros, cuando los trabajadores y empleadores así lo decidan. En este evento, el amparo para el riesgo de invalidez por accidente de trabajo o enfermedad profesional, deberá ser equivalente o superior, al otorgado por el seguro de accidente de trabajo y enfermedad profesional a cargo del Instituto de Seguros Sociales, o del que actualmente les aplica en el caso de los trabajadores de la rama jurisdiccional.

La compañía de seguros señalará el monto de la cotización para el seguro de accidentes de trabajo y enfermedad profesional a cargo del empleador y dejará de ser obligatoria la cotización al Instituto de Seguros Sociales, por dicho concepto.

ARTICULO 252. Normas Comunes. Cuando el seguro para amparar el riesgo por accidente de trabajo o enfermedad profesional se contrate en la forma prevista en el artículo anterior, le serán aplicables en lo pertinente las disposiciones de los seguros de invalidez por riesgo común.

ARTICULO 253. Devolución de Saldos. Cuando un afiliado al régimen de ahorro individual con solidaridad se invalide por accidente de trabajo o enfermedad profesional, además de la pensión por invalidez que cubre la cotización a cargo del empleador, se le entregará la totalidad del saldo abonado en su cuenta individual de ahorro pensional y en este caso no habrá lugar a bono pensional.

ARTICULO 254. Prestaciones Médico-Asistenciales. Los servicios de salud derivados de accidente de trabajo o enfermedad profesional, serán prestados por las Entidades Promotoras de Salud de que trata la presente Ley, quienes repetirán contra las entidades encargadas de administrar los recursos del seguro de accidente de trabajo y enfermedad profesional a que esté afiliado el respectivo trabajador.

CAPITULO II

PENSION DE SOBREVIVIENTES ORIGINADA POR ACCIDENTE DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL

ARTICULO 255. Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional. La pensión de sobrevivientes originada en accidente de trabajo o enfermedad profesional continuará rigiéndose por las disposiciones vigentes, salvo que se opte por el manejo integrado de estas pensiones de conformidad con lo previsto en el artículo 157 de esta Ley.

ARTICULO 256. Devolución de Saldos por Muerte Causada por Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional. En caso de muerte del afiliado al sistema de ahorro individual con solidaridad, derivada de accidente de trabajo o enfermedad profesional, no habrá lugar a bono pensional y el saldo de la cuenta individual de

ahorro pensional podrá utilizarse para incrementar el valor de la pensión que se financia con la cotización del empleador, si el afiliado así lo hubiere estipulado o los beneficiarios lo acuerdan.

En caso contrario hará parte de la masa sucesoral del causante. Si no hubiere causahabientes dichas sumas se destinarán al financiamiento de la garantía estatal de pensión mínima.

LIBRO CUARTO

SERVICIOS SOCIALES COMPLEMENTARIOS

ARTICULO 257. Programa y Requisitos. Establécese un programa de auxilios para los ancianos indigentes que cumplan los siguientes requisitos:

- a) Ser colombiano;
- b) Llegar a una edad de sesenta y cinco o más años;
- c) Residir durante los últimos diez años en el territorio nacional;
- d) Carecer de rentas o de ingresos suficientes para su subsistencia, o encontrarse en condiciones de extrema pobreza o indigencia, de acuerdo con la reglamentación que para tal fin expida el Consejo Nacional de Política Social;
- e) Residir en una institución sin ánimo de lucro para la atención de ancianos indigentes, limitados físicos o mentales y que no dependan económicamente de persona alguna. En estos casos el monto se podrá aumentar de acuerdo con las disponibilidades presupuestales y el nivel de cobertura. En este evento parte de la pensión se podrá pagar a la respectiva institución.

PARAGRAFO 1. El Gobierno Nacional reglamentará el pago de los auxilios para aquellos personas que no residan en una institución sin ánimo de lucro y que cumplan los demás requisitos establecidos en este artículo.

PARAGRAFO 2. Cuando se trate de ancianos indígenas que residan en sus propias comunidades, la edad que se exige es de cincuenta (50) años o más. Esta misma edad se aplicará para dementes y minusválidos.

PARAGRAFO 3. Las entidades territoriales que establezcan este beneficio con cargo a sus propios recursos, podrán modificar los requisitos anteriormente definidos.

ARTICULO. 258. Objeto del Programa. El programa para los ancianos tendrá por objeto apoyar económicamente y hasta por el 50 % del salario mínimo legal mensual vigente, a las personas que cumplan las condiciones señaladas en el artículo anterior y de conformidad con las metas que el CONPES establezca para tal programa.

El programa se financiará con los recursos del presupuesto general de la nación que el CONPES destine para ello anualmente y con los recursos que para tal efecto puedan destinar los departamentos, distritos y municipios.

PARAGRAFO. El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos y procedimientos para hacer efectivo el programa de que trata el presente artículo, contemplando mecanismos para la cofinanciación por parte de los departamentos, distritos y municipios. El programa podrá ser administrado y ejecutado de manera descentralizada. Así mismo, el Gobierno podrá modificar los requisitos dependiendo de la evolución demográfica y la evolución de la población beneficiaria del programa.

ARTICULO 259. Pérdida de la Prestación Especial por Vejez. La prestación especial por vejez se pierde:

- a) Por muerte del beneficiario;
- b) Por mendicidad comprobada como actividad productiva;
- c) Por percibir una pensión o cualquier otro subsidio;
- d) Las demás que establezca el Consejo Nacional de Política Social.

ARTICULO 260. Reconocimiento, administración y control de la prestación especial por vejez. El reconocimiento de la prestación especial por vejez, su administración y control serán establecidos por el Gobierno Nacional.

Para efectos de la administración de la prestación especial por vejez se podrán contemplar mecanismos para la cofinanciación por parte de los departamentos, municipios y distritos.

