



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXIII - N° 2100

Bogotá, D. C., viernes, 29 de noviembre de 2024

EDICIÓN DE 31 PÁGINAS

DIRECTORES:

SAÚL CRUZ BONILLA

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO (e)

www.secretariasenado.gov.co

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA

www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

CÁMARA DE REPRESENTANTES

CARTAS DE COMENTARIOS

CARTA DE COMENTARIOS MINISTERIO DE VIVIENDA, CIUDAD Y TERRITORIO
PROYECTO DE LEY NÚMERO 028 DE 2024 CÁMARA DE REPRESENTANTES

por la cual la nación se asocia a la celebración de los ciento sesenta (160) años de fundación del municipio de Pereira, departamento de Risaralda, rinde homenaje a la ciudadanía pereirana y se dictan otras disposiciones. .



Bogotá D.C., septiembre de 2024

Doctora
CAROLINA GIRALDO BOTERO
Representante
Cámara de Representantes
Congreso de la República de Colombia
Carrera 7 No. 8-68
carolina.giraldo@camara.gov.co

ASUNTO: CONCEPTO PROYECTO DE LEY 028 DE 2024 - CÁMARA DE REPRESENTANTES 160 AÑOS DE PEREIRA.

Honorable representante:

Recibimos el proyecto de ley del asunto, sobre el cual nos permitimos pronunciarnos en el marco de las competencias del Viceministerio de Agua y Saneamiento Básico (VASB), establecidas en el Decreto 3571 de 2015 modificado por el Decreto 1604 de 2020, en los siguientes términos:

El proyecto de ley 028 del 2024 propone en su artículo 3 lo siguiente:

"(...) Autorícese al Gobierno Nacional para que de conformidad con los artículos 288, 334, 341, 345, 356 y 357 de la Constitución Política y de las competencias establecidas en la Ley 715 de 2001, destine recursos del Presupuesto General de la Nación, a través de las partidas o traslados presupuestales necesarios, para ejecutar los siguientes proyectos estratégicos y de alta utilidad pública para la ciudad de Pereira, departamento de Risaralda:

- Planta de Tratamiento de Aguas Residuales de Pereira.
- Corredor de Conectividad Consota-Otún: pasando por el Salado de Consotá, jardín botánico UTP, Cerro-Mirador Canceles, Parque Lineal Otún.
- La construcción y adecuación del Archivo-Museo Histórico de Risaralda en la ciudad de Pereira, con el fin de avanzar en el proyecto estratégico "Fortalecimiento del patrimonio cultural a través de la estrategia-Archivo museo histórico" del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026.
- "Parque San Mateo, pulmón de vida y conocimiento", proyecto estratégico del departamento de Risaralda del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026.
- Sistema de Plantas de Tratamiento de Aguas Residuales del corregimiento de la Florida.
- Saneamiento básico para los centros poblados de Puerto Caldas y Caimalito.

Parágrafo 1. Las autorizaciones de gasto otorgadas al Gobierno Nacional en virtud de la presente ley se incorporarán en el Presupuesto General de la Nación de acuerdo con las normas orgánicas en materia presupuestal, en primer lugar reasignando los recursos hoy existentes en cada órgano ejecutor, sin que ello implique un aumento del presupuesto y, en segundo lugar, de acuerdo con las disponibilidades que se produzcan en cada vigencia fiscal.

Parágrafo 2. Los procesos de contratación que se adelanten en desarrollo del presente artículo se sujetarán en todo al Estatuto General de Contratación de la Administración Pública.

Parágrafo 3. Las administraciones municipal y departamental de Pereira y Risaralda, con el apoyo del Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes o quien haga sus veces, propenderán por vincular a todos los sectores del departamento, entidades públicas, instituciones, gremios, empresas, organizaciones sociales y academia en la promoción, divulgación y apropiación social del Archivo-Museo Histórico de Risaralda. (...) "



En el marco de nuestras competencias, nos permitimos pronunciarnos con relación a la planta de tratamiento de aguas residuales (PTAR) de Pereira, así:

1. Antecedentes

La Nación, representada por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (MHCP) y el Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio (MVCT), suscribieron el 19 de diciembre de 2019 con el banco de desarrollo alemán KfW Frankfurt am Main, el contrato de crédito No. 28707 y su acuerdo separado por valor de \$139.400 millones de pesos destinados para el programa saneamiento de vertimientos de las cuencas Chinchiná y Otún-Consota.

En consonancia con lo anterior, el municipio de Pereira, mediante oficio con radicado No. 2020ER0093162, recibido en este Ministerio el 24 de septiembre de 2020, solicitó al VASB, emitir concepto de viabilidad para el proyecto denominado "CONSTRUCCIÓN PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA RESIDUAL PARA LAS CIUDADES DE PEREIRA Y DOSQUEBRADAS".

Luego del proceso de revisión y ajuste por parte del equipo evaluador, el comité técnico de proyectos del VASB, en sesión No. 64 del 11 de noviembre de 2021, emitió concepto de viabilidad al mencionado proyecto por valor de DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL CIENTO CINCUENTA Y OCHO MILLONES NOVENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS MCTE (\$264.158.097.636), cuyo cierre financiero previó el aporte de recursos del Presupuesto General de la Nación (PGN) de las vigencias 2021, 2022, 2023, 2024 y 2025 y aportes de la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Pereira S.A.S. E.S.P., - Aguas y Aguas de Pereira (AyA), de la Corporación Autónoma Regional de Risaralda (CARDER), de la Empresa Industrial y Comercial del Estado Empresa de Servicios Públicos Domiciliarios Serviciudad (Serviciudad), y de los municipios de Dosquebradas y Pereira. El concepto fue comunicado a los municipios beneficiarios a través de oficio 2021EE0132101 del 11 de noviembre de 2021.

En razón de lo anterior, este Ministerio mediante Resolución 676 de 2021 asignó a los municipios de Pereira y Dosquebradas para la financiación del proyecto "CONSTRUCCIÓN PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA RESIDUAL PARA LAS CIUDADES DE PEREIRA Y DOSQUEBRADAS" la suma de \$109.230.097.636, como apoyo financiero de la Nación, parte de los cuales provenían del crédito suscrito con el banco KfW.

El artículo 6 de la anterior resolución disponía: "La presente resolución de asignación perderá efecto si dentro de los tres (3) meses siguientes a la fecha de su expedición el municipio no acredita la suscripción del convenio interadministrativo de uso de recursos de que trata el artículo 4 de la parte resolutoria de la presente resolución, o si transcurrido doce (12 meses) contados desde la fecha de expedición de la presente resolución el ejecutor designado no ha suscrito los contratos necesarios para la ejecución del proyecto".

Posteriormente, el 12 de noviembre de 2021 se suscribió el convenio de uso de recursos (CUR) 1128 de 2021 entre el MVCT, los municipios de Pereira y Dosquebradas, la CARDER, AyA, y Serviciudad para la ejecución del proyecto en mención.

AyA publicó el 24 de febrero de 2022 el proceso de Licitación Pública Internacional LPI 01 de 2022 en el SECOP II que tenía por objeto la "Construcción de las obras, suministro e instalación de equipos, puesta en marcha y asistencia operativa de la planta de tratamiento de aguas residuales Pereira - Dosquebradas, en la ciudad de Pereira - Risaralda - Colombia". No obstante, el 24 de junio de 2022, cumplida la hora definida para el cierre, no se recibieron propuestas. Por ello, el 27 de julio de 2022, posterior a obtener la no objeción de KfW, se publicó en el SECOP la declaratoria de desierta y cancelación del proceso licitatorio.

 La empresa AyA adelantó una encuesta dirigida a potenciales proponentes que presentaron interés en participar, con el fin de conocer las razones por las cuales no se obtuvieron propuestas en el proceso de selección. Dentro de las situaciones que fueron manifestadas por los encuestados, se expusieron como principales, los incrementos en la TRM y en los precios de los insumos necesarios para la ejecución del proyecto. El día 7 de octubre de 2022, la empresa AyA remitió el presupuesto actualizado del proyecto viabilizado, el cual ascendía a \$371.987.366.320 con un incremento de \$107.829.327.096,05 (40,82%). Posteriormente, el 21 de octubre de 2022 el municipio de Pereira envió comunicación informando que, al no contar con las fuentes de financiación de los nuevos recursos necesarios que permitieran soportar el cierre financiero requerido, no era posible la radicación de la reformulación del proyecto. Teniendo en cuenta que, a pesar de todos los esfuerzos realizados por el Ministerio y la región, al 12 de noviembre de 2022 habían transcurrido 12 meses desde la fecha de expedición de la Resolución 676 del 11 de noviembre de 2021 y el ejecutor designado no había suscrito los contratos necesarios para la ejecución del proyecto, operó la condición resolutoria prevista en el artículo 6 del acto administrativo. Se configuraron los elementos necesarios para declarar la pérdida de ejecutoriedad de la Resolución 676 de 2021, y las Resoluciones 375 y 441 de 2022 que la modificaron. Por ello, el 19 de diciembre de 2022 el MVCT expidió la Resolución 1335 mediante la cual se declaró la pérdida de ejecutoriedad y el 22 de diciembre se suscribe la terminación anticipada del CUR 1128 de 2022. 2. Impacto del proyecto propuesto Es importante resaltar que este proyecto es de carácter regional y, por lo tanto, con éste se busca el tratamiento eficiente de las aguas residuales sanitarias generadas por los municipios de Pereira y Dosquebradas para su posterior vertimiento a la fuente receptora (río Otún), beneficiando a un total de 332.075 habitantes en la actualidad y hasta llegar a los 794.964 habitantes beneficiados (según la proyección del periodo de diseño). El proyecto viabilizado incluye la construcción de la planta de tratamiento de agua residual – PTAR para las ciudades de Pereira y Dosquebradas y su respectiva interventoría. La cobertura de la PTAR y el caudal a tratar se estima en el 70,88% de las aguas residuales aportadas por todo el municipio de Pereira, correspondiente a 680 lps para el año de puesta en marcha, y para el periodo de diseño se proyecta tratar el 100% de las aguas residuales de Pereira y el 98,5% de las aguas residuales de Dosquebradas, que corresponden a un total de 1420 lps. Los beneficios ambientales del proyecto son de trascendencia nacional, toda vez que se realiza el tratamiento previo al vertimiento, la eliminación de olores e impactos negativos en el medio ambiente, se cierra el ciclo del saneamiento hídrico y hace del río un ecosistema vivo, cerrando brechas en los indicadores de saneamiento a nivel local, departamental y nacional, con una contribución de 1.13 puntos porcentuales a la meta nacional. 3. Avances del proyecto en el año 2024 Durante el mes de marzo de 2024, la empresa AyA, en el marco de la misión de seguimiento realizada por el banco KfW, presentó al MVCT el presupuesto actualizado del proyecto para su correspondiente revisión, el cual pasó de \$263.854 millones a \$475.721 millones (sin incluir el 2% de seguimiento por aportes de la Nación). Así pues, el día 8 de agosto de 2024, en reunión realizada en la ciudad de Pereira con la presencia del Departamento Nacional de Planeación (DNP), quien lideró las mesas con la región, así como de los alcaldes de Pereira y Dosquebradas, representante de	 la CARDER, la empresa AyA y Serviciudad, se estableció el compromiso por parte de los diferentes actores de adelantar las gestiones financieras y técnicas necesarias para desarrollar el proyecto de saneamiento de la cuenca del río Otún. Así pues, el MVCT junto con la empresa AyA, el DNP y el MHCP se encuentran adelantando mesas de trabajo semanales con el fin de llevar a cabo las gestiones necesarias para revisar el técnica y presupuestalmente el proyecto remitido por AyA. 4. Conclusión Es de resaltar que este proyecto es prioridad para el gobierno nacional, dado su impacto para la región y los beneficios directos e indirectos que generará en la población de los municipios de Pereira y Dosquebradas. Por ello, el Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio reitera la disposición que se tiene para que, de manera articulada con la región, éste pueda ser desarrollado. En este sentido, con relación al literal (a) del artículo 3 del proyecto de ley 028 del 2024, esta cartera resalta la iniciativa legislativa. Ahora bien, esta cartera sugiere, respetuosamente, se considere que el proyecto ya se encuentra contemplado en el CONPES 3948 de 2018. Quedamos a su disposición para atender cualquier inquietud que al respecto tenga. Atentamente,  NATALIA DUARTE CACERES Directora de Política y Regulación
--	--

CARTA DE COMENTARIOS CATÓLICAS POR EL DERECHO A DECIDIR COLOMBIA

PROYECTO DE LEY NÚMERO 453 DE 2024 CÁMARA

por el cual se reconoce la incidencia del Sector Interreligioso en el ámbito educativo y se fortalece su aporte en la formación de valores y principios éticos y morales en Colombia.



