

Bogota, Octubre 27/ 2004.

Dra.  
Flor Gnneco Arregocés.  
Presidente  
Honorable Comisión Séptima  
Senado de la República  
E.S.M.

Apreciada Doctora Gnneco:

Cumplimos con el deber de presentar ponencia para el primer debate al proyecto de ley 52/04, de origen gubernamental, que se tramitará como ley orgánica, “por el cual se realizan modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151-288-356 y 357 de la Constitución Política”, el proyecto tiene acumulados los proyectos de ley , 19-31-33-38-54-57-58-98-105-115-122/2004 Senado, estos últimos de origen parlamentario, relacionados con cambios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

## **OBJETO DE LOS PROYECTOS.**

Los proyectos enunciados tienen como objeto reestructurar el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) especialmente en lo relacionado en materia de recursos y competencias, aseguramiento, prestación de servicios, financiación, flujo de recursos, sistemas de información, control y vigilancia, salud para algunos grupos especiales tales como: indígenas, artistas, jueces de paz y los jueces de reconsideración, residentes en el exterior. Para lo anterior modifica especialmente normas de la ley 100/93 y la ley 715/01. Ratifican la dirección, coordinación y control del Estado quien está a cargo del desarrollo armónico y coherente de la implementación del Sistema.

## ANTECEDENTES

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

1. El proyecto de ley 52/04 Senado es de origen gubernamental y orgánico.

“Por el cual se modifica el Sistema General de Seguridad Social en salud (SGSSS) y se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 48-49-356-357 de la constitución política.”

2. El proyecto de ley 19/04 Senado fue presentado por los honorables Senadores: Doctores Luis Carlos Avellaneda y Bernardo Alejandro Guerra.

“Por la cual se reforma el libro segundo de la ley 100 de 1993 y se constituye El Sistema de Seguridad Social en Salud Integral”

3. El proyecto de ley 31/04 fue presentado por los honorables Senadores: doctores Eduardo Benítez, Dieb Maloof, Dilian Francisca Toro, Rafael Pardo, Mauricio Pimiento, Ramiro Luna, Carlos Ignacio Cuervo.

“Por el cual se realizan modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud”

4. El proyecto de Ley 33/04 Senado fue presentado por el honorable Senador doctor Germán Vargas Lleras.

“Por el cual se realizan modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se dictan otras disposiciones respecto al fortalecimiento de el ejercicio de las profesiones de salud.”

5. El proyecto de ley 38/04 fue presentado por el honorable Senador Doctor José Maria Villanueva Ramírez.

“Por la cual se adiciona el artículo 157, de la ley 100 de 1993, para permitir el pago en el exterior de aportes en salud, para la vinculación y atención de nacionales al plan obligatorio de salud, y se dictan otras disposiciones”

6. El proyecto de ley 54/04 fue presentado por la honorable Senadora Ángela Victoria Cogollos.

“Por medio del cual se modifican algunos artículos de la ley 100/93.

7. El proyecto de ley 57/04 presentado por el honorable senador Hernán Francisco Andrade Serrano y los Honorables representantes José Gonzalo Gutiérrez y Germán Navas Talero.

“Por medio de la cual se establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud y Pensión para los jueces de paz y los jueces de reconsideración y se dictan otras disposiciones”

8. El proyecto de ley 58/04 presentado por el honorable Senador Jesús Enrique Piñaque A.

“Por el cual se modifica el Sistema general de Seguridad Social y se adicionan normas especiales a favor de los pueblos indígenas”

9. El proyecto de ley 98/04 presentado por los honorables congresistas Gustavo Petro Urrego, Samuel Moreno Rojas, Antonio Navarro Wolf, Francisco Rojas Birry, Wilson Alfonso Borja, Jesús Bernal Amorocho, Joaquín José Vives, Germán Navas Talero, Venus Albeiro Silva, Germán Parra.

“Por el cual se reforman los libros Segundo y Tercero de la Ley 100 de 1993 y se crea el Sistema Integrado de Seguridad Social en Salud (SISESA)”

10. El proyecto de ley 105/04 presentado por el honorable congresista Venus Albeiro Silva.

“Por la cual se implementa el Sistema General de Seguridad Social en Salud a los Trabajadores del Arte y Gestores y Gestoras Culturales”.

11. El proyecto de ley 115/04 presentado por el honorable congresista Venus Albeiro Silva.

“Por el cual se amplía la cobertura en la prestación de servicios de salud a los estratos 1, 2, 3”.

12. El proyecto de ley 122/04 presentado por los honorables congresistas Omar Yépes Alzate, Juan Martín Hoyos Villegas.

“Por medio de la cual se modifica la Ley 715 de 2001”.