Los municipios o distritos así como las entidades reconocidas para el efecto que presten servicios asistenciales para la tercera edad, podrán administrar la prestación de que trata el artículo 258 de la presente Ley siempre y cuando cumplan con lo establecido en el artículo siguiente.

ARTICULO 261. Planes Locales de Servicios Complementarios. Los municipios o distritos deberán garantizar la infraestructura necesaria para la atención de los ancianos indigentes y la elaboración de un plan municipal de servicios complementarios para la tercera edad como parte integral del plan de desarrollo municipal o distrital.

ARTICULO 262, Servicios Sociales Complementarios para la Tercera Edad. El Estado a través de sus autoridades y entidades y con la participación de la comunidad y organizaciones no gubernamentales prestarán servicios sociales para la tercera edad conforme a lo establecido en los siguientes literales:

- a) En materia de educación, las autoridades del sector de la educación promoverán acciones sobre el reconocimiento positivo de la vejez y el envejecimiento;
- b) En materia de cultura, recreación y turismo, las entidades de cultura, recreación, deporte y turismo que reciban recursos del Estado deberán definir e implantar planes de servicios y descuentos especiales para personas de la tercera edad;
- c) El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social promoverá la inclusión dentro de los programas regulares de bienestar social de las entidades públicas de carácter nacional y del sector privado el componente de preparación a la jubilación.

ARTICULO 263. Autorización para el Subsidio al Desempleo. Autorízase a las entidades territoriales para que creen y financien con cargo a su propios recursos planes de subsidio al desempleo.

LIBRO QUINTO

DISPOSICIONES FINALES

ARTICULO 264. Disposiciones Presupuestales. El Gobierno presentará al Congreso de la República, el proyecto de presupuesto de seguridad social conjuntamente con el proyecto de presupuesto nacional y de los establecimientos públicos del orden nacional.

El proyecto de presupuesto estará integrado así:

- a) Presupuesto anual de las entidades públicas del orden nacional en el cual se refleje la proyección de ingresos y pagos de cada seguro económico durante la vigencia;
- b) La situación financiera a largo plazo de los seguros económicos manejados por entidades públicas o privadas de cualquier orden nacional o territorial, en la cual se refleje el valor presente de los ingresos y gastos potenciales del sistema de previsión social;
- c) Las fuentes de financiamiento de los faltantes o el destino de los excedentes de los seguros económicos de acuerdo con lo establecido en la presente Ley.

PARAGRAFO. En el caso del Instituto de Seguros Sociales, se presentará un informe al Congreso de la República sobre lo contemplado en los literales a), b) y c) del presente artículo, aplicándosele en el trámite presupuestal, solamente, lo dispuesto en el Estatuto Orgánico del Presupuesto General de la Nación.

ARTICULO 265. Presupuestos de las Entidades. El proyecto de presupuesto anual de las entidades públicas del orden nacional, se presentará al Congreso de la República clasificado en gastos de funcionamiento e inversión de cada seguro económico.

El presupuesto anual de las entidades públicas de seguridad social del orden nacional se regirá por lo dispuesto en el Estatuto Orgánico del Presupuesto, sin perjuicio de lo establecido en esta Ley.

ARTICULO 266. Componentes del Gasto Público Social en el Presupuesto Nacional. Los gastos que efectúen las entidades públicas de seguridad en el orden nacional se agruparán como componentes del gasto público social a que hace referencia el artículo 350 de la Constitución Política.

ARTICULO 267. Estimación del Pasivo Pensional y reaforo de rentas. El Gobierno Nacional calculará antes del 31 de diciembre de 1994 el pasivo pensional con relación a sus servidores públicos y el de las entidades territoriales con sus respectivos servidores, causada a 31 de diciembre de 1993.

El costo para calcular dichos pasivos lo absorberá la nación, para lo cual el Gobierno Nacional está autorizado para efectuar las adiciones y traslados requeridos en el Presupuesto General de la Nación.

Para atender al pago de las pensiones y de las mesadas atrasadas a cargo de la Caja Nacional de Previsión, el Presupuesto General de la Nación se adiciona en sesenta mil millones de pesos, con recursos de crédito interno. Además, los recursos de reaforo de rentas de la Caja Nacional de Previsión, por veinte mil millones de pesos, se incorporan a su presupuesto para el mismo fin y para el pago de servicios de salud a su cargo.

ARTICULO 268. Recursos para el pago de aportes de los municipios. En aquellos municipios que presenten dificultades para pagar los aportes de esta Ley, el CONPES social autorizará para tal fin, que se disponga de una parte de los ingresos previstos en los numerales 2 y 16 del artículo 21 de la Ley 60 de 1993.

ARTICULO 269. Transferencia de cotizaciones. Los dineros provenientes de las cotizaciones para el Sistema General de Seguridad Social de las entidades estatales y de los servidores públicos, podrán ser entregados a las entidades administradoras del Sistema a través de encargos fiduciarios o fiducias.

ARTICULO 270. Prelación de créditos. Los créditos exigibles por concepto de las cotizaciones y los intereses a que hubiere lugar, tanto en el Sistema General de Pensiones como en el Sistema de Seguridad Social en Salud, pertenecen a la primera clase de que trata el artículo 2495 del Código Civil y tienen el mismo privilegio que los créditos por concepto de salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones laborales.

ARTICULO 271. Sanciones para el Empleador. El empleador, y en general cualquier persona natural o jurídica que impida o atente en cualquier forma contra el derecho del trabajador a su afiliación y selección de organismos e instituciones del Sistema de Seguridad Social Integral, se hará acreedor en cada caso y por cada afiliado a una multa, impuesta por las autoridades del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, o del Ministerio de Salud en cada caso, que no podrá ser inferior a un salario mínimo mensual vigente ni exceder 50 veces dicho salario. El valor de estas multas se destinará al Fondo de Solidaridad Pensional o a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud, respectivamente. La afiliación respectiva quedará sin efecto y podrá realizarse nuevamente en forma libre y espontánea por parte del trabajador.