Bogotá D.C., 22 de noviembre de 2024

Honorables Representantes a la Cámara

Miembros de la Comisión Sexta

Asunto: Concepto técnico Proyecto de Ley 453 de 2024 "Por el cual se reconoce la incidencia del Sector Interreligioso en el ámbito educativo y se fortalece su aporte en la formación de valores y principios éticos y morales en Colombia"

Autores: Manuel Virgúez Piraquive, Ana Paola Agudelo García, Carlos Eduardo Guevara, Irma Luz Herrera. Partido Mira.

Cordial saludo,

Católicas por el Derecho a Decidir Colombia (CDD-Colombia) es una organización de derechos humanos, con más de 20 años trabajando en la defensa de los derechos de las mujeres y las niñas, especialmente en lo que respecta a la sexualidad y la reproducción. Nuestro compromiso se centra en promover el ejercicio pleno de la ciudadanía, bajo un enfoque laico, para contribuir significativamente a cambios socio-culturales que garanticen el derecho a decidir.

En ese sentido, de manera respetuosa ponemos a su consideración el presente Concepto Técnico sobre el PL 453 de 2023 – C y las razones por las cuales consideramos que promover este tipo de iniciativas, podría poner en riesgo el respeto del principio de Estado Laico y el Deber de Neutralidad del Estado.



www.cddcolombia.org cddcolombia@cddcolombia.org



Objeto del Proyecto: El Proyecto de ley 453 de 2024, tiene como objeto reconocer la incidencia del Sector Interreligioso, sus líderes y organizaciones en el ámbito educativo; fortalecer su aporte en la formación de valores y principios éticos y morales. Así mismo, busca reconocer el rol del Sector Interreligioso en la construcción de tejido social y su aporte en una sociedad pacífica a través de la resolución de los conflictos mediante el diálogo social con valores.

Los argumentos que consideramos relevantes para el estudio y discusión del Proyecto de Ley, son los siguientes:

1. El alcance del Proyecto de Ley pone en riesgo el Principio de Laicidad y el deber de neutralidad del Estado.

El alcance de esta iniciativa legislativa gira en torno al reconocimiento de acciones, programas y proyectos a través de los cuales las entidades religiosas y sus organizaciones pueden contribuir al "bien común y al cumplimiento de la Agenda 2030". Este enfoque se orienta especialmente hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2, para poner fin al hambre; ODS 3, para promover la salud y el bienestar; ODS 5, para lograr la igualdad de género, entre otros.

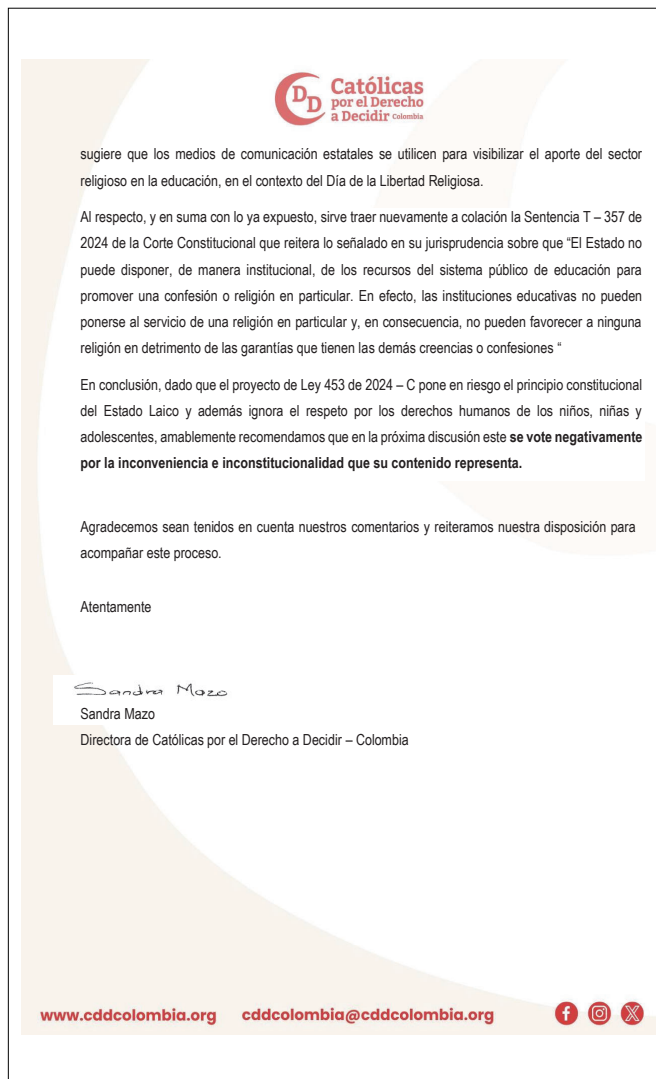
La propuesta establece que las entidades religiosas tendrían la posibilidad de intervenir en ciertos asuntos estatales, como el educativo, argumentando, según la exposición de motivos, que su participación ayudaría a suplir necesidades sociales que el Estado no logra cubrir por completo. Esta participación, sin embargo, plantea serios interrogantes, pues abre la puerta para que iglesias y confesiones religiosas tengan una influencia directa en la toma de decisiones sobre asuntos públicos, lo que podría impactar la vida y el ejercicio de las libertades de la ciudadanía en general.

La Constitución Política de Colombia de 1991 reconoce que somos un Estado Social y Democrático de Derecho, pluriétnico y multicultural. Sobre esta base, la Corte Constitucional ha reafirmado que el modelo de Estado laico es inherente a la Carta Política, la cual deja atrás la preeminencia de la



www.cddcolombia.org cddcolombia@cddcolombia.org

 religión católica —tal como estaba consagrada en el artículo 38 de la Constitución de 1886— para dar paso a un Estado que garantiza la libertad de cultos, donde “todas las confesiones religiosas e iglesias son igualmente libres ante la ley” (Sentencia T-124 de 2021), pero que además respeta las libertades individuales de quienes por elección deciden no predicar un credo o religión. De ahí el reconocimiento del pluralismo. La laicidad del Estado “permite la coexistencia de todos los colombianos y residentes en el territorio nacional, independientemente de sus creencias, visiones del mundo e ideologías, tanto políticas como religiosas, unidos alrededor de valores republicanos, tales como la supremacía constitucional frente a normas jurídicas y extrajurídicas; el pluralismo, la libertad de opinión y de expresión, la libertad de creencias y de cultos y la igualdad de trato respecto de todas las congregaciones religiosas (artículo 19 de la Constitución), sin que las autoridades públicas puedan mostrar preferencia por alguna en particular o animadversión respecto de alguna de ellas”. (Sentencia C – 033 de 2019). Este principio refuerza la separación entre el Estado y las iglesias, y con él, el rechazo a un orden social de asiento religioso en el marco del Estado Social de Derecho, el cual prohíbe cualquier privilegio religioso en asuntos institucionales, como la educación (Sentencia C-027 de 1993). Esto no implica un desprecio por lo religioso, sino que establece que las creencias religiosas deben coexistir con otros sistemas de pensamiento en el ámbito de las libertades individuales, cuyo garante es el Estado sobre la base de la imparcialidad y la neutralidad. Así, surge el deber de neutralidad religiosa, ampliamente desarrollado en la jurisprudencia de la Corte Constitucional¹, el cual impide que el Estado, además de establecer una religión como oficial, realice actos oficiales de adhesión a una creencia y adopte políticas cuyo impacto sea promover una religión o iglesia. ¹ Sentencias C-478 de 1999, C-152 de 2003, C-1175 de 2004, C-766 de 2010, C-817 de 2011, T-139 de 2014, y C-948 de 2014, entre otras. www.cddcolombia.org cddcolombia@cddcolombia.org 	 En el caso en concreto, lo que plantea el contenido del objetivo y alcance del Proyecto de Ley 453 de 2024 – C, representa una injerencia directa de distintas confesiones religiosas sobre un asunto estatal y de interés público como es la Educación, cuyo impacto no solo radica en la formación de los y las ciudadanas desde los conocimientos básicos en el ámbito del aprendizaje, sino en otros derechos humanos como la libertad de pensamiento, de expresión y en general la autonomía personal. Además, el Proyecto de Ley no define claramente ni establece límites precisos sobre lo que significa aportar al “bien común” mediante la formación en valores y principios éticos y morales, términos que resultan ambiguos y desatienden la diversidad de pensamientos e identidades que caracterizan a los individuos a quienes van dirigidos los programas y acciones. Cuando se habla de valores y principios desde la óptica de una iglesia u organización religiosa, estos se circunscriben a la perspectiva de esa comunidad específica, lo que supone imponer una forma particular de entender el mundo, de una clara injerencia desde una moral particular. De esta forma no solo es claro que, con la aprobación del Proyecto de Ley, el Congreso como representante del Estado estaría adoptando medidas que privilegien a las iglesias participantes que ejecuten los programas en las distintas entidades territoriales, sino que estaría promoviendo la adhesión de un credo/pensamiento proveniente de una visión religiosa sobre los niños, las niñas y los adolescentes, que en últimas implica una afrenta al respeto por el principio de Estado Laico en Colombia y de la misma libertad de conciencia, pensamiento y expresión, entre otras libertades. 2. El aporte al ámbito educativo que propone el Proyecto de Ley desconoce el respeto por el principio de Estado Laico y los derechos humanos en materia educativa. El Partido Mira argumenta en su exposición de motivos que la contribución del sector interreligioso a la educación de niños, niñas y adolescentes responde a la necesidad de defender su derecho a la www.cddcolombia.org cddcolombia@cddcolombia.org 
 libertad religiosa, ya que, según sus afirmaciones, la libertad de conciencia y pensamiento de estos menores está siendo vulnerada respecto a sus convicciones religiosas. En este sentido, el articulado propone que la incidencia del sector interreligioso se lleve a cabo mediante la creación de programas enfocados en el fortalecimiento de la unidad familiar y la orientación para adolescentes y jóvenes. Sin embargo, el planteamiento de estos programas prioriza el respeto por la autonomía y los estatutos internos de las entidades religiosas, anteponiendo la ideología de confesiones específicas al respeto por los derechos humanos. Además, el proyecto sugiere el establecimiento de acuerdos entre entidades territoriales y el sector interreligioso, y propone reconocer e incentivar a líderes que realicen estos “aportes sociales.” Esto pone nuevamente en entredicho el principio de laicidad del Estado, en primer lugar porque se promueve la “autonomía” de las entidades religiosas, es decir su forma de concebir el mundo en asuntos tan personales e íntimos como el proyecto de vida de los menores, y en segundo lugar por la imposición de está en el orden social; los acuerdos con entidades territoriales implicarían la promoción de una religión o un pensamiento basado en la fe desde instancias públicas, lo cual viola el deber de neutralidad religiosa del Estado y propicia el riesgo de una injerencia confesional en la administración pública. El capítulo segundo se enfoca en la defensa de la libertad religiosa de niños, niñas y adolescentes. Para ello, a través del Comité Nacional de Participación y Diálogo Social e Intersectorial de Libertad Religiosa (establecido por el Ministerio del Interior mediante la Resolución 2245 de 2021), se impulsarán líneas investigativas destinadas a la promoción de la libertad religiosa. En cuanto a la formación en estas áreas, se habla de estándares basados en la fe de las iglesias y organizaciones religiosas que asuman el liderazgo de los programas o proyectos, argumentando que esta orientación es esencial para defender la libertad religiosa de los menores y su derecho a la libertad de conciencia, a fin de prevenir la discriminación por motivos religiosos. Es importante mencionar que el derecho a la libertad de religión y cultos (artículo 19 C.N), así como el derecho al libre desarrollo de la personalidad (Artículo 16 C.N) y la libertad de conciencia (Artículo 18 C.N) son garantías que se deben proteger de manera especial en escenarios educativos, dado que www.cddcolombia.org cddcolombia@cddcolombia.org 	 estos son los espacios donde los seres humanos forjan su identidad y deberían ser entornos seguros y respetuosos de los contextos personales. Así, “pese a que la educación religiosa hace parte del núcleo básico de formación que deben recibir los estudiantes en la educación básica y media, esto solo es admisible en el entendido de que se garantice el derecho a la igualdad y con ello, la libre escogencia de los estudiantes (...) a recibir o no ese tipo de instrucción” (Sentencia T – 357 de 2024). Este proyecto de ley, sin embargo, ignora el verdadero alcance del derecho a la libertad religiosa, que abarca el ejercicio de la libertad de conciencia y libre desarrollo de la personalidad, el cual, conforme a la Constitución, se define como la posibilidad de creer o no creer, y de adherirse o no a una religión en particular. La iniciativa promueve la adherencia a una religión sin respetar el derecho de las personas a abstenerse de ello. Esto se evidencia en el artículo 8, donde se sugiere que los estudiantes que decidan no participar en la educación religiosa del colegio puedan optar por programas alternativos, los cuales también serían desarrollados por comités o entidades religiosas, ofreciendo pocas alternativas realmente laicas. Ahora bien, se debe aclarar que no se puede confundir educación religiosa, formación en valores y otras, con institucionalización de un credo o religión. En la Circular 21 del 14 de junio de 2023, el Ministerio de Educación tomando como base el ODS 4 que busca convertir la educación en un componente inclusivo y equitativo, sugiere que la enseñanza sobre la religión se debe hacer respecto del fenómeno religioso y sus manifestaciones, y si bien incluye la participación de comités de libertad religiosa, asociados al Comité Nacional de Participación y Diálogo Social e Intersectorial de Libertad Religiosa que se mencionó anteriormente, ninguno de los lineamientos técnicos aprueba que las organizaciones religiosas formen en principios éticos y morales desde su propia perspectiva. Aunado a lo anterior, el tercer capítulo del proyecto se enfoca en fortalecer la enseñanza de valores y principios éticos y morales, a través de la coordinación entre los ministerios de Educación e Interior y las entidades territoriales, mediante la colaboración con centros de pensamiento y redes académicas asociadas a la libertad religiosa. La propuesta incluye un apoyo institucional para que las organizaciones religiosas puedan educar en temas de moralidad pública, valores, y ética. Además, se www.cddcolombia.org cddcolombia@cddcolombia.org 