## **CONSIDERACIONES CONSTITUCIONALES Y LEGALES.**

### Constitución Nacional.

El artículo 48 de la CN determina el concepto de seguridad social e introduce la participación de los particulares en la presentación de los servicios:

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

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

El Artículo 49 de de la CN establece:

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

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

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

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

El artículo 365 de la CN se debe destacar del mandato constitucional, la finalidad social del Estado y de los servicios públicos.

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

Y el artículo 366:

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

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

Ley 100 de 1993

La Ley 100 de 1993 creó el Sistema de Seguridad Social, conformado por el Sistema General de Pensiones, el Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el Sistema de Riesgos Profesionales y los servicios sociales complementarios.

*Dentro de los objetivos del SGSSS estaba la cobertura universal de todos los colombianos para el año 2001 en todos los niveles de complejidad (artículo 151 de la ley 100 ) Este objetivo fundamental, es la razón de ser del **SGSSS**, que aún está lejos de cumplirse, porque en la actualidad existen cerca de 20 millones de compatriotas sin protección específica en salud.*

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

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

## **EXPOSICIÓN DE MOTIVOS.**

Desde el año 1993 se promulgó en Colombia una reforma ambiciosa al sector de la salud, que cumple 10 años de implementación y desarrollo. A pesar de su espíritu progresista y sus logros, existen innumerables quejas sobre su funcionamiento y resultados, inconformidades que vienen recogándose en los medios de comunicación, en los espacios de discusión nacional, en el Congreso de la Republica y en el seno de comisiones creadas para analizar el desarrollo de la ley 100. Luego de escuchar y conocer estas dificultades, con participación del Gobierno y

diferentes actores que concurren a ella, incluyendo, las universidades, los investigadores, los gremios, y representantes de la sociedad civil, se puede concluir que existen obstáculos significativos en la operativización de la reforma y en el cumplimiento del espíritu constitucional por el que se rige. Por su seriedad y magnitud estos obstáculos requieren una reforma de la legislación vigente.

## **DIAGNOSTICO:**

### **Financiación:**

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

Colombia viene haciendo inversiones cuantiosas en salud, sin embargo no ha sido posible conjurar el déficit hospitalario ni existe cobertura universal; algunos hospitales vienen cerrándose y otros parecen próximos a desaparecer. Como se ha señalado actualmente y desde hace algunos años. En Colombia se viene haciendo una inversión en salud que se aproxima al 8% del PIB pero que llegó hasta el 10% en 1997 y 1999.

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

Adicionalmente a lo anterior, el cumplimiento de los supuestos de la reforma y el aporte del *pari passu*: La inflexibilidad en la presupuestación y utilización de los recursos presupuestales del Fondo de Solidaridad y Garantía, como también las continuas modificaciones presupuestales (recortes, aplazamientos, traslados, etc.) ha generado e imposibilitado la utilización del total de recursos y por ende la ampliación de coberturas. Así lo expuso claramente el Contralor General de la República presentando el incremento de inversiones en TES y otros títulos con los dineros del régimen subsidiado.

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

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

No existe una garantía financiera en el Sistema, pues la quiebra de varias ARS y EPS, y las condiciones financieras de algunas de ellas, deben ser motivo de preocupación y solución. Es un hecho conocido que la liquidación de algunas de estas entidades ó su desaparición causó pérdidas a las IPS y otros acreedores, fenómeno que genera desconfianza y falta de transparencia en el sistema. Para solucionar estos temas es preciso mejorar los indicadores y exigencias financieras a las empresas que se encarguen del aseguramiento y en segundo lugar la creación de un Fondo de Garantías que proteja de las quiebras a los prestadores y otros acreedores.

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

### **Aseguramiento :**

Según estableció el artículo 162 de la ley 100, “El Sistema General de Seguridad Social en Salud crea las condiciones de acceso a un plan obligatorio de salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001” Meta que no se ha cumplido y que constituye un problema sustantivo que se expresa en diversos niveles.

No se está garantizando un trato equitativo a todos los colombianos, por cuanto no se han incluido a toda la población al aseguramiento, considerando que para diciembre del 2003 se encontraban afiliados 13.2 millones de personas al régimen contributivo y 11.5 al subsidiado, suma que permite concluir, restando los cerca de 1.5 millones de personas afiliadas a regímenes especiales, que existirían cerca de 18.5



millones de Colombianos que no disponen de ninguna afiliación: Tampoco ha sido posible igualar el contenido del plan obligatorio de salud (POS) contributivo y subsidiado.