El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos para el control del pago de cotizaciones de los trabajadores migrantes o estacionales, con contrato a término fijo o con contrato por prestación de servicios.

ARTICULO 272. Aplicación Preferencial. El Sistema Integral de Seguridad Social establecido en la presente Ley, no tendrá, en ningún caso, aplicación cuando menoscabe la libertad, la dignidad humana o los derechos de los trabajadores.

En tal sentido, los principios mínimos fundamentales consagrados en el artículo 53 de la Constitución Política tendrán plena validez y eficacia

ARTICULO 273. Régimen Aplicable a los Servidores Públicos. El Gobierno Nacional, sujetándose a los objetivos, criterios y contenido que se expresan en la presente Ley, y en particular a lo establecido en los artículos 11 y 36 de la misma, podrá incorporar, respetando los derechos adquiridos, a los servidores públicos, aun a los congresistas, al Sistema General de Pensiones y al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La seguridad social procurará ser universal para toda la población colombiana.

ARTICULO 274. Asesoría y elección a través de los Organizaciones Sindicales. Las confederaciones, las federaciones y las organizaciones sindicales de primer grado y los empleadores, podrán asesorar a los trabajadores en las decisiones de libre escogencia que correspondan a cada uno de éstos, relativas a la afiliación y selección de organismos e instituciones del Sistema de Seguridad Social Integral.

Las organizaciones sindicales quedan facultadas para tomar las decisiones que en principio correspondan a cada trabajador, relacionadas con la afiliación y elección de organismos e instituciones del Sistema de Seguridad Social Integral. En tal caso, la organización sindical decidirá por mayoría de sus trabajadores afiliados y la decisión sólo les será aplicable a los afiliados interesados que voten afirmativamente, quienes dentro de los términos de esta Ley conservan la facultad de trasladarse de un sistema a otro.

ARTICULO 275. Del Instituto de Seguros Sociales. El Instituto de Seguros Sociales, es una empresa industrial y comercial del Estado, del orden nacional, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, vinculada al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y el régimen de sus cargos será el contemplado en el Decreto-Ley 1651 de 1977 y podrá realizar los contratos de que trata el numeral 5 del artículo 32 de la Ley 80 de 1993.

El Presidente del Instituto de Seguros Sociales será nombrado por el Presidente de la República de terna presentada por el Consejo Directivo del Instituto.

Sin perjuicio de la facultad discrecional del Presidente de la República, el Consejo Directiva, por mayoría absoluta de votos podrá solicitarle al Presidente la remoción del Presidente del Instituto de Seguros Sociales por el no cumplimiento de las metas anuales de gestión previamente determinadas por el consejo directivo.

Así mismo, el Consejo Directivo señalará las directrices generales para elegir al personal directivo del Instituto.

PARAGRAFO 1. Respecto de los servicios de salud que presta, actuará como una Entidad Promotora y Prestadora de Servicios de Salud con jurisdicción nacional. El Consejo Directivo del Instituto determinará las tarifas que el Instituto aplicará en la venta de servicios de salud.

PARAGRAFO 2. Para efectos tributarios el Instituto de Seguros Sociales, se regirá por lo previsto para los establecimientos públicos.

PARAGRAFO 3. En un plazo de un año a partir de la vigencia de la presente Ley y de acuerdo con la reglamentación que expida el Consejo Directivo, el Instituto garantizará la descentralización y la autonomía técnica, financiera y administrativa de las unidades de las propiedades que presten los servicios de salud.

ARTICULO 276. Venta de Activos del Instituto de Seguros Sociales. La venta de activos del Instituto de Seguros Sociales, no podrá afectar su patrimonio y tendrá como finalidad el cumplimiento de los objetivos del Sistema de Seguridad Social Integral.

ARTICULO 277. Composición del Consejo Directivo del Instituto de Seguros Sociales. El Consejo Directivo del Instituto de Seguros Sociales, tendrá una composición tripartita, integrada por representantes del Gobierno, de los empleadores, de los cuales uno será representante de la pequeña o mediana empresa, y de los trabajadores, uno de los cuales será representante de los pensionados.

El Gobierno determinará el número de integrantes y reglamentará la forma como serán designados, dentro de los seis (6) meses siguientes a la vigencia de esta Ley.

Este nuevo Consejo Directivo tomará la decisión definitiva, sobre el proceso de reestructuración de la planta de personal del Instituto de Seguros Sociales.

ARTICULO 278. Carácter de los subsidios. Los subsidios de que trata esta Ley no tendrán el carácter de donación o auxilio, para los efectos del artículo 355 de la Constitución Política.

ARTICULO 279. Excepciones. El Sistema Integral de Seguridad Social contenido en la presente Ley no se aplica a los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, ni al personal regido por el Decreto-Ley 1214 de 1990, con excepción de aquel que se vincule a partir de la vigencia de la presente Ley, ni a los miembros no remunerados de las Corporaciones Públicas.

Así mismo, se exceptúa a los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, creado por la Ley 91 de 1989, cuyas prestaciones a cargo serán compatibles con pensiones o cualquier clase de remuneración. Este Fondo será responsable de la expedición y pago de bonos pensionales en favor de educadores que se retiren del servicio, de conformidad con la reglamentación que para el efecto se expida.

Se exceptúan también, los trabajadores de las empresas que al empezar a regir la presente Ley, estén en concordato preventivo y obligatorio en el cual se hayan pactado sistemas o procedimientos especiales de protección de las pensiones, y mientras dure el respectivo concordato.