**CARTA DE COMENTARIO INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
PROYECTO DE LEY NÚMERO 453 DE 2024 CÁMARA- 221 DE 2024 SENADO**

por la cual se reconoce la incidencia del Sector Religioso en el ámbito educativo y se fortalece su aporte en la formación de valores y principios éticos y morales en Colombia.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
Oficina Asesora Jurídica
Grupo de Control Constitucional y Estrategias
Juridicas
PUBLICA



Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
Oficina Asesora Jurídica
Grupo de Control Constitucional y Estrategias
Juridicas
PUBLICA



Al contestar cite este número



Radicado No:
202410450000354821

Bogotá D.C., 2024-11-06

Honorable Representante
ALEJANDRO GARCÍA RÍOS
Cámara de Representantes
CONGRESO DE LA REPÚBLICA
alejandror.garcia@camara.gov.co
Ciudad

Asunto: Proyecto de Ley 453 de 2024 Cámara- 221 de 2024 Senado "por la cual se reconoce la incidencia del Sector Religioso en el ámbito educativo y se fortalece su aporte en la formación de valores y principios éticos y morales en Colombia".

Respetado Representante García,

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF-¹ conforme los instrumentos normativos que le confieren la protección integral y la garantía de derechos de niñas, niños, adolescentes, jóvenes y sus familias; y las disposiciones que demarcan sus competencias señaladas en la Ley 75 de 1968;² Ley 7 de 1979³ y la Ley 1098 de 2006⁴, así como el Decreto 1074 de 2023 a través del cual se le integró al Sector Administrativo de Igualdad y Equidad; procede a emitir concepto del asunto en referencia dentro del marco legal de su competencia y misión, en los siguientes términos:

1. Síntesis del proyecto de Ley

El objetivo de este proyecto de ley reconocer la incidencia del sector interreligioso y generar un fortalecimiento a las contribuciones en la formación de valores y principios éticos. A partir de lo anterior, se pretende identificar acciones, programas y proyectos en cabeza del sector interreligioso con el propósito de fortalecerlo para potencializar sus aportes a la sociedad en los diferentes ámbitos, incluida la educación.

2. Consideraciones Jurídicas:

De acuerdo con el análisis efectuado sobre el Proyecto de Ley No. 453 de 2024 Cámara, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar considera que no es conveniente

ni necesario; no obstante, se efectuarán algunos comentarios sobre el contenido de la norma y los parámetros constitucionales que se consideran se deben tener en cuenta.

2.1. Consideraciones constitucionales:

Colombia, por virtud de la Constitución del 1991 es un Estado laico, en el que se garantiza la libertad de culto y la facultad personal de profesar o no religión o fe. En este sentido, se desarrolla el principio de neutralidad, que obliga al Estado a conferir igual valor jurídico a todas las confesiones religiosas⁵ y, garantiza *"una estricta separación entre el Estado y las iglesias"*.

La Corte Constitucional ha reiterado *"que el Estado no puede 1) establecer una religión o Iglesia oficial; 2) identificarse formal y explícitamente con una iglesia o religión; 3) realizar actos oficiales de adhesión, así sean simbólicos, a una creencia, religión o iglesia; 4) tomar decisiones o medidas que tengan una finalidad religiosa, mucho menos si ella constituye la expresión de una preferencia por alguna iglesia o confesión; 5) adoptar políticas o desarrollar acciones cuyo impacto primordial real sea promover, beneficiar o perjudicar a una religión o iglesia en particular frente a otras igualmente libres ante la ley. Para adoptar normas que autoricen la financiación pública de bienes o manifestaciones asociadas al hecho religioso 6) la medida debe tener una justificación secular importante, verificable, consistente y suficiente y 7) debe ser susceptible de conferirse a otros credos, en igualdad de condiciones"*.

En suma, el Estado tiene el deber de ser neutral a partir del respeto y del reconocimiento del valor personal, para la comunidad y la sociedad en general de los múltiples sistemas de valores y creencias que tienen los individuos. Estos sistemas de valores no son necesariamente de carácter religioso, sino que pueden derivarse de otras múltiples creencias a las que se adhieren las personas o que se desarrollan de acuerdo con sus proyectos de vida, entorno familiar, educación y otros aspectos inherentes a la formación de las personas y sus libertades.

En este sentido, es importante poner de presente que las medidas legislativas que pretendan fortalecer o incentivar el sector religioso deben superar el tamiz constitucional que el ordenamiento superior impone y que las altas cortes han desarrollado. *"La jurisprudencia constitucional ha deducido de la libertad religiosa que sustenta la laicidad del Estado no simplemente garantías para los particulares, sino los correlativos límites y obligaciones para el Estado, estableciendo principios como la neutralidad estatal ante las confesiones religiosas, la obligación de generar un contexto de garantía a la libertad religiosa y el mantenimiento de la igualdad y consiguiente prohibición de discriminación por motivos religiosos. Ha sostenido la Corte Constitucional que la neutralidad estatal en materia religiosa es contraria a la actividad de patrocinio o promoción estatal de alguna religión, pues en un Estado laico el papel que debe esperarse de las instituciones públicas, de acuerdo con las competencias asignadas a cada una, consiste en proporcionar todas las garantías para que las distintas confesiones religiosas cuenten con el marco jurídico y el contexto fáctico adecuado para la difusión de sus ideas y el ejercicio de su culto, sin que en dicha difusión y práctica tenga intervención directa el Estado. Así pues, la neutralidad estatal comporta que las actividades públicas no tengan fundamento, sentido u orientación*

¹ Estructura definida en el Decreto 987 de 2012 modificado por los Decretos 1927 de 2013 y 879 de 2020, así como el Decreto 1074 de 2023 a través del cual se integró al Sector Administrativo de Igualdad y Equidad y quedó como entidad adscrita del Ministerio de Igualdad y Equidad.

² Por la cual se dictan normas sobre filiación y se crea el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

³ Por la cual se dictan normas para la protección de la Niñez, se establece el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, se reorganiza el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y se dictan otras disposiciones. Ley reglamentada por el Decreto 2388 de 1979.

⁴ Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. Modificada por la Ley 1878 de 2018 y el Decreto 2388 de 1979.

⁵ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Primera, 16 de agosto de 2018. [Principios: Laicidad.pdf](#).

⁶ Corte Constitucional, C-033 de 2019.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
Oficina Asesora Juridica
Grupo de Control Constitucional y Estrategias
Juridicas
PUBLICA



determinada por religión alguna –en cuanto confesión o institución-, de manera que las funciones del Estado sean ajenas a fundamentos de naturaleza confesional¹⁸.

De otra parte, para el ICBF resulta de absoluta relevancia mencionar que el ordenamiento superior contiene un mandato transversal relativo a la protección de las niñas, niños y adolescentes y sobre la prevalencia de sus derechos. En efecto, el artículo 44º de la Constitución Política dispone que los derechos de los niños prevalecen sobre los demás y establece obligaciones de protección y asistencia en cabeza de la familia, la sociedad y el Estado como garantía para su desarrollo armónico e integral¹⁰.

Por su parte, la Convención sobre los Derechos del Niño¹¹ contiene la ratificación del descrito mandato constitucional, la obligación de las autoridades judiciales y administrativas, entre otras, (para que actúen de conformidad y, como garantes de los derechos y especial protección de las niñas, niños y adolescentes); y, la Ley 1098 de 2006¹² a su vez, en sus artículos 8 y 9, desarrolla el concepto de interés superior y la prevalencia de derechos de los niños, niñas y adolescentes.

En esta línea, la Corte Constitucional ha reiterado que las niñas, niños y adolescentes son sujetos de especial protección en razón a su situación de vulnerabilidad e indefensión¹³, que el interés superior¹⁴ es un concepto relacional en tanto *“la garantía de su protección se predica frente a la existencia de intereses en conflicto cuyo ejercicio de ponderación debe ser guiado por la protección de los derechos del menor”*¹⁵ de edad y de conformidad con el principio de dignidad humana como uno de los pilares fundamentales del Estado¹⁶.

Así, los deberes constitucionales que se derivan de los mandatos superiores sobre la prevalencia y protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, exigen la adopción de medidas que garanticen y permitan el goce efectivo de sus prerrogativas, en particular la protección efectiva de sus derechos fundamentales¹⁷.

Todo lo anterior se pone de presente, pues es el fundamento constitucional y la razón de ser del ICBF, donde se aboga por el bienestar y la protección integral de los niños, niñas y adolescentes en todas sus dimensiones y, porque las normas que tengan alguna incidencia o consecuencia sobre esta población deben ser revisadas de forma

⁸ Corte Constitucional, Sentencia C-766 de 2010.

ARTÍCULO 44. Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia.

¹⁰ Cfr. Constitución Política de Colombia.

¹¹ 20 de noviembre de 1989, ratificada por Colombia mediante la Ley 12 de 1991.

¹² Código de la Infancia y la Adolescencia.

¹³ Corte Constitucional, Sentencia T-448 de 2018, Magistrado Ponente Antonio José Lizarazo Ocampo

14 La Corte ha fijado reglas constitucionales, legales y jurisprudenciales que pueden ser aplicadas para determinar en qué consiste el interés superior de cada niño, dependiendo de sus circunstancias particulares: (i) Garantía del desarrollo integral del menor; (ii) Garantía de las condiciones para el pleno ejercicio de los derechos fundamentales del menor; (iii) Protección del menor frente a riesgos prohibidos; (iv) Equilibrio entre los derechos de los niños y los derechos de sus padres, sobre la base de que prevalecen los derechos del menor; (v) Provisión de un ambiente familiar apto para el desarrollo del menor; (vi) Necesidad de razones poderosas que justifiquen la intervención del Estado en las relaciones paterno/materno – filiales”. Corte Constitucional, Sentencia T-696 de 2012, Magistrada Ponente María Victoria Calle Correa.

¹⁵ Corte Constitucional, Sentencia T-408 de 1995, Magistrado Ponente Eduardo Cifuentes Muñoz.

¹⁶ Artículo 1. Constitución Política de Colombia.

¹⁷ La Constitución de 1991, estructurada sobre la noción del Estado social y democrático de derecho, concede una protección integral al menor, fundada en los principios y garantías constitucionales inherentes a todos los niños y niñas, los cuáles son el respeto por su dignidad humana y por sus derechos fundamentales a la vida, a la integridad física, la salud, la seguridad social, la nacionalidad, etc.[4]. Tales derechos consagrados en el artículo 44 de la Carta, suponen para el Estado, la sociedad y la familia, el deber de asistir y proteger a los menores a fin de que logren el ejercicio pleno de sus derechos y su desarrollo armónico e integral'. Corte Constitucional, Sentencia C-240 de 2009.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
Oficina Asesora Juridica
Grupo de Control Constitucional y Estrategias
Juridicas
PUBLICA



cuidadosa y exhaustiva de manera tal que se garantice la protección efectiva de sus derechos y prerrogativas con la prevalencia que el ordenamiento jurídico exige.

Esto, sin lugar a duda impone una carga de responsabilidad superior para el Estado y los particulares quienes deben asegurarse de que en lo que corresponde, se garanticen esos derechos, evitando a toda costa las vulneraciones a los niños, niñas y adolescentes.

De ahí la importancia de que el Estado garantice la neutralidad en materia religiosa para que los niños, niñas y adolescentes puedan acogerse con libertad y autonomía, en compañía de sus padres, cuidadores o tutores, pero en el marco del libre desarrollo de su personalidad, a los sistemas de valores y creencias, incluso los no religiosos, que se ajusten a su personalidad y su proyecto de vida, sin que el Estado y otros se involucren en estas decisiones de vida o anulen su autonomía de la voluntad, siempre y cuando no atenten contra los derechos y libertades de otros.

2.2. Consideraciones sobre el contenido de la norma y la exposición de motivos

Una vez revisado el proyecto de ley no se considera oportuno, no se estima necesario y se evidencia que puede presentar algunos vicios de constitucionalidad de cara al principio de neutralidad religiosa y las libertades personales fundamentales de los individuos.