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

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

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

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

### **Prestación de servios de salud.**

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

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

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

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

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

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

### **Atención gestionada y administración por niveles.**

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

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

## **Salud Pública.**

La reforma de la seguridad social se estableció sin tratar exhaustiva y adecuadamente los aspectos de la salud pública. Sus contenidos y la institucionalidad que estableció carecen de instrumentos y conceptos indispensables para garantizarla. Así puede verificarse en el artículo 152 de la ley 100 de 1993, que excluye de su ámbito la salud pública, dejándola a cargo de las leyes 60 de 1993 y la ley 9 de 1979. No obstante y contradictoriamente, el artículo 165 de la misma ley, adopta un paquete de servicios, el Plan de Atención Básica (PAB), constituido por aquellas intervenciones que se dirigen a la colectividad.

Como resultado de estas incongruencias se encuentra que no existe una política explícita de salud pública que fije claramente la responsabilidad del Estado y determine la salud como un derecho. El desarrollo reglamentario y operativo que se ha hecho de la ley 100 y de los conceptos relacionados con la salud pública, da lugar a diferentes interpretaciones que inducen confusiones entre la salud pública, el Plan de Atención Básica, la promoción y prevención y las acciones y servicios a los individuos con actividades dirigidas a la colectividad.

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

La información existente, explica que existe un control deficiente de infestación de vectores transmisores de enfermedades tales como el dengue, la fiebre amarilla, la malaria, entre otros. El avance no es significativo en algunos indicadores de salud pública, tales como la tuberculosis, la mortalidad materna y prenatal en donde nos hemos rezagado en comparación con otros países.

No existe una ordenación adecuada de acciones de salud pública, que corresponda a criterios claros y uniformes que identifiquen las necesidades de la población tanto desde el punto de vista del individuo como de la colectividad, razón por la cual el desarrollo del plan de atención básica (PAB.) es insatisfactorio en sus contenidos. Así mismo

presenta ineficiencia en su ejecución y en su institucionalización y coherencia debido en gran parte a que se han reducido y desmontado equipos con recursos físicos, financieros, logísticos y con talento humano capacitado en el área.

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

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

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

Existe un debilitamiento en la organización y la financiación de la salud pública. El INS, como entidad llamada a encabezar la Salud Pública esta sumida en una condición inferior a sus retos; sus programas de investigación son diferentes a las necesidades del país , dispone de un presupuesto mínimo, carece de infraestructura adecuada, y en general no está capacitada para asumir las exigencias, necesidades y problemas de salud de los Colombianos.

### **Vigilancia y control.-**

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

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

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

### **Sistema de información.**

Una década después de haber sido sancionada la Ley 100 de 1.993, el Sistema General de Seguridad Social en Salud aún no cuenta con un Sistema de Información que le permita a los organismos de dirección el establecimiento racional y sólido de políticas, normas, planes, programas y proyectos, ni a los de vigilancia, inspección y control desarrollar oportunamente acciones preventivas y correctivas frente a las realidades en el aseguramiento, financiamiento, oferta y prestación de servicios de salud de carácter individual y colectivo.

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

A pesar que se han estandarizado flujos y datos de algunos de los procesos esenciales en cada uno de los niveles de operación no existen las condiciones necesarias para alcanzar niveles mínimos de integración.

Los datos compilados tienen bajo nivel de análisis y uso en las decisiones estratégicas y gerenciales.

## **CONCLUSIÓN**

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

Anexamos el Pliego de Modificaciones.

## **PROPOSICIÓN**

Con las anteriores consideraciones y teniendo en cuenta el pliego de modificaciones anexo, dése primer debate al Proyecto de Ley No 052 – Senado “Por el cual se realiza modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan normas orgánicas en materias de recursos y competencias de conformidad con los artículos 48-49-356 y 357 de la Constitución Política” y sus acumulados Proyectos de Ley No 019-04, 031-04, 033-04, 038-04, 054-04, 057-04, 058-04, 098-04, 105-04, 115-04 y 122-04 Senado.

ATTE.

**Eduardo Benítez Maldonado.**  
**Maloof Cuse**

**Dieb**

Senador ponente.  
ponente.

Senador

**Alfonso Angarita Baracaldo.**  
**Puello Chamie.**  
Senador ponente.  
ponente.

**Jesús**  
Senador

**Ángela Cogollos Amaya.**  
**Sosa Pacheco.**  
Senador ponente.  
Ponente

**Gustavo**  
Senador



**COMISION SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA.-**, Bogotá D. C., a los veintiocho (28) días del mes de octubre del año dos mil cuatro (2004).- En la presente fecha se autoriza la publicación en la Gaceta del Congreso de la República.

El Presidente,

ARREGOCES

FLOR

MODESTA

GNECCO

El Secretario,

GERMAN ARROYO MORA