Igualmente, el presente régimen de Seguridad Social, no se aplica a los servidores públicos de la Empresa Colombiana de Petróleos, ni a los pensionados de la misma. Quienes con posterioridad a la vigencia de la presente Ley, ingresen a la Empresa Colombiana de Petróleos, Ecopetrol, por vencimiento del término de contratos de concesión o de asociación, podrán beneficiarse del régimen de Seguridad Social de la misma, mediante la celebración de un acuerdo individual o colectivo, en términos de costos, forma de pago y tiempo de servicio, que conduzca a la equivalencia entre el sistema que los ampara en la fecha de su ingreso y el existente en Ecopetrol.

PARAGRAFO 1. La empresa y los servidores de que trata el inciso anterior, quedan obligados a efectuar los aportes de solidaridad previstos en esta Ley.

Las entidades empleadoras referidas en el presente artículo, quedan facultadas para recibir y expedir los bonos correspondientes a los períodos de vinculación o cotización a que hubiere lugar, de conformidad con la reglamentación que para tal efecto se expida.

PARAGRAFO 2. La pensión de gracia para los educadores de que tratan las Leyes 114 de 1913, 116 de 1928 y 37 de 1933, continuará a cargo de la Caja Nacional de Previsión y del Fondo de Pensiones Públicas del Nivel Nacional, cuando éste sustituya a la Caja en el pago de sus obligaciones pensionales.

PARAGRAFO 3. Las pensiones de que tratan las Leyes 126 de 1985, adicionada por la Ley 71 de 1988, continuarán vigentes en los términos y condiciones en ellas contemplados.

ARTICULO 280. Aportes a los fondos de solidaridad. Los aportes para los fondos de solidaridad en los regímenes de salud y pensiones consagrados en los artículos 27 y 204 de esta Ley, serán obligatorios en todos los casos y sin excepciones. Su obligatoriedad rige, a partir del 10. de abril de 1994, en las instituciones, regímenes y con respecto también a las personas que por cualquier circunstancia gocen de excepciones totales o parciales previstas en esta Ley.

En consecuencia, a partir del 1º de abril de 1994 el aporte en salud pasará del 7 al 8 % y cuando se preste la cobertura familiar, el punto de cotización para solidaridad estará incluido, en todo caso, en la cotización máxima del 12 %.

ARTICULO 281. Afiliación de trabajadores de la Construcción y de las empresas de transporte público terrestre. A partir de la vigencia de la presente Ley y conforme a la reglamentación que para tal efecto expida el Gobierno Nacional, las licencias de construcción y de transporte público terrestre se otorgarán previa acreditación de la afiliación de la respectiva empresa a los organismos de seguridad social.

Los funcionarios competentes para el otorgamiento de los anteriores permisos que omitan exigir la acreditación de la afiliación, incurrirán en causal de mala conducta.

Las entidades, agremiaciones, corporaciones u otras sociedades de derecho privado que administran recursos de la nación o parafiscales, exigirán a sus afiliados que acrediten la afiliación de los trabajadores a su cargo a los organismos de seguridad social.

La violación a lo dispuesto en el presente artículo, será sancionada de conformidad con el reglamento que para tal efecto se expida, que podrá incluir desde multas hasta la revocatoria de la administración de los recursos de que trata el inciso anterior o la suspensión de las licencias respectivas.

ARTICULO 282. Obligación de Afiliación de Contratistas del Estado. Ninguna persona natural podrá prestar directamente sus servicios al Estado, bajo la modalidad de contrato de prestación de servicios, sin afiliarse a los sistemas de pensiones y salud previstos en la presente Ley.

ARTICULO 283. Exclusividad. El Sistema de Seguridad Social Integral, con cargo a las cotizaciones previstas en la presente Ley, pagará exclusivamente las prestaciones consagradas en la misma.

Los recursos destinados para el pago de las prestaciones diferentes de las consagradas en la presente Ley para el sector público, se constituirán como patrimonios autónomos, administrados por encargo fiduciario, cuando las reservas requeridas para dichas prestaciones, excedan las proporciones de activos que para el efecto establezca el Gobierno Nacional.

Aquellas convenciones que hacia el futuro llegaren a pactar en condiciones diferentes de las establecidas en la presente Ley, deberán contar con los recursos respectivos para su garantía, en la forma que lo acuerden empleadores y trabajadores.

Esta Ley no vulnera derechos adquiridos mediante convenciones colectivas del sector privado o público, sin perjuicio del derecho de denuncia que asiste a las partes.

ARTICULO 284. Aportes de los profesores de los establecimientos particulares. Los profesores de establecimientos particulares de enseñanza cuyo contrato de trabajo se entienda celebrado por el período escolar, tendrán derecho a que el empleador efectúe los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral por la totalidad del período calendario respectivo, que corresponda al período escolar para el cual se contrate.

ARTICULO 285. Arbitrio rentístico de la Nación. El artículo 42 de la Ley 10 de 1990 quedará así:

ARTICULO 42. ARBITRIO RENTISTICO DE LA NACION. Declárase como arbitrio rentístico de la nación la explotación monopólica, en beneficio del sector salud, de las modalidades de juegos de suerte y azar, diferentes de las loterías, apuestas permanentes existentes y de las rifas menores aquí previstas.

La concesión de permisos para la ejecución de rifas que no sean de carácter permanente, cuyo plan de premios no exceda doscientos cincuenta (250) salarios mínimos mensuales, y se ofrezcan al público exclusivamente en el territorio del respectivo municipio o distrito, será facultad de los alcaldes municipales y distritales.