En primer lugar, si bien se hace alusión a temas importantes en materia de niñez como la protección, la seguridad alimentaria y nutricional integral de niños, niñas, adolescentes, la prevención y atención a niños y niñas víctimas de violencia intrafamiliar y sexual, el fortalecimiento de la unidad familiar, entre otros, tanto en el objeto como en la justificación del proyecto, se señala que el proyecto está centrado en el papel del llamado sector interreligioso más no en el impacto a las condiciones de la atención de la niñez ni del ámbito educativo.

En este contexto, valía la pena mencionar que, en el marco de las Políticas de Estado para el desarrollo integral de la primera infancia, infancia y adolescencia se concibe a niñas, niños y adolescentes como seres tanto singulares como seres en la diversidad, entendida tanto desde el punto de vista individual, como social y cultural, reconociendo en esta última las maneras que permiten a las comunidades pensar, actuar, sentir y vivir desde múltiples referentes relacionados con el territorio, la etnia, las costumbres, el arte entre otras tantas expresiones artísticas que incluyen y a la vez trascienden los aspectos religiosos.

Sobre esto se debe considerar que los aspectos religiosos en los que se centra el proyecto de ley hacen parte del conjunto de elementos que configuran la diversidad y que promueven la construcción de identidad, los cuales ya se encuentran reconocidos en las políticas públicas vigentes bajo su propósito central de favorecer el desarrollo integral. En ese sentido, resulta confuso plantear un "bien común" como referente que define el alcance del Proyecto de Ley (artículo 2), si se tiene en cuenta que las Políticas reconocen v parten de dar un lugar especial a la diversidad de los sujetos.

Adicionalmente, se debe tener en cuenta que las políticas públicas mencionadas, incorporan dentro de la gestión intersectorial de las mismas un papel no sólo para los sectores estatales, sino de los diferentes actores de la sociedad, entre los que hacen parte los actores del llamado sector interreligioso.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
Oficina Asesora Jurídica
Grupo de Control Constitucional y Estrategias
Jurídicas
PÚBLICA



Para terminar, resulta preocupante que se tomen medidas legislativas que necesariamente implican un gasto público, encaminadas a fortalecer el sector interreligioso y sus contribuciones, según consta en el Proyecto de Ley. Lo anterior en tanto en concordancia con el artículo 35 de la Constitución Política, *“el Congreso no podrá aumentar ninguna de las partidas del presupuesto de gastos propuestas por el Gobierno, ni incluir una nueva, sino con la aceptación escrita del ministro del ramo”*, por lo que es importante considerar si existe esa aceptación por parte de los ministerios que se mencionan en el PL y que resultarían comprometidos con las medidas allí contenidas.

3. Conclusiones:

En consideración a todo lo expuesto, el Instituto de Bienestar Familiar concluye que el Proyecto de Ley 453 de 2024 Cámara no es conveniente y podría presentar algunos vicios de constitucionalidad.

En efecto, se resalta la importancia de mantener la separación entre el Estado y las instituciones religiosas, garantizando la igualdad de todas las confesiones ante la ley y la libertad de los individuos de escoger su sistema de creencias y de ser el caso religión. Este principio asegura que las personas elijan sin interferencia o participación del Estado lo que prefieren creer y si profesan o no una religión o deciden no hacerlo.

Además, este principio promueve la libertad de conciencia y la igualdad ante la ley, independientemente de las creencias religiosas, y evita que cualquier doctrina religiosa influya en la legislación o en decisiones políticas. Estas deben alinearse con los valores democráticos de pluralismo, igualdad y diversidad de expresiones sobre la espiritualidad, garantizando una educación inclusiva y sobre todo que respete las elecciones de los niños, niñas y adolescentes v sus familias.

Por último, se evidencia que a través del proyecto de ley se pretende visibilizar y fortalecer el sector religioso, lo que redundará en un esfuerzo estatal encaminado a tal fin sin que se denote la justificación, necesidad o pertinencia de este. Se considera que la institucionalización del deber del Estado de propender por el respeto y salvaguarda de las libertades de los individuos, incluida la libertad de religión, no implica de forma necesaria e indispensable el fortalecimiento o la visualización del sector interreligioso.

Cordialmente,


LEONARDO ALFONSO PÉREZ MEDINA
Jefe Oficina Asesora Jurídica (E)

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
Oficina Asesora Jurídica
Grupo de Control Constitucional y Estrategias
Jurídicas
PÚBLICA



**BENEFICIO
FAMILIAR**

indígenas, lesbianas negras, adolescentes trans indígenas o negras, de niñas y adolescentes campesinas o en la ruralidad dispersa podría hacer de esta ley una verdadera herramienta para la consecución de la igualdad que busca.

Adicionalmente, se denota la importancia y el avance que significa que este proyecto trascienda la óptica bajo la cual las mujeres han sido educadas tradicionalmente como sujetos dedicados a cuidar, reproducir y criar y los transforma a otros ámbitos, proponiendo formas de ser mujer sin estereotipos, en igualdad de condiciones, visibilizando sus aportes a la sociedad en la participación y democrática en lo político, económico, cultural, educativo y social. En esta misma línea, se resalta la inclusión de medidas como las mencionadas en el Artículo 7, en la que se estipulan medidas afirmativas relacionadas con la conciliación del trabajo y la vida personal, la corresponsabilidad en las labores de cuidado, medidas para la prevención y difusión de rutas de atención frente a las violencias contra las mujeres, campañas de sensibilización para erradicar prácticas discriminatorias e incentivos para la participación de las mujeres en cargos directivos.

El ICBF también destaca el Artículo 23 que desarrolla un aspecto fundamental para la construcción de realidades distintas: el derecho al cuidado. "reconocer, reducir y redistribuir" el trabajo de cuidado no remunerado es clave para reducir las condiciones equitativas en el que crecen y se desarrollan las mujeres y entender el valor -que desde lo económico- implica para la sociedad. Se destaca en el desarrollo del artículo la manera en la que se involucra al Estado, la comunidad, la familia y la empresa privada. En esta misma línea se rescata y se refuerza el sentido de lo presentado en el Capítulo IV: Autonomía económica, ya que la autonomía económica impulsa sus decisiones, es un factor protector frente a la ocurrencia y/o repetición de las violencias y puede desencadenar oportunidades relacionadas con la educación y la creación de empresa.

Se destaca también la integralidad del proyecto de Ley, en la inclusión del TÍTULO IX. SANCIONES Y PEDAGOGÍA. - CAPÍTULO I "Régimen de sanciones por incumplimiento del deber de garantía de derechos de las niñas y mujeres", ya que se trae al análisis otras formas de sancionar y acceder a la justicia, diferentes a los procesos penales que en la mayoría de los casos son victimizantes y no reparativos. La apuesta para la prevención, la sanción y la reparación en casos de violencias contra las mujeres, plantea un debate diferente sobre el acceso a la justicia y el sistema judicial en Colombia.

Finalmente, el ICBF solicita que se tengan en cuenta las consideraciones expuestas, reitera su propósito y misión de apoyar y acompañar todas las iniciativas dirigidas a proteger, cuidar y favorecer a los niños, niñas y adolescentes, a sus familias y comunidades y así contribuir a su labor legislativa.

Cordialmente,



LEONARDO ALFONSO PÉREZ MEDINA
Jefe Oficina Asesora Jurídica (e)

**CARTA DE COMENTARIOS MINISTERIO DE TRANSPORTE FRENTE AL PROYECTO
DE LEY NÚMERO 231 DE 2024 CÁMARA**

por medio de la cual se establece el cambio de nomenclatura, clasificación y código de empleo de los inspectores de tránsito, se modifica el Decreto Ley 785 de 2005 y se dictan otras disposiciones.

Transporte Bogotá, D.C. Doctor RICARDO ALFONSO ALBORNOZ BARRETO Secretario General Comisión Séptima Cámara de Representantes Congreso de la República comisión.septima@camara.gov.co Ciudad Asunto: Respuesta a su solicitud de concepto Proyecto de Ley No. 231 de 2024. Radicado MT No. 20243031673242. Respetad doctor Ricardo, reciba un cordial saludo. En atención al derecho de petición del asunto, se remite el concepto realizado desde este Ministerio frente al Proyecto de Ley No. 231 de 2024 Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECE EL CAMBIO DE NOMENCLATURA, CLASIFICACION Y CODIGO DE EMPLEO DE LOS INSPECTORES DE TRANSITO, SE MODIFICA EL DECRETO LEY 785 DE 2005 Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES". En los anteriores términos damos respuesta a su solicitud, no sin antes indicar que este Ministerio está presto a atender cualquier inquietud adicional que se presente. Cordialmente, MARÍA CONSTANZA GARCÍA ALCÁSTRO Ministra de Transporte Anexo: Concepto PL 231 de 2024C - Formato Único para Emisión de Comentarios Proyectos de Ley. Aprobó: Claudia Helena Álvarez Sanmiguel – Asesora Despacho Ministerial Proyectó: Daniela Alejandra Benavides Nasar – Oficina Enlace Congreso <td> Transporte FORMATO ÚNICO PARA EMISIÓN DE COMENTARIOS PROYECTOS DE LEY SECTOR QUE CONCEPTÚA: TRANSPORTE ENTIDAD QUE CONCEPTÚA: MINISTERIO DE TRANSPORTE NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: 231 AÑO: 2024 1er debate X, 2do debate _____ TÍTULO DEL PROYECTO <i>Por medio de la cual se establece el cambio de nomenclatura, clasificación y código de empleo de los Inspectores de Tránsito, se modifica el Decreto Ley 785 de 2005 y se dictan otras disposiciones.</i> AUTOR (ES) H.S.Mauricio Gómez Amin H.R.Betsy Judith Pérez Arango , H.R.Gersel Luis Pérez Altamiranda , H.R.Hugo Alfonso Archila Suárez , H.R.Yulieith Andrea Sánchez Carreño , H.R.Oscar Leonardo Villamizar Meneses , H.R.Dolcey Oscar Torres Romero OBJETO DEL PROYECTO DE LEY La presente ley tiene por objeto modificar la nomenclatura, clasificación y código de empleo de los Inspectores de Tránsito y Transporte de los distritos, departamentos y municipios del país. COMPETENCIA LEGAL DEL CONGRESO y/o GOBIERNO NACIONAL PARA PRESENTAR y/o APROBAR LA INICIATIVA Análisis de Competencia Legal: Dado que el tema que se regula en la presente iniciativa no goza de ninguna clase de reserva hace parte de la cláusula general de competencia del Congreso de la República según lo previsto en el artículo 150 de la Constitución Política. Al respecto, se debe anotar que el legislador tiene una amplia libertad de configuración en materia normativa, que "no se encuentra limitado por las materias reguladas o previstas expresamente en la Constitución"¹ y, que se expresa "tanto en la discrecionalidad para la expedición de las normas como para su modificación o derogatoria"². De conformidad con el artículo 150 Superior, corresponde al Congreso hacer las leyes, y por medio de ellas ejercer, entre otras, la función de reformar leyes preexistentes. ¹ Ver Sentencia Corte Constitucional C-074-21 ² Ver Sentencia Corte Constitucional C-1064-03 </td>	Transporte FORMATO ÚNICO PARA EMISIÓN DE COMENTARIOS PROYECTOS DE LEY SECTOR QUE CONCEPTÚA: TRANSPORTE ENTIDAD QUE CONCEPTÚA: MINISTERIO DE TRANSPORTE NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: 231 AÑO: 2024 1er debate X, 2do debate _____ TÍTULO DEL PROYECTO <i>Por medio de la cual se establece el cambio de nomenclatura, clasificación y código de empleo de los Inspectores de Tránsito, se modifica el Decreto Ley 785 de 2005 y se dictan otras disposiciones.</i> AUTOR (ES) H.S.Mauricio Gómez Amin H.R.Betsy Judith Pérez Arango , H.R.Gersel Luis Pérez Altamiranda , H.R.Hugo Alfonso Archila Suárez , H.R.Yulieith Andrea Sánchez Carreño , H.R.Oscar Leonardo Villamizar Meneses , H.R.Dolcey Oscar Torres Romero OBJETO DEL PROYECTO DE LEY La presente ley tiene por objeto modificar la nomenclatura, clasificación y código de empleo de los Inspectores de Tránsito y Transporte de los distritos, departamentos y municipios del país. COMPETENCIA LEGAL DEL CONGRESO y/o GOBIERNO NACIONAL PARA PRESENTAR y/o APROBAR LA INICIATIVA Análisis de Competencia Legal: Dado que el tema que se regula en la presente iniciativa no goza de ninguna clase de reserva hace parte de la cláusula general de competencia del Congreso de la República según lo previsto en el artículo 150 de la Constitución Política. Al respecto, se debe anotar que el legislador tiene una amplia libertad de configuración en materia normativa, que "no se encuentra limitado por las materias reguladas o previstas expresamente en la Constitución"¹ y, que se expresa "tanto en la discrecionalidad para la expedición de las normas como para su modificación o derogatoria"². De conformidad con el artículo 150 Superior, corresponde al Congreso hacer las leyes, y por medio de ellas ejercer, entre otras, la función de reformar leyes preexistentes. ¹ Ver Sentencia Corte Constitucional C-074-21 ² Ver Sentencia Corte Constitucional C-1064-03
Transporte Asimismo, el artículo 150 constitucional, numeral 10, dispone que el Congreso podrá, en todo tiempo y por iniciativa propia, modificar los decretos leyes dictados por el Gobierno en uso de facultades extraordinarias, tal como ocurre en este caso. ES COMPETENTE Si ☒ No ☐ ANÁLISIS JURÍDICO Es pertinente subrayar que esta cartera, en su rol de apoyo a la actividad legislativa del país, se encarga de analizar las problemáticas propias del sector transporte, con el propósito de asegurar la implementación de iniciativas que se armonicen con el ordenamiento jurídico vigente y que contribuyan al perfeccionamiento de las políticas públicas del sector. En este contexto, el Proyecto de Ley 231 de 2024, radicado ante la Cámara de Representantes, busca modificar la nomenclatura, clasificación y código de empleo de los Inspectores de Tránsito y Transporte de los distritos, departamentos y municipios del país. Frente a lo cual, se llevará a cabo un análisis jurídico, en aras de evaluar la coherencia de dicha iniciativa legislativa con el marco normativo vigente. Por lo tanto, el presente análisis se realiza con el propósito de examinar el contenido del proyecto, su viabilidad práctica y sus implicaciones en el sector transporte de cara al cumplimiento de las normas de tránsito en el territorio nacional Así las cosas, este Despacho procederá a realizar el análisis del Proyecto de Ley en comento, frente a lo cual es menester determinar su viabilidad jurídica, analizando su concordancia con la Constitución Política y otras disposiciones normativas en los siguientes términos: El artículo 150 Constitucional dispone que le corresponde al Congreso hacer las leyes, reformarlas y derogarlas, así como expedir códigos en todos los ramos de la legislación y reformar sus disposiciones. Del mismo modo, conviene anotar que, el artículo 154 ibidem consagra que sólo podrán ser dictadas o reformadas por iniciativa del Gobierno, las leyes a que se refieren los numerales 3, 7, 9, 11 y 22 y los literales a, b y e, del numeral 19 del artículo 150 de la misma norma. En ese orden de ideas, revisado el objeto del proyecto sub examine, se tiene que observa las disposiciones del artículo 154 en cita, y no hace referencia a las facultades consagradas, exclusivamente, en iniciativa del ejecutivo. Se resalta, asimismo, que el texto de la iniciativa guarda el principio de unidad de materia contenido en el 158 de la Constitución Política, toda vez que, de su lectura, se tiene que su contenido en conjunto busca modificar el Decreto Ley 785 de 2005 en lo <td> Transporte atinente a la nomenclatura, clasificación y código de empleo de los Inspectores de Tránsito y Transporte de los distritos, departamentos y municipios del país. Del mismo modo, guarda relación con lo dispuesto en el artículo 150 constitucional, numeral 10, en la medida en que el Congreso podrá, en todo tiempo y por iniciativa propia, modificar los decretos leyes dictados por el Gobierno en uso de facultades extraordinarias, tal como ocurre en este caso. Es de anotar que el artículo 122 y 123 de la C.P, disponen que son servidores públicos los miembros de las corporaciones públicas, los empleados y trabajadores del Estado y de sus entidades descentralizadas territorialmente y por servicios. En ese entendido, no habrá empleo público que no tenga funciones detalladas en la ley o reglamento y para proveer los de carácter remunerado se requiere que estén contemplados en la respectiva planta y previstos sus emolumentos en el presupuesto correspondiente. Los servidores públicos están al servicio del Estado y de la comunidad y ejercerán sus funciones en la forma prevista por la Constitución, la ley y el reglamento. A su turno, la Ley 909 de 2004 "Por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones", dispone: "Artículo 53. Facultades extraordinarias. De conformidad con el numeral 10 del artículo 150 de la Constitución Política, revístese de precisas facultades extraordinarias al Presidente de la República por el término de seis (6) meses, contados a partir de la fecha de promulgación de esta Ley, para expedir normas de fuerza de ley que contengan: 1. El procedimiento que debe surtirse ante y por la Comisión Nacional del Servicio Civil, para el cumplimiento de sus funciones. 2. El sistema general de nomenclatura y clasificación de empleos aplicable a las entidades del orden territorial que deban regirse por la presente ley. 3. El sistema de funciones y requisitos aplicable a los organismos y entidades de los órdenes nacional y territorial que deban regirse por la presente ley, con excepción del Congreso de la República." (...)" En ese marco, fue expedido el Decreto 785 de 2005 "Por el cual se establece el sistema de nomenclatura y clasificación y de funciones y requisitos generales de los empleos de las entidades territoriales que se regulan por las disposiciones de la Ley 909 de 2004", en el cual se dispuso: "Artículo 4º. Naturaleza general de las funciones. A los empleos agrupados en los niveles jerárquicos de que trata el artículo anterior, les corresponden las siguientes funciones generales: 4.1. Nivel Directivo. Comprende los empleos a los cuales corresponden funciones de Dirección General, de formulación de políticas institucionales y de adopción de planes, programas y proyectos." </td>	Transporte atinente a la nomenclatura, clasificación y código de empleo de los Inspectores de Tránsito y Transporte de los distritos, departamentos y municipios del país. Del mismo modo, guarda relación con lo dispuesto en el artículo 150 constitucional, numeral 10, en la medida en que el Congreso podrá, en todo tiempo y por iniciativa propia, modificar los decretos leyes dictados por el Gobierno en uso de facultades extraordinarias, tal como ocurre en este caso. Es de anotar que el artículo 122 y 123 de la C.P, disponen que son servidores públicos los miembros de las corporaciones públicas, los empleados y trabajadores del Estado y de sus entidades descentralizadas territorialmente y por servicios. En ese entendido, no habrá empleo público que no tenga funciones detalladas en la ley o reglamento y para proveer los de carácter remunerado se requiere que estén contemplados en la respectiva planta y previstos sus emolumentos en el presupuesto correspondiente. Los servidores públicos están al servicio del Estado y de la comunidad y ejercerán sus funciones en la forma prevista por la Constitución, la ley y el reglamento. A su turno, la Ley 909 de 2004 "Por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones", dispone: "Artículo 53. Facultades extraordinarias. De conformidad con el numeral 10 del artículo 150 de la Constitución Política, revístese de precisas facultades extraordinarias al Presidente de la República por el término de seis (6) meses, contados a partir de la fecha de promulgación de esta Ley, para expedir normas de fuerza de ley que contengan: 1. El procedimiento que debe surtirse ante y por la Comisión Nacional del Servicio Civil, para el cumplimiento de sus funciones. 2. El sistema general de nomenclatura y clasificación de empleos aplicable a las entidades del orden territorial que deban regirse por la presente ley. 3. El sistema de funciones y requisitos aplicable a los organismos y entidades de los órdenes nacional y territorial que deban regirse por la presente ley, con excepción del Congreso de la República." (...)" En ese marco, fue expedido el Decreto 785 de 2005 "Por el cual se establece el sistema de nomenclatura y clasificación y de funciones y requisitos generales de los empleos de las entidades territoriales que se regulan por las disposiciones de la Ley 909 de 2004", en el cual se dispuso: "Artículo 4º. Naturaleza general de las funciones. A los empleos agrupados en los niveles jerárquicos de que trata el artículo anterior, les corresponden las siguientes funciones generales: 4.1. Nivel Directivo. Comprende los empleos a los cuales corresponden funciones de Dirección General, de formulación de políticas institucionales y de adopción de planes, programas y proyectos."



Transporte

VIABILIDAD DEL PROYECTO (Señalar con X la opción adecuada)

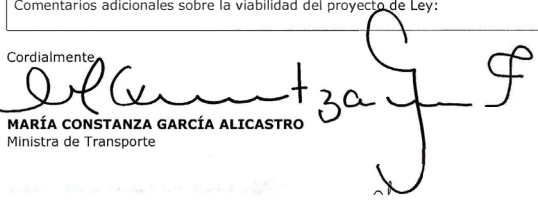
Viable ☐

Viable sujeto a comentarios y/o modificaciones al articulado ☒

No Viable ☐

Comentarios adicionales sobre la viabilidad del proyecto de Ley:

Cordialmente,



MARÍA CONSTANZA GARCÍA ALICASTRO

Ministra de Transporte

CARTA DE COMENTARIOS DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN AL
PROYECTO DE LEY NÚMERO 312 DE 2024 CÁMARA

por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones.

 Departamento Nacional de Planeación Bogotá D.C., jueves, 21 de noviembre de 2024 DG Honorable secretario RICARDO ALFONSO ALBORNOZ BARRETO Secretario General Comisión Séptima Cámara de Representantes Congreso de la República Carrera 7 No. 8 – 68, Edificio Nuevo del Congreso comision_septima@camamara.gov.co Bogotá D.C. Asunto: Comentarios al Proyecto de Ley nro. 312 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”. Radicados DNP Nro. 20246631365902 y 20246631375142. Respetado secretario, En atención a la solicitud de concepto presentada a este Departamento Administrativo, relacionada con el Proyecto de Ley nro. 312 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones” de manera atenta, se presentan los comentarios técnicos y jurídicos en el marco de lo dispuesto en el Decreto 1893 de 2021¹, sin perjuicio de los comentarios que puedan llegar a tener los sectores competentes en virtud de las disposiciones que desarrolla el presente Proyecto de Ley (PL). I. Antecedentes del Proyecto de Ley De conformidad con la exposición de motivos del PL del asunto, la iniciativa normativa tiene por objetivo transformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en un Sistema de Salud fundamentado en el Aseguramiento Social en Salud. Este Sistema se basa en la atención primaria en salud (APS), la cual es conocida como una estrategia que logra una buena salud a bajo costo, mediante un modelo preventivo, predictivo y resolutivo que parte de la ordenación del territorio del país. Por tal motivo, y para reorientar el sistema de salud hacia la APS, es necesario la transformación en los ejes de i) rectoría y gobernanza, ii) generación de recursos, iii) prestación de servicios, y iv) financiación. De esta manera, se consolida un sistema de salud hacia el cuidado de la vida. A su vez, con el surgimiento de las Redes Integrales e Integradas de Servicios en Salud (RIISS), se contribuye a la realización de los elementos más esenciales de la salud como lo son la cobertura, el acceso universal, el primer contacto, la atención integral, integrada y continua, entre otros; pues son la principal expresión operativa de la APS. En esa línea, la propuesta es conformar las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud (RIITSS) que reconocen las particularidades territoriales-poblacionales y garantizan la atención en el lugar más cercano posible. Estas se definen como el conjunto de organizaciones públicas, privadas o mixtas prestadoras de servicios sanitarios conformadas por las entidades territoriales y las Gestoras de salud y vida. Dentro de estas redes, se crean los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) para el nivel primario e instituciones de mediana y alta complejidad de nivel complementario. ¹ Por el cual se modifica la estructura del Departamento Nacional de Planeación.	 Departamento Nacional de Planeación Asimismo, en la exposición de motivos del PL se hace hincapié en el nivel primario de atención, toda vez que es el primer contacto de la población con el sistema de salud, a través del establecimiento de un vínculo más profundo. De este modo, dicho vínculo permite la promoción de la salud, la detección temprana de enfermedades y complicaciones y la continuidad de la atención a lo largo del curso de vida. En esa medida, la atención primaria parte de materializar un modelo preventivo y resolutivo. Por otro lado, en cuanto al financiamiento del sistema de salud, el PL propone la mancomunación de todos los recursos que financian los servicios de salud en el Fondo Único Público que se propone crear y que será administrado por la Administradora de Recursos de Sistema de Salud - ADRES. En este particular evento de transformación, los autores señalan que la financiación debe ser ajustada de forma progresiva, dado que la atención en salud en Colombia ha estado centrada en la enfermedad y dirigida a las instituciones de alto nivel de especialización. Lo anteriormente expuesto adquiere gran relevancia al tener en cuenta que, según la exposición de motivos del PL, el sistema de salud actual no muestra resultados que permitan evidenciar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. En consecuencia, este modelo de aseguramiento se ha centrado en la cobertura y no en la accesibilidad, propiciando la competencia entre los actores que actúan a través de un sistema de libre regulación del mercado y una débil rectoría del Estado. Igualmente, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) genera niveles de segmentación de la población por capacidad de pago y se centra en la atención de la enfermedad. Como resultado de la situación precitada, se han aumentado los niveles de morbilidad y mortalidad en el país. En definitiva, Colombia registra bajos resultados en salud si se compara con que el gasto administrativo es del 5.4%. Este porcentaje sobrepasa el promedio de los países que hacen parte de la OCDE y refleja ineficiencias en la gestión y en la gobernanza. De allí que, exista un debilitamiento de la autoridad sanitaria que tiene que ver con dos factores: a) disminución de la transferencia de recursos a los municipios y departamentos, y b) marco normativo orientado a la reducción del Estado. Por otra parte, el autor trae a colación el comportamiento que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) han tenido desde 1994. Así, desde tal fecha hasta hoy, 130 de 157 EPS han sido liquidadas o se encuentran en proceso de liquidación. Por lo que, sólo 27 se encuentran activas en la actualidad. En el análisis dispuesto en la parte motiva, se observa que estas entidades han fracasado en el cumplimiento de su objeto social, afectando la prestación del servicio de salud y dejando grandes deudas con prestadores, proveedores y talento humano. A manera de ilustración, la Superintendencia Nacional de Salud especificó las conclusiones a las que llegó a raíz de las intervenciones forzosas que realizó durante 2024. Dentro de la fase diagnóstica de las intervenciones a tres EPS, la Superintendencia concluyó que se presenta, entre otras situaciones, incremento en gastos operativos injustificados y asociados al funcionamiento de prestadores de servicios de salud; ocultamiento de facturación; aumento de costo médico entre los años 2022 y 2023; mayor contratación bajo la modalidad por evento; realización de pagos a prestadores sin el cumplimiento de las condiciones definidas en los contratos y sin la verificación de la calidad de la prestación; direccionamiento de contratos hacia Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) con las que se configura conflicto de interés, por participación accionaria, y; ausencia de contratación de red de prestadores para la detección temprana y manejo integral del cáncer. En atención a lo mencionado, a consideración del autor, es evidente que las EPS presentan fallas en la prestación del servicio y realizan un uso indebido de recursos. Lo anterior se ha permitido, con ocasión a la flexibilización normativa para la operación y funcionamiento de estas entidades. Así lo consideró la Contraloría General de la
--	--