Las sumas recaudadas por concepto de permisos de explotación o impuestos generados por estas rifas se transferirán directamente al fonda local o distrital de salud.

PARAGRAFO. El Gobierno Nacional reglamentará la organización y funcionamiento de estas rifas, así como su régimen tarifario.

ARTICULO 286. Disposición de activos de las entidades públicas. Cuando una entidad pública decida enajenar bienes muebles o inmuebles o un establecimiento de salud o seguridad social, o entregar a cualquier título, dará condiciones preferenciales trazadas por la junta directiva del organismo, a las personas jurídicas conformadas por sus exfuncionarios o en las que ellos hagan parte. Adicionalmente se ofrecerán condiciones especiales de crédito y plazos que faciliten la operación.

Igualmente se podrá dar en administración la totalidad o parte de las entidades de seguridad social a las personas jurídicas previstas en el inciso anterior, en condiciones preferenciales.

Cuando se contrate la prestación de servicios de salud, en lugares en los cuales no exista la suficiente infraestructura estatal, las personas jurídicas previstas en el inciso 1 no tendrán trato preferencial con respecto a otros oferentes.

Las entidades públicas en reestructuración podrán contratar con las personas jurídicas constituidas por sus exfuncionarios o en las que estos hagan parte, a los cuales se les haya suprimido el empleo, pagado indemnización o pagado bonificación.

A las personas previstas en este artículo que suscriban contrato no se les exigirá el requisito de tiempo de desvinculación para efectos de las inhabilidades de Ley.

PARAGRAFO TRANSITORIO. Mientras se consolida la contratación integral, las entidades públicas prestadoras de servicios de salud, en proceso de reestructuración, que no pueden suspender la prestación de los servicios podrán contratar con exfuncionarios de la misma entidad, aunque sean personas naturales a quienes se les haya suprimido el empleo, pagado indemnización o pagado bonificación.

También podrán contratar con personas jurídicas conformadas por funcionarios de la misma entidad a quienes se les suprimirá el empleo y se hayan constituido como personas jurídicas para tal fin.

A las personas previstas en este artículo que suscriban contratos no se les exigirá el requisito de tiempo de desvinculación para efectos de las inhabilidades de Ley.

ARTICULO 287. Actividades propias de los intermediarios en las Entidades de Seguridad Social. Las entidades de seguridad social, las entidades promotoras de salud y las sociedades administradoras de fondos de cesantía y/o pensiones, podrán realizar las actividades de promoción y ventas, la administración de la relación con sus afiliados, el recaudo, pago y transferencia de los recursos por intermedio de instituciones financieras, intermediarios de seguros u otras entidades, con el fin de ejecutar las actividades propias de los servicios que ofrezcan.

El Gobierno reglamentará la actividad de estos intermediarios, regulando su organización, actividades, responsabilidades, vigilancia y sanciones a que estarán sujetos.

ARTICULO 288. Aplicación de las disposiciones contenidas en la presente Ley y en Leyes anteriores. Todo trabajador privado u oficial, funcionario público, empleado público y servidor público tiene derecho a la vigencia de la presente Ley le sea aplicable cualquier norma en ella contenida que estime favorable ante el cotejo con lo dispuesto en Leyes anteriores sobre la misma materia, siempre que se someta a la totalidad de disposiciones de esta Ley.

ARTICULO 289. Vigencia y derogatorias. La presente Ley rige a partir de la fecha de su publicación, salvaguarda los derechos adquiridos y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias, en especial el artículos 2o. de la Ley 4a. de 1966, el artículo 5o. de la Ley 33 de 1985, el parágrafo del artículo 7° de la Ley 71 de 1988, los artículos 260, 268, 269, 270, 271 y 272 del Código Sustantivo del Trabajo y demás normas que los modifiquen o adicionen.

El Presidente del Honorable Senado de la República,

Jorge Ramón Elías Nader

El Secretario General del Honorable Senado de la República,

Pedro Pumarejo Vega

El Presidente de la Honorable Cámara de Representantes,

Francisco José Jattín Safar

El Secretario General de la Honorable Cámara de Representantes,

Diego Vivas Tafur

REPUBLICA DE COLOMBIA - GOBIERNO NACIONAL

Publíquese y ejecútese.

Dada en Santafé de Bogotá, D. C., a los 23 días de diciembre de 1993.