 República en sus memorandos, en los que cuestionó que tal flexibilización favorece a la situación financiera de las EPS. Con relación a la clara integración vertical que se presenta entre las EPS y las IPS, se afirma que se produce un debilitamiento de la red pública hospitalaria, pues existe una contratación privilegiada con los prestadores que hacen parte de la integración, dejando resultados lesivos para los prestadores que no se encuentran vinculados a estas EPS, como lo son las Empresas Sociales del Estado (ESE). Ahora, existe una barrera relacionada con la falta de infraestructura hospitalaria. De ahí que, la accesibilidad a la salud de los residentes de las zonas marginales urbanas, y de las rurales y dispersas del país se vea afectada. Por consiguiente, se reduce la capacidad para resolver las demandas de la población y, consecuentemente, se genera, por un lado, ineficiencia en la asignación y utilización de recursos y, por otro, una atención orientada a la enfermedad y sin asegurar su continuidad. Un dato relevante es que sólo el 9,7% de las IPS existentes se encuentran en áreas rurales y el 90,3% están en las zonas urbanas. Por su parte, sobre las condiciones laborales de los trabajadores de la salud en Colombia se encuentra que, la figura de intermediación laboral es el vínculo por el cual, la mayoría de los trabajadores son contratados. Las consecuencias de esta tercerización laboral se relacionan con jornadas laborales excesivas, menores salarios, ausencia de prestaciones sociales y dotación, entre otras. Esto genera una precariedad laboral en el sistema de salud. Teniendo en cuenta las justificaciones descritas previamente por parte del autor de la iniciativa, el PL tiene por objeto principal: <i>"(...) transformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en un Sistema de Salud basado en el Aseguramiento Social en Salud, para garantizar el derecho fundamental a la salud.</i> <i>Desarrolla un modelo de salud en el marco de la atención primaria, organiza sus instancias para la gobernanza y rectoría del sistema con enfoque diferencial y territorial, articula a las instituciones prestadoras de servicios de salud, reorganiza los destinos y usos de los recursos financieros, establece un sistema público unificado e interoperable de información, fortalece la participación social y comunitaria, así como la inspección, vigilancia y control; define condiciones para el trabajo digno y fija las reglas de transición y evolución de la institucionalidad del Sistema General de Seguridad Social de Salud en el Sistema de Aseguramiento Social en Salud."</i> En consideración de lo precedente y sin perjuicio del concepto que puedan llegar a emitir el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, y los respectivos sectores competentes, nos permitimos presentar las siguientes observaciones frente al presente PL objeto de estudio. II. Comentarios generales Para abordar el presente acápite, se presentarán anotaciones generales en el siguiente orden: 1.) En primer lugar, se analizará el trámite legislativo mediante ley ordinaria con ocasión al PL en estudio; 2.) En segundo lugar, se relacionarán recomendaciones respecto al contenido de la exposición de motivos. 1. Comentarios sobre el trámite legislativo del PL ² Proyecto de Ley 312 de 2024. Artículo 1. Pág. 158.	 En aras de examinar la constitucionalidad de la iniciativa del PL que se estableció mediante el trámite de Ley Ordinaria, es necesario indicar, de manera preliminar que, existen varios tipos de leyes en el ordenamiento jurídico colombiano. Entre estas se encuentran la ley ordinaria, la ley orgánica y la ley estatutaria. Por su parte, la ley ordinaria hace referencia a la norma jurídica que se tramita y aprueba según el procedimiento legislativo común, puesto que el contenido de esta no se refiere a un tema de especialidad o de carácter excepcional, sino que regula aspectos generales³. Lo anterior, de conformidad con el artículo 150 de la Constitución Política. Frente a la ley orgánica, se tiene que esta regula la organización y funcionamiento de las ramas del poder público, así como la estructura y competencias de los órganos estatales de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 151 de la Carta Política⁴. Por ello, las leyes orgánicas tienen un carácter esencial en la organización y funcionamiento del Estado. En cuanto a la ley estatutaria se indica que es una norma de carácter especial por la que se regulan los derechos fundamentales, el ejercicio de la ciudadanía y la organización de las instituciones públicas en relación con ciertos aspectos clave del Estado. Estas leyes son objeto de un tratamiento legislativo diferenciado y están sometidas a un control de constitucionalidad más estricto por parte de la Corte Constitucional. Es así como, la reserva de ley estatutaria se encuentra consagrada en el artículo 152 de la Constitución Política que establece de manera taxativa las materias objeto de regulación, como a continuación se muestra: <i>ARTÍCULO 152.</i> Mediante las leyes estatutarias, el Congreso de la República regulará las siguientes materias : <i>a. Derechos y deberes fundamentales de las personas y los procedimientos y recursos para su protección;</i> <i>b. Administración de justicia;</i> <i>c. Organización y régimen de los partidos y movimientos políticos; estatuto de la oposición y funciones electorales;</i> <i>d. Instituciones y mecanismos de participación ciudadana;</i> <i>e. Estados de excepción.</i> <i>f. La igualdad electoral entre los candidatos a la Presidencia de la República que reúnan los requisitos que determine la ley.</i> <i>g. Las materias expresamente señaladas en los artículos 116 y 221 de la Constitución, de conformidad con el presente acto legislativo."</i> En suma, en el ordenamiento jurídico de Colombia, las leyes ordinarias, leyes orgánicas y leyes estatutarias tienen una jerarquía y un propósito distinto, pero complementario para el funcionamiento del Estado y la protección de los derechos. De este modo, se asegura el orden y la estabilidad del sistema jurídico, proporcionando un marco legal para regular la vida en sociedad, proteger los derechos fundamentales de los ciudadanos y garantizar que la organización del Estado se mantenga en consonancia con los principios constitucionales. Con base en el contexto anterior, en primer lugar, se refiere que, en materia de salud y seguridad social, la Constitución Política, en su artículo 48 dispone que la Seguridad Social "es un servicio público de carácter obligatorio" y un derecho irrenunciable⁵. Por su parte, el artículo 49 consagra que la atención en salud es un servicio público a cargo del Estado, además señala que "Se garantiza a todas las personas el acceso a los ³ Constitución Política. Artículo 150. ⁴ Constitución Política. Artículo 151. ⁵ Constitución Política. Artículo 48.
 <i>servicios de promoción, protección y recuperación de la salud."</i> De esa manera, le corresponde al Estado "organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud (...) conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad."⁷ A su vez, la Corte Constitucional, en la Sentencia hito T-760 de 2008, reafirmó que el derecho a la salud es un derecho fundamental, autónomo e irrenunciable. Además, estableció que el Estado tiene la obligación positiva de garantizar este derecho, tanto desde el punto de vista de la accesibilidad como de la calidad y oportunidad de los servicios. Asimismo, la Corte destaca que el derecho a la salud no debe verse solo como un derecho prestacional, sino como un derecho fundamental que debe ser protegido judicialmente cuando se ve amenazado⁸. Por ello, el mecanismo de protección más eficaz de este derecho en la actualidad es la acción de tutela, consagrada en el artículo 86 de la Carta Política⁹. En esa línea, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 reguló el núcleo esencial del derecho a la salud. Así, el artículo 2 de la precitada ley dispuso a la salud como un derecho fundamental autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. De igual forma, en el capítulo 2 de dicha norma, se establece la garantía y los mecanismos de protección del derecho fundamental a la salud. En consecuencia, se puede evidenciar que en el ordenamiento jurídico colombiano ya existe la referida ley estatutaria que regula el núcleo esencial del derecho fundamental a la salud. Paralelamente, la Ley 100 de 1993 "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones", la cual ostenta la naturaleza de ley ordinaria, es considerada una reforma relevante en el sistema de salud y seguridad social en Colombia, puesto que su objetivo principal fue la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), basado en la prestación del servicio a la salud y la ampliación progresiva de la cobertura a todos los sectores de la población¹⁰. Evidenciando lo anterior, se puede determinar que se reconoce el derecho a la salud como un derecho fundamental a través de la Ley 1751 de 2015, la cual tiene carácter de estatutaria, debido a que el contenido de sus disposiciones jurídicas se enmarca en la reserva legal dispuesta en el artículo 152 Superior, en lo que tiene que ver con el literal a, relacionado con "Derechos y deberes fundamentales de las personas y los procedimientos y recursos para su protección"¹¹. Mientras tanto, la estructuración del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) fue establecida mediante el trámite legislativo de ley ordinaria, toda vez que, las disposiciones constituyen aspectos de organización y administración del Sistema de Salud, la prestación del servicio de salud, entre otros, y, como resultado, fue expedida la Ley 100 de 1993. En relación con el PL objeto de estudio, se pone de presente que su propósito es la transformación del SGSSS en un Sistema de Salud basado en el Aseguramiento Social en Salud. A raíz de ello, el contenido del proyecto: <i>"Desarrolla un modelo de salud en el marco de la atención primaria, organiza sus instancias para la gobernanza y rectoría del sistema con enfoque diferencial y territorial, articula a las instituciones prestadoras de servicios de salud, reorganiza los destinos y usos de los recursos financieros, establece un sistema público unificado e interoperable de información, fortalece la participación social y comunitaria, así como la inspección, vigilancia y control; define condiciones para el trabajo digno y fija</i> ⁶ Constitución Política. Artículo 49. ⁷ Ibidem. ⁸ Corte Constitucional. Sentencia T-760 de 2008. ⁹ Presidencia de la República. Decreto 2591 de 1991. "Por el cual se reglamenta la acción de tutela consagrada en el artículo 86 de la Constitución Política". ¹⁰ Congreso de La República. Ley 100 de 1993. Artículos 3 y 6. ¹¹ Constitución Política. Artículo 152.	 <i>las reglas de transición y evolución de la institucionalidad del Sistema General de Seguridad Social de Salud en el Sistema de Aseguramiento Social en Salud."</i>¹² Teniendo esto presente, se analiza que, en definitiva, las disposiciones jurídicas del PL abarcan temas operativos y organizacionales del Sistema de Salud y, en esa medida pretende modificar las falencias que el SGSSS detenta. Esto significa que el articulado no está afectando el núcleo esencial del derecho fundamental y no pretende regular de forma integral su alcance, contenido y principios¹³, al contrario, pretende transformar las deficiencias que ha dejado la Ley 100 de 1993. Por lo tanto, el contenido del PL no hace parte de la reserva legal dispuesta en el artículo 152 Superior y, en consecuencia, debe tramitarse como ley ordinaria. En concordancia con lo analizado, la Corte Constitucional se ha pronunciado con respecto a la prestación del servicio de salud, indicando que el Legislador tiene la tarea de configurar su diseño, teniendo en cuenta el análisis que se realiza de las diferentes alternativas a la luz de "las condiciones económicas, los esquemas institucionales y las necesidades insatisfechas(entre otros factores), teniendo siempre como norte su realización progresiva en cuanto a calidad y cobertura se refiere."¹⁴ Complementariamente, se indica que, la legislación ordinaria regula lo relacionado con "las labores de dirección, regulación, vigilancia y control, así como los agentes prestadores del servicio y quienes suministran los insumos"¹⁵. En esa medida, el desarrollo y la organización del Sistema de Salud debe ser realizado mediante el trámite destinado para las leyes ordinarias. Ante ello, el artículo 150 de la Carta Política establece que el Congreso de la República ejerce, entre otras, la función de "interpretar, reformar y derogar las leyes."¹⁶ Por tal motivo, el presente PL se encuentra respaldado por mandato constitucional y está acorde con el respectivo trámite que debe surtir ante el Congreso de la República. En segundo lugar, es claro que la Ley 100 de 1993 es una ley ordinaria que contiene disposiciones sobre la operatividad y organización del SGSSS. Ante las deficiencias que se reflejan en la realidad colombiana y han sido descritas en la exposición de motivos del PL, resulta lógico que se realice una transformación al SGSSS mediante otra ley ordinaria. Aun cuando con la expedición de la Ley 100, la salud no estaba catalogada como un derecho fundamental, la Sentencia T-760 de 2008, previo a reconocer la crisis del sistema de salud y las violaciones al derecho a la salud, le dio ese estatus de fundamental y, por ese motivo, el Congreso expidió la Ley Estatutaria 1751 de 2015 en aras de desarrollar su núcleo esencial. En este punto, cabe señalar que la Ley Estatutaria en Salud no derogó ni modificó artículos de la hoy vigente Ley 100, toda vez que, el alcance de la Ley Estatutaria corresponde al desarrollo de un derecho fundamental y no a la estructuración del SGSSS, el cual, como se ha mencionado, se ha regulado mediante ley ordinaria. Lo anterior, teniendo en cuenta que el contenido de la Ley 1751 corresponde a uno de los temas de reserva de ley dispuestos en el artículo 152 constitucional. Además, se sugiere no perder de vista que en la Ley Estatutaria 1751 de 2015 de Salud, se ordena establecer un sistema inclusivo, que garantice el principio de universalidad, de igualdad en el acceso a servicios de salud, con garantía de la autonomía profesional, el respeto por el trabajo digno del personal que presta los servicios de salud, la atención inmediata de las urgencias y, como parte del derecho, se reconozcan los determinantes sociales de la salud, tal como se encuentran definidos en la Observación General 14 de la Organización de Naciones Unidas del año 2000. ¹² Proyecto de Ley 312 de 2024. Artículo 1. Pág. 158. ¹³ Corte Constitucional. Sentencia C-022 de 2021. M.P. Cristina Pardo Schlesinger. ¹⁴ Corte Constitucional. Sentencia C-791 de 2002. M.P. Eduardo Montealegre Lynett. ¹⁵ Corte Constitucional. Sentencia C-313 de 2014. M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo. ¹⁶ Constitución Política. Artículo 170.

 Departamento Nacional de Planeación De esta manera, resulta razonable que, si ante el llamado de la Corte Constitucional se expidió una Ley Estatutaria para abordar temas esenciales relacionados con el derecho fundamental a la salud y sus medidas de protección, también se expida una ley ordinaria que tenga como último fin superar la crisis del Sistema de Salud, a través de las modificaciones concernientes a la operatividad, a la organización y a la cobertura que no son materia estatutaria, pero que resultan trascendentales para optimizar este sistema. En tercer lugar, es preciso traer a colación que, la Ley 100 de 1993 ha sido objeto de modificaciones a través de otras leyes ordinarias. Para ilustrar, la Ley 1122 de 2007 tuvo como objeto reformar el régimen de salud, haciendo ajustes en la cobertura y estructura del sistema; y, la Ley 1438 de 2011 reformó el Sistema de Salud, con énfasis en la universalización de la cobertura y la mejora en la calidad de los servicios. Sobre estas legislaciones, se resalta que continúan vigentes y no han tenido ningún problema de constitucionalidad. En ese sentido, es claro que, para interpretar o modificar una ley ordinaria, basta con el trámite ordinario. En cuanto a pronunciamientos de la Corte Constitucional que consolidan las consideraciones anteriores, se encuentra la Sentencia C-408 de 1994, en la que se realizó un examen de constitucionalidad de la Ley 100 de 1993. Allí, el Alto Tribunal analizó la ley demandada y su enfoque de establecer un sistema mixto de seguridad social que combinara tanto elementos públicos como privados. A su vez, dictaminó que, la regulación de los aspectos técnicos y organizativos del Sistema de Salud debe realizarse a través de leyes ordinarias¹⁷. Otro fallo constitucional para traer a colación es la Sentencia C-313 de 2014, en la que la Corte Constitucional destacó que, aunque la Ley Estatutaria en Salud regula los aspectos fundamentales del derecho a la salud, corresponde al legislador ordinario regular los detalles operativos del sistema, como la organización de los servicios de salud, la cobertura y las prestaciones. En este sentido, el Alto Tribunal Constitucional dejó claro que el legislador ordinario tiene un papel importante en la estructuración y gestión de los servicios de salud a nivel práctico¹⁸. Así las cosas, conviene señalar que la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha sido clara en el sentido de que no toda ley que se refiera a un derecho fundamental debe tramitarse como ley estatutaria, sino sólo aquellas leyes que regulen el núcleo del derecho, de lo contrario, se paralizaría el Congreso de la República, en su competencia de proferir leyes, debido a que es muy difícil encontrar una ley que no se refiera de una u otra manera a un derecho fundamental. En síntesis, se considera que el PL en estudio versa sobre aspectos concernientes a la operatividad y estructuración del Sistema de Salud y la transformación del SGSS hacia un Sistema de Salud basado en el Aseguramiento Social en Salud. En esa medida, se contempla que el PL debe tramitarse como ley ordinaria, ya que su contenido no se encuentra en el ámbito de la reserva de ley estatutaria al no afectar el núcleo esencial del derecho a la salud. Al contrario, sus disposiciones jurídicas regulan la organización de este sistema, materia que corresponde a la legislación ordinaria, conforme a lo dispuesto por el artículo 150 de la Constitución. 2. Comentarios sobre la exposición de motivos ➤ La salud como derecho fundamental¹⁹ Se recomienda, respetuosamente, considerar la inclusión de derechos fundamentales dirigidos a la población con discapacidad, conforme a lo expuesto en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, adoptada por la Ley 1346 de 2009. Esta Convención destaca aspectos esenciales para el reconocimiento directo de los derechos en el sistema de salud de esta población. Dicho reconocimiento ha sido ¹⁷ Corte Constitucional. Sentencia C-408 de 1994. M.P. Fabio Morón Díaz. ¹⁸ Corte Constitucional. Sentencia C-313 de 2014. M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo. ¹⁹ Proyecto de Ley 312 de 2024. Pág. 12.	 Departamento Nacional de Planeación identificado por las comunidades a raíz de un problema de calidad, inclusión y accesibilidad en salud. Para superar esta disyuntiva, se ponen de presente los siguientes tres elementos: • Establecimiento de medidas adecuadas para la recuperación física, cognitiva y psicológica, así como para la rehabilitación y reintegración social de las personas con discapacidad (PcD). • Promoción del ejercicio efectivo de derechos en salud sin discriminación por motivos de discapacidad, adoptando medidas asociadas que faciliten el acceso a los servicios de salud, con un enfoque de género. • Provisión de servicios de salud necesarios para la población con discapacidad, especialmente aquellos derivados de su condición, integrando la detección e intervención tempranas para prevenir discapacidades adicionales, incluyendo a niños, niñas y personas mayores, de conformidad con el numeral 4 del artículo 16 y literal b del artículo 25 de la Ley 1346 de 2009. En efecto, se recomienda considerar las disposiciones en materia de los derechos a la salud, habilitación y rehabilitación integral de las personas con discapacidad, incluyendo a los niños y niñas, teniendo en cuenta los artículos 7, 9 y 10 de la Ley 1618 de 2013²⁰. ➤ Estado de la garantía del derecho fundamental a la salud de las personas gestantes²¹ Se sugiere incluir los derechos de las madres gestantes de niños y niñas en riesgo de discapacidad o con discapacidad, con el fin de proporcionar apoyo, orientación y acompañamiento. En definitiva, se considera, respetuosamente, que esta inclusión es pertinente, ya que se enmarca en un modelo predictivo que respalda el proceso de las mujeres gestantes que enfrentan estos posibles riesgos. Además, bajo el enfoque de atención a la población con discapacidad, se integra la normativa nacional en la materia, en particular lo contemplado en la Ley 1618 de 2023: <i>“Artículo 7°. Derechos de los niños y niñas con discapacidad. (...) 3. Las Direcciones Territoriales de Salud y las Seccionales de Salud de cada departamento, distrito y municipio establecerán programas de apoyo y orientación a madres gestantes de niños o niñas con alto riesgo de adquirir una discapacidad o con discapacidad, que las acompañen durante el embarazo, desarrollando propuestas de formación en estimulación intrauterina y acompañamiento durante la primera infancia.”²²</i> ➤ Estado de la garantía del derecho fundamental a la salud de niños y niñas²³ Se recomienda incorporar una mención, ya sea en el texto de la exposición de motivos o en una nota al pie de página, los mandatos legales relacionados con la garantía de los derechos de la niñez en salud, a saber: <i>“ARTÍCULO 27. DERECHO A LA SALUD. Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, psíquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad. Ningún Hospital, Clínica, Centro de Salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño, niña que requiera atención en salud.</i> <i>En relación con los niños, niñas y adolescentes que no figuren como beneficiarios en el régimen contributivo o en el régimen subsidiado, el costo de tales servicios estará a cargo de la Nación. (...)”²⁴</i> ²⁰ Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. ²¹ Proyecto de Ley 312 de 2024. Pág. 86 en adelante. ²² Congreso de la República. Ley 1618 de 2013. Artículo 7. Numeral 3. ²³ Proyecto de Ley 312 de 2024. Pág. 89 en adelante. ²⁴ Congreso de la República. Ley 1098 de 2006. Artículo 27.
 Departamento Nacional de Planeación ➤ Hacia un sistema de salud centrado en las personas y basado en la Atención Primaria en Salud²⁵ Se sugiere en este componente la inclusión de orientaciones de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC), dispuestas en los Lineamientos Nacionales de RBC del año 2014. Este documento se realizó mediante un proceso desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social. Así, su relevancia radica en los lineamientos ministeriales asociados a los procesos de desarrollo inclusivo desde una mirada territorial, como lo plantea el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS) dispuesto en el PL. Por lo tanto, se considera fundamental su inserción en la exposición de motivos, puesto que son parte de los instrumentos que el Ministerio de Salud y Protección Social aporta en el marco de la transformación al Sistema de Salud. Especialmente, de acuerdo con el enfoque expuesto en las líneas del componente de salud, la RBC permite adelantar acciones relacionales con la APS, que desarrolla cada entidad territorial²⁶. Lo anterior, en atención a que brinda la posibilidad de articulación y sostenibilidad entre ambas, dentro de las acciones del sector salud y los demás sectores, dentro del trabajo multi e intersectorial que se propone en ambas estrategias. ➤ Prestación de servicios de salud. Gestoras de Salud y Vida²⁷ <i>“Las Gestoras de Salud y Vida tendrán las siguientes funciones: (...)</i> <i>b. En la operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud</i> - Realizar revisión periódica del desempeño de los CAPS - Establecer los convenios de desempeño de IPS de mediana y alta - Gestionar un sistema de referencia y contrarreferencia - Desarrollar las acciones para identificar, segmentar y analizar los riesgos en salud para la población a cargo - Desarrollar modelos estimativos que permitan la gestión anticipada de los riesgos - Implementar salas situacionales - Implementar mecanismos efectivos de coordinación asistencial - Gestionar la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas - Gestionar el acceso oportuno y expedito a los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos - Prestar asistencia técnica con planes de capacitación - Realizar la auditoría integral de calidad, de cuentas médicas y concurrente - Validar la facturación del componente complementario²⁸ Frente a esta sección, es oportuno revisar la incorporación en el literal b, denominado <i>“En la operación de las Redes Integrales de Servicios de Salud”</i>, la gestión de prestación de servicios especializados y de rehabilitación para las Personas con Discapacidad. Lo anterior, conforme a la obligatoriedad que la normativa dispone frente a la atención en salud y rehabilitación para la población con discapacidad²⁹. ➤ Financiamiento³⁰ Se sugiere incluir en los <i>“Recurso que hacen unidad de caja en el Fondo Único Público de Salud”</i>, el financiamiento de los servicios de salud, rehabilitación y habilitación para la población con discapacidad. Lo ²⁵ Proyecto de Ley 312 de 2024. Pág. 100 en adelante. ²⁶ Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos Nacionales de Rehabilitación Basada en Comunidad – RBC. Numeral 2.2.1 Salud. ²⁷ Proyecto de Ley 312 de 2024. Pág. 111. ²⁸ Ibidem. ²⁹ Congreso de la República. Ley 1618 de 2013. Artículos 9 y 10. ³⁰ Proyecto de Ley 312 de 2024. Pág. 114 en adelante.	 Departamento Nacional de Planeación anterior es pertinente, con el propósito de asegurar la atención de las Personas con Discapacidad en lo que tiene que ver con prevención, intervención y diagnóstico, por parte de los CAPS y las RIITS. Esta recomendación se sustenta en los Lineamientos Nacionales de Rehabilitación Basada en Comunidad, que se armoniza a los procesos de los CAPS y a lo establecido en el artículo 9 de la Ley 1618 de 2013, sobre el derecho a la habilitación y rehabilitación integral, y en el artículo 25 de la Ley 1346 de 2009, relacionado con la salud. ➤ Rectoría y gobernanza. 1.1. Conformar equipo técnico coordinador del plan de transición que articulará el nivel nacional y regional³¹ Se recomienda integrar al Departamento Nacional de Planeación en el marco del equipo técnico coordinador del plan de transición, de la siguiente manera: <i>“El equipo estará conformado por funcionarios del nivel directivo del Ministerio de Salud y Protección Social, y del Departamento Nacional de Planeación con poder de decisión en las estrategias de articulación de las acciones de la transición y las acciones rutinarias del sistema de salud actual.”</i> Esta recomendación se fundamenta en varios aspectos técnicos y de gobernanza estratégica, considerando el rol especializado del DNP en la formulación de políticas de desarrollo y en la planificación intersectorial en Colombia, como se describe a continuación. - Experiencia en Planeación y Coordinación Intersectorial El DNP es la entidad encargada de coordinar los aspectos de planeación estratégica de todas las políticas públicas en Colombia, lo que incluye la formulación de programas que abarcan múltiples sectores, tales como salud, educación, desarrollo económico, y bienestar social. Su participación en el equipo técnico es esencial para asegurar que el plan de transición esté alineado con los objetivos de desarrollo nacional y que se integre efectivamente con otras políticas intersectoriales que inciden en la salud pública, como la infraestructura, el derecho humano a la alimentación y el manejo del riesgo social. Esto permite una planificación coherente y articulada, maximizando los recursos del Estado y asegurando que las estrategias de transición de salud no operen de manera aislada, sino en sincronía con otros programas de desarrollo. - Fortalecimiento de la Gobernanza y la Eficiencia en la Implementación Al incluir al Departamento Nacional de Planeación en el equipo técnico, se fortalece la gobernanza en el proceso de transición, debido a que se asegura que las decisiones se basen en una planificación estructurada y en la evidencia técnica derivada de la experiencia en gestión de políticas públicas. III. Comentarios al articulado ➤ Art