CESAR GAVIRIA TRUJILLO

El Ministro de Hacienda y Crédito Público,

Rudolf Hommes Rodríguez

El Ministro de Trabajo y Seguridad Social,

Luis Fernando Ramírez Acuña

El Ministro de Salud,

Juan Luis Londoño de la Cuesta

El Director del Departamento Administrativo de la Función Pública (E.),

Jorge Eliécer Sabas Bedoya

ANEXO No 5

Tabela 1. Documentação Analisada

CONVENÇÕES TIPO DE AUTOR: I: Individual, C: Coletivo, INST: Institucional CONVENÇÕES TIPO DE DOCUMENTO: L: Livro, ART: Artigo, CL: Capítulo de livro		
LISTA BIBLIOGRÁFICA	CÓDIGO E TIPO DE DOCUMENTO	TIPO DE AUTOR
DE CURREA, Víctor. El derecho a la salud en Colombia: diez años de frustraciones. Bogota D.C.: ILSA, 2003. 311p.	L1	I
TORRES, Mauricio y PAREDES, Natalia. El caso colombiano: El mercado no es para todos y todas. In: TORRES, Mauricio y PAREDES, Natalia (editores), Derecho a la salud. Situación en países de América Latina. Asociación Latinoamericana de Medicina Social, Plataforma Colombiana de derechos humanos, democracia y desarrollo, 2007. p. 169-185.	CL2	C
PAREDES, Natalia. Derecho a la salud. Su situación en Colombia. Centro de investigación y Educación Popular. Deutsche Gessellschaft für Tenhnische Zusammenarbelt. Bogotá D.C., 2003. 134p.	L3	I
FUNDACIÓN LA PAZ; FUNSAREP; FORO COSTA ATLÁNTICA. Salud en la Costa Atlántica: en estado crítico. In: PLATAFORMA COLOMBIANA DE DERECHOS HUMANOS, DEMOCRACIA Y DESARROLLO. Más allá del embrujo: tercer año de gobierno de Álvaro Uribe Vélez. Bogota D.C.: Ediciones Antropos Ltda., 2005. p. 97-105.	AR4	I
CÉSPEDES LONDOÑO, Juan Eduardo, JARAMILLO PÉREZ, Iván y CASTAÑO YEPES, Ramón Abel. Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia. Cadernos de Saúde Pública , Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 2-24, jul./ago. 2002.	AR5	C
VÉLEZ, Alba Lucía. La acción de tutela: ¿Un mecanismo de protección del derecho a la salud y un proceso alternativo para acceder a servicios de salud?. Colombia Médica , Cali, v. 36, n. 3, p199-208, jul-sept. 2005.	AR6	I
VELEZ-ARANGO, Alba L, CECILIA REALPE, Delgado, GONZAGA-VALENCIA, Javier et al. Acción de Tutela, Acceso y Protección del Derecho a la Salud en Manizales, Colombia. Revista Salud pública , Medellín, v.9, n. 2, p.297-307, abr./jun. 2007.	AR7	C
ÁLVAREZ Castaño, Luz Stella. El derecho a la salud en Colombia: una propuesta para su fundamentación moral. Revista Panamericana de Salud Publica , Washington, v. 18, n. 2, p129-135, ago. 2005.	AR8	I
RODRÍGUEZ, Adriana y RAMÍREZ, Carlos. La garantía de la salud como Derecho integral. In: GARAY, Luis y RODRÍGUEZ, Adriana Colombia: Diálogo pendiente. Bogotá D.C.: Ediciones Antropos, 2005. p97-160.	CL9	C
CASTAÑO, Ramón Abel. Estado, mercado y análisis económicos: complementos o sustitutos?. Revista Gerencia y Políticas de Salud , Bogotá D.C., v.4, n. 8, p79-90, jul. 2005.	AR10	I
GARCÍA L., Juan Darío y CAICEDO V., Beatriz. La dimensión económica y política de los servicios de atención en salud: un aporte general para el	AR11	C

derecho a la salud y la justicia sanitaria en Colombia. Revista Facultad Nacional de Salud Pública , Medellín, v. 20, n. 1, p 117-133, ene./jun. 2002		
PAREDES, Natalia. La salud pública: Entierro definitivo. In: Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo. Reelección: El embrujo continúa. Segundo año de gobierno de Álvaro Uribe Vélez . Bogotá D.C.: Ediciones Antropos Ltda., 2004. p99-108.	CL12	I
MEJÍA-MEJÍA, Aurelio, SÁNCHEZ-GANDUR, Andrés F. y TAMAYO-RAMÍREZ, Juan C. Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia. Revista de Salud Pública , Medellín, v. 9, n. 1, p. 26-38, mar. 2007.	AR13	C
HERNÁNDEZ, Mario. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. Cadernos de Saúde Pública , Rio de Janeiro, v.18, n. 4, p.991-1001, jul-ago. 2002.	AR14	I
CARDONA, José Fernando; HERNÁNDEZ, Amparo; YEPES, Francisco J. La reforma a la seguridad social en salud en Colombia ¿AVANCES REALES?. Revista Gerencia y Políticas de Salud , Santa fe de Bogotá D.C., v. 4, n. 9, p 81-99, dic. 2005	AR15	C
GIRALDO, Juan Fernando Ospina, HINCAPIE PALACIO, Doracelly y FORERO GARCIA, Libia Esperanza. Distribución de recursos del Plan de Atención Básico con criterio de equidad. Revista de Salud Pública , Bogotá D.C., v. 37, no. 5, pp. 643-650, may. 2003.	AR16	C
VARGAS, Ingrid; VAZQUEZ, Maria Luisa; JANE, Elisabet. Equidade e reformas dos sistemas de saúde na América Latina. Cadernos de Saúde Pública , Rio de Janeiro, v. 18, n. 4., pp. 927-937, oct. 2002. Disponible em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000400003&lng=es&nrm=iso >. ISSN 0102-311X. Consulta: oct.13 2007.	AR17	C
RUIZ-RODRIGUEZ, Myriam; LOPEZ-MORENO, Sergio; AVILA-BURGOS, Leticia et al. Utilización de servicios médicos por una población desplazada en Bucaramanga, Colombia. Revista Salud Pública , Bogotá D.C., v. 8, n. 3. pp. 197-206, nov. 2006. Disponible em: < http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642006000300005&lng=es &nrm=iso >. ISSN 0124-0064. Consulta: 14 oct. 2007.	AR18	C
PINTO MASIS, Diana, CASTELLANOS, María Isabel. En el Sistema general de seguridad social colombiano. Caracterización de los recobros por tutelas y medicamentos no incluidos en los planes obligatorios de salud. Revista Gerencia y Políticas de Salud , Bogotá D.C., v.3, n. 2. p.40-61. dic. 2004 disponible em: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/ . Consulta: 15 oct. 2007.	AR19	C
DEFENSORÍA DEL PUEBLO. Sistema de Seguimiento y Evaluación de la Política Pública de Salud a la Luz del Derecho a la Salud . Bogotá D.C.. 2003. 196p	L20	INST
GÓMEZ GÓMEZ, Elsa. Género, equidad, y acceso a servicios de salud. Una aproximación empírica. Revista Panamericana de Salud Publica , Washington, v. 11, n. 5. p. 327-334, jun. 2002. Disponible em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500008&lng=pt&nrm=iso . Consulta: 23 oct. 2007.	AR21	I
RESTREPO TRUJILLO, Mauricio. La reforma de la seguridad social en	CL22	I

salud en Colombia y la teoría de la competencia regulada. En: TITELMAN, Daniel y UTHOFF, Andras. Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de: Estados Unidos- Canadá- Argentina- Chile-Colombia. Santiago de Chile: Fondo de cultura económica y CEPAL, 2000. p659-722		
AMAYA, Adalgiza; CANAVAL, Gladis Eugenia; VIAFARA, Elizabeth. Estigmatización de las trabajadoras sexuales: influencias en la salud. Colombia Médica , Cali, v. 36, n. 3supl.2. p. 65-74, jul. 2005. Disponible em: http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol36No3Supl1/cm36n3s1a8.htm . Consulta: 24 oct. 2007.	AR23	C
ARBELÁEZ, Mónica. Derecho a la salud en Colombia: el acceso a los servicios del Sistema General de seguridad Social en salud. Bogotá D.C.: Antropos, 2006. 372 p.	L24	I
CARMONA M., Luz Dary. Ley 100: balance y perspectivas. Bogota D.C.: Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social, Corporación para la Salud Popular Guillermo Fergusson, 2006. 293p.	L25	INST
HERNÁNDEZ BELLO, Amparo, Vega Romero, Román. El sistema colombiano de seguridad social en salud: DESIGUALDAD Y EXCLUSIÓN. Revista Gerencia y Políticas de Salud , Bogotá D.C., v. 1, n. 1. p. 48-73, nov. 2001. Disponible em: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/ . Consulta: 30 oct. 2007.	AR26	C
CASTAÑO, Luz Estella. Libres de enfermedad. In: BERNAL MEDINA, Jorge Arturo y ALVAREZ CASTAÑO, Luz Estella. Democracia y ciudadanías: balance de derechos y libertades en Medellín. Medellín: Corporación Región, 2005. p357-400.	CL27	I
CORTÉS, Mónica, ARCOS, Oscar, ASPRILLA, Guillermo. Impacto de la deuda externa en el derecho a la salud. In: BETANCUR BETANCUR, María Soledad. En deuda con los derechos: impacto de la deuda externa en el cumplimiento de los derechos económicos, sociales y culturales. Bogotá D.C.: Asociación de Trabajo Interdisciplinario, 2003. p157-190.	CL28	C
GARCÍA LONDOÑO, Juan Darío. Algunos desafíos de las reformas a los sistemas de salud desde el tema de la justicia distributiva sanitaria. In: Álvarez Castaño, Luz Estella y otros. Pensamiento en salud pública: el derecho a la salud. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Publica, 2001.p 90-96.	CL29	I
GAVIRIA DÍAZ, Carlos. In: Álvarez Castaño, Luz Estella et al. Pensamiento en salud pública: el derecho a la salud. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Publica, 2001.p 97-103.	CL30	I
ALVAREZ, Luz Estela. La situación de la salud de la población colombiana: Análisis desde la perspectiva de la equidad. In: Álvarez Castaño, Luz Estella et al. Pensamiento en salud pública: el derecho a la salud. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Publica, 2001.p 104-136.	CL31	I
RESTREPO MESA, Clara Inés. La focalización en acceso a los servicios de salud para la población más pobre: un análisis participativo de los resultados del SISBEN. In: ALVAREZ CASTAÑO, Luz Estella et al. Pensamiento en salud pública: el derecho a la salud. Medellín: Universidad de Antioquia,	CL32	I

Facultad Nacional de Salud Publica, 2001.p 142-163.		
RESPTREPO ZEA, Jairo Humberto. El seguro de salud para los pobres en Colombia: una cuestión de derecho y economía. In: Álvarez Castaño, Luz Estella et al. Pensamiento en salud pública: el derecho a la salud . Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Publica, 2001.p 164-183.	cl33	I
GIRALDO VALENCIA, Juan Carlos. Ejercicios del derecho a la salud en Colombia . Santafé de Bogota D.C.: Defensoría del Pueblo, 2000.160p.	L34	I
PAREDES HERNÁNDEZ, Natalia, GARIVIRIA DIAZ, Carlos y UPRIMY YEPES, Rodrigo. El derecho a la salud en Colombia. In: FRANCO AGUDELO, Saúl. La salud pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública . Bogota D.C.: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Odontología, 2003. p.267-344.	CL35	C
HERNANDEZ ÁLVAREZ, Mario, LONDOÑO DE LA CUESTA, Juan Luis y CORSI OTALORA, Carlos. Pasado, presente y futuro de la ley 100 de 1993. In: FRANCO AGUDELO, Saúl. La salud pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública . Bogota D.C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Odontología,- 2003. p.435-480.	AR36	C
JARAMILLO, Iván. El futuro de la salud en Colombia. Cinco años de la puesta en marcha de la Ley 100 . Santafé de Bogotá D.C.: FESCOL, Fundación Antonio Restrepo Barco, Fundación Corona, 1999. 405p	L37	I
VILLARREAL AMARIS, Gloria y MONTH ARRIETA, Edalcy. Oportunidades perdidas de atención en salud en instituciones prestadoras de servicios de salud Sincelejo, Revista Facultad de Medicina , Bogotá D.C., v.53, n.2. p79-90, abr-jun. 2005. Disponible em: http://www.revmed.unal.edu.co/revistafm/v53n2/v53n2a3.html . Consulta: 7 nov.2007.	AR38	C
TORRE, Cristina de la El modelo neoliberal en Colombia . _____ . Álvaro Uribe o el neopopulismo en Colombia . Medellín: La Carreta, 2005. p129-180.	CL39	I
DEFENSORIA DEL PUEBLO. Dirección nacional de atención y trámite de quejas trámite de quejas. In: _____. Octavo informe del defensor del pueblo al Congreso de Colombia . Bogota: Imprenta Nacional de Colombia, 2000. p. 55-75	CL40	INST
DEFENSORIA DEL PUEBLO. Dirección nacional de recursos y acciones judiciales. In: _____. Octavo informe del defensor del pueblo al Congreso de Colombia . Bogota: Imprenta Nacional de Colombia, 2000. p77-98	CL41	INST
GONZÁLEZ, Jorge Iván y otros. Efectos del nivel de ingreso y la desigualdad sobre la autopercepción en salud: análisis para el caso de Bogotá. Revista Gerencia y Políticas de Salud , Bogotá D.C., v.4, n.9. p 120-140, dic. 2005. disponible em: http://www.javeriana.edu.co/biblos/revistas/salud/pdf-revista-9/Estudios-1.pdf Consulta: 8 nov. 2007.	AR42	C
CARDONA, Álvaro et al. (1999), Impacto de la reforma de la seguridad social sobre la organización institucional y la prestación de los servicios de salud en Colombia . Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad	AR43	INST

Nacional de Salud Pública. 297p.		
Torres Valdivieso, Sergio; Ángel, Víctor Manuel. Outsourcing de servicios en la prestación de servicios de salud en Bogotá. Revista Gerencia y Políticas Salud , v.3, n.7. p101-113, dic. 2004. Disponible en: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/ Consulta: 8 nov. 2007.	AR44	C
CÁRDENAS, Miguel Eduardo, SÁNCHEZ, Luz Helena, BERNAL, Martha. Retroceso de la salud en la Colombia Neoliberal. In: Observatorio Latinoamericano de Salud. Informe alternativo sobre la salud en América Latina . Quito: Centro de Estudios y asesoría en salud –CEAS-, 2005. p100-109	L45	C
GIRALDO, Cesar. ¿Protección o desprotección social? . Bogotá: Desde Abajo, 2007. 290p.	I46	L
HERNÁNDEZ Mario, FORERNO, Lucía y TORRES, Mauricio. Avances en Salud del gobierno Democrático de la Alcaldía de Bogotá. In: Informe alternativo sobre la salud en América Latina. Observatorio Latinoamericano de Salud . Quito: Centro de estudios y asesoría en salud –CEAS-, 2005. p228-241	CL47	C
DEFENSORÍA DEL PUEBLO. Sistema de Seguimiento y evaluación de la política pública de salud a la luz del derecho a la salud . Bogotá: Defensoría del Pueblo, 2006. 192p	CL48	INST
DEFENSORÍA DEL PUEBLO. El derecho a la salud En la Constitución, la Jurisprudencia y los Instrumentos Internacionales . Bogotá: Defensoría del Pueblo, 2003. 417p.	L49	INST
MEJIA VILLEGAS, Darío. La tutela y el derecho a la salud: causas de la tutela en salud . Bogota: Defensoría del Pueblo. 2004. 51 p	L50	INST
FRANCO, Andrea Llano, CASTRILLÓN QUINTERO, Ricardo Antonio. Derechos y deberes de los actores que participan en el sistema general de seguridad social en salud . Envigado: Universidad Pontificia Bolivariana, 2006. 120 p.	AR51	C
PLATAFORMA INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS, DEMOCRACIA Y DESARROLLO. ¿Equidad? El problema de la equidad financiera en salud . Bogotá: Antropos, 2001. 228p.	L52	C
BALLESTEROS, Mónica Patrica, GAVIRIA L., Marta Beatriz, MARTÍNEZ B., Sofía Elena. Caracterización del acceso a los servicios de salud en población infantil desplazada y receptora en asentamientos marginales en seis ciudades de Colombia, 2002-2003. Revista Facultad Nacional de Salud Pública , Medellín, ene./jun. 2006. p1-17	AR53	C
RESTREPO, Jairo Humberto. ¿Qué cambió en la seguridad social con la Ley 1122. Revista Facultad Nacional de Salud Pública , Medellín, v.25, n. 1, p83-90. ene./jun. 2007.	AR54	INST
FLOREZ ENCISO, Carmen Elisa y SOTO, Victoria Eugenia. Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano . Bogota: Fundación Corona, 2007.	L55	C
VEGA, Román. El derecho a la salud y las reformas del sector. In: Memorias II Congreso Internacional de Salud Pública. Accesibilidad al desarrollo y a los sistemas de salud, condición para el bienestar social . Medellín: Universidad de Antioquia, 2001. p. 97-99	CL56	INST
GARCÍA L., Juan Darío y CAICEDO V., Beatriz. La dimensión económica y política de los servicios de atención en salud: un aporte general para el	AR57	C

derecho a la salud y la justicia sanitaria en Colombia. Revisa Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín, v. 20, n. 1. p1171-133, en-jun. 2002.		
ECHEVERRY, Esperanza. Derecho a la salud, Estado y globalización. In: 4to. Congreso internacional de Salud Pública. Medellín: Universidad de Antioquia, 2005. p.80-95	I58	INST
_____. La salud en Colombia: Abriendo el siglo...y la brecha de las inequidades. In: La salud al derecho: Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social. Medellín: Universidad de Antioquia, 2004, p23-48.	I59	INST
MOVIMIENTO NACIONAL POR LA SALUD Y LA SEGURIDAD SOCIAL. Estrategia ciudadana por la salud del Magdalena Medio. Proyecto regional de salud. In: La salud al derecho: Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social. Medellín: Universidad de Antioquia, 2004, p205-214.	CL60	INST

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)