 ➤ TÍTULO II: GOBERNANZA Y RECTORÍA DEL SISTEMA³³ En este apartado se establece que la gobernanza, rectoría y dirección del sistema de salud será ejercida por el Ministerio de Salud y Protección Social, incluyendo la responsabilidad de la "coordinación intersectorial". Así, el artículo 5 crea el Consejo Nacional de Salud, liderado por el referenciado Ministerio, cuyas funciones incluyen la "definición e implementación de políticas, estrategias, planes y programas relacionados con la intervención en los determinantes sociales de la salud". Asimismo, esta estructura se replica a nivel territorial, también bajo la dirección del sector salud. En ese marco, desde la promulgación de la Ley 1438 de 2011, que asigna al Ministerio de Salud y Protección Social la tarea de coordinar los determinantes sociales de la salud, se han identificado limitaciones en la ejecución de acciones intersectoriales efectivas. Esto se debe principalmente a que los recursos asignados al sector salud se destinan exclusivamente para dicho sector, mientras que las intervenciones en otros sectores dependen de sus propios presupuestos y políticas. Esta falta de integración financiera y operativa ha impedido que el Ministerio ejerza un liderazgo efectivo en la coordinación de esfuerzos intersectoriales, lo que reduce el impacto y alcance de las intervenciones en salud pública. A nivel territorial, la estructura presenta limitaciones, teniendo en cuenta que el presupuesto es gestionado principalmente por las entidades territoriales del orden municipal, distrital y departamental. Las autoridades territoriales deben estar directamente involucradas en el proceso de toma de decisiones integrales, dado que, muchos de los determinantes sociales de la salud, dependen de sectores que no están bajo el control directo del sistema de salud. Ahora bien, en lo que respecta a la coordinación intersectorial, para abordar los determinantes sociales de la salud, se sugiere que el Ministerio de Salud y Protección Social asuma un apoyo técnico más activo, proporcionando directrices y apoyo especializado. No obstante, la gestión y coordinación de los diferentes sectores involucrados con la salud, debería ser liderada por una entidad con la capacidad de articular los esfuerzos multisectoriales, permitiendo que cada sector, como educación, vivienda, y medio ambiente, aporten desde su área de competencia. En ese sentido, a nivel nacional las entidades que deben liderar la gestión y coordinación de los distintos sectores involucrados en los determinantes sociales en salud deben ser el Departamento Administrativo de Presidencia, el Ministerio del Interior y el Departamento Nacional de Planeación para que exista la posibilidad de realizar acciones en los distintos sectores, de manera conjunta, coordinada y eficaz. En cuanto a las entidades territoriales, estos son, los Departamentos, Alcaldías y Distritos se sugiere continuar con las figuras existentes como los Comités Municipales de Políticas Sociales (COMPOS), los Comités Distritales de Políticas Sociales (CDS), los Comités Departamentales de Política Social (CDPS), entre otros, dado que quienes lideran estos son los Alcaldes y los Gobernadores. De esta forma, el Ministerio de Salud y Protección Social mantiene su liderazgo en el ámbito de la salud, mientras se asegura una mejor integración y colaboración entre los diferentes sectores para lograr intervenciones más efectivas en salud pública. ➤ Artículo 4. Gobernanza, rectoría y dirección del sistema de salud³⁴ ³³ Ibidem. Pág. 159 a 163 ³⁴ Proyecto de Ley 312 de 2024. Pág. 159.	 Se sugiere incluir a Departamento Nacional de Planeación como entidad de apoyo al Ministerio de Salud y Protección Social en la rectoría del Sistema de la siguiente manera: <i>"El Ministerio de Salud y Protección Social será quien oriente la toma de decisiones en salud, y con el apoyo del Departamento Nacional de Planeación, realizará la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas de salud; así como la gestión de los procesos al interior del sistema. Además, el MSPS ejerce la coordinación intersectorial y ejecuta las disposiciones legales vigentes"</i> En efecto, la incorporación del DNP como entidad de apoyo al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) en la rectoría del sistema de salud está sustentada en las competencias técnicas y la función integradora del DNP en la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas. A continuación, se presentan las razones para su inclusión: - Experiencia en la Formulación y Coordinación de Políticas Intersectoriales El DNP tiene una trayectoria consolidada en la formulación de políticas públicas con un enfoque intersectorial en atención a su misionalidad, lo que es crucial para el desarrollo de un sistema de salud que aborde los determinantes sociales de la salud. En concreto, la salud no sólo depende de los servicios médicos, sino también de factores como la educación, el saneamiento, la alimentación y el empleo. En ese sentido, el DNP, al apoyar al MSPS, facilita la integración de las áreas enunciadas y asegura que las políticas en materia de salud se alineen con otros sectores estratégicos, promoviendo un enfoque de salud en todas las políticas, lo cual resulta fundamental para una gobernanza efectiva. - Capacidades en Planificación y Evaluación de Políticas Públicas El DNP cuenta con la capacidad técnica para realizar evaluaciones de impacto y seguimiento de políticas públicas, lo que es esencial para evaluar el progreso y los resultados del sistema de salud de manera objetiva y basada en evidencia. Este soporte técnico es crucial para el MSPS, dado que permite que las decisiones en salud estén informadas por datos rigurosos y análisis de impacto. De esta manera, al integrar al DNP como entidad de apoyo, se asegura que las políticas de salud se formulen con una visión a largo plazo y con evaluaciones periódicas que faciliten ajustes y garanticen su sostenibilidad y eficacia. Por otro lado, se recomienda que en el inciso 3 se deje explícito la responsabilidad de los gobernadores y alcaldes, así: <i>"En los niveles departamental, distrital y municipal la dirección será ejercida por los gobernadores y alcaldes, como autoridades territoriales respectivas, y su correspondiente órgano de dirección en salud, y consiste en la formulación y puesta en marcha, seguimiento y evaluación de las políticas públicas de salud, la armonización de las políticas territoriales con las nacionales, y el ejercicio de las funciones de dirección del sector salud en su respectivo ámbito, de conformidad con las disposiciones orgánicas y legales que se le asignen"</i> Inclusive, es pertinente aclarar si en el concepto "autoridades territoriales" se consideran las autoridades propias de los grupos étnicos- raciales del país (indígenas, Consejos Comunitarios de Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras). Lo anterior aplica para todos los artículos donde se nombran los gobiernos o autoridades territoriales, puesto que, de ser así, el derecho fundamental a la consulta previa de estos pueblos debe materializarse en cada decisión que pueda afectarles.
 ➤ Artículo 5. Consejo Nacional de Salud³⁵ Por una parte, se recomienda revisar la pertinencia de incluir en el Consejo Nacional de Salud a: 1. Ministerio de Educación Nacional, considerando que es el ente rector del sector educación. Esto es relevante, puesto que se encuentra en capacidad de: (i) identificar y abordar las brechas que hay en la formación de especialidades y en la disponibilidad de profesionales de la salud; (ii) facilitar el desarrollo de las prácticas profesionales de los estudiantes de la salud; y (iii) potenciar iniciativas que fortalezcan la educación en salud, asegurando que los programas educativos respondan a las demandas del sector. 2. Ministerio de Igualdad y Equidad, teniendo en cuenta la competencia sobre los grupos poblacionales más vulnerables, y que el Decreto 1075 de 2024 le asigna funciones en salud, junto con el Ministerio de Salud y Protección Social. 3. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), como rector del Sistema Nacional de Bienestar Familiar identifica en territorio las situaciones que afectan la salud de niños, niñas y adolescentes, y los determinantes sociales de la salud que afectan a esta población. Así mismo, el ICBF realiza procesos administrativos de restablecimientos de derechos, dentro de ellos incluyen el restablecimiento del derecho a la salud. Por último, el instituto brinda el servicio público de bienestar familiar y ese servicio público está articulado con la atención que brinda el sector salud a niñas, niños y adolescentes - NNA y desde esa óptica es importante que pueda dar recomendaciones. Por otro lado, en el párrafo primero se recomienda hacer la distinción en el sentido de ministro/a, de igual manera, que, en las otras disposiciones en las que se refiera. ➤ Artículo 9. Funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud³⁶ Se sugiere que para el numeral 19, relacionado con el régimen de tarifas y formas de pago, se incluyan los servicios de cuidado de salud en casa o asistencia domiciliaria, dirigida a personas mayores, personas en situación de discapacidad o personas que requieran asistencia médica especial, en atención a su condición de salud. ➤ Artículo 19. Servicios Sociales Complementarios en Salud³⁷ Se sugiere revisar el tema del Asistente Personal y Cuidador desde el enfoque de la discapacidad para su implementación. De igual manera, es fundamental revisar la normativa que trata este tópico y la posible armonización con los instrumentos que lo están abordando, a saber: 1. El Oficio del Asistente Personal y Cuidador desde el Ministerio del Trabajo (artículo 9 Ley 2297 de 2023). 2. El Sistema Nacional del Cuidado, donde se reconoce entre los grupos para cuidado a las Personas con Discapacidad. 3. El Numeral C del artículo 28 de la Ley 1346 de 2009. Asimismo, se recomienda contemplar ampliar el alcance de este artículo, considerando que los servicios Sociales Complementarios en Salud no pueden limitarse de manera exclusiva a la situación socioeconómica. Es ³⁵ Ibidem. Pág. 160. ³⁶ Ibidem. Pág. 163. ³⁷ Ibidem. Pág. 174	 importante tener presente que un buen porcentaje de personas que requieren cuidados de su salud en casa, están siendo cuidadas por otras personas no remuneradas, que, en su mayoría, son mujeres o padres o madres o hijos que pueden estar atravesando otras dificultades propias con su salud y/o edad. ➤ Artículo 20. Prestaciones económicas³⁸ Se recomienda contemplar extender estas prestaciones por incapacidad médica de los hijos/as, cuyo cuidado esté a cargo exclusivamente del padre o madre cotizante. ➤ Artículo 22. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS)³⁹ Se sugiere precisar en el párrafo segundo, la Ley a la que hace referencia el artículo 23. Por lo cual, se sugiere mencionar que es de la presente Ley, siempre y cuando sea así. ➤ Artículo 24. Naturaleza y funciones de las Gestoras de Salud y Vida⁴⁰ Se recomienda incorporar al numeral primero lo siguiente: <i>"Identificación y articulación de la prestación de los servicios sociosanitarios relacionados con los cuidados"</i>. Además, se sugiere contemplar, el desarrollo de medidas o acciones de transferencia de recursos y de capacidad técnica en los territorios para resolver déficits de cuidados. En el mismo sentido, se recomienda que las Gestoras de Salud y Vida se encarguen de identificar y/o canalizar la prestación de los servicios de cuidado en salud para ser integrados a los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS y a las Redes Integrales e Integradas Territorial de Salud - RIITS. ➤ Artículo 28. Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud – RIITS⁴¹ Se recomienda incluir en el numeral primero el enfoque de "curso de vida", como criterio determinante de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), ya que permite una mejor identificación y atención de las necesidades de salud específicas de la población en cada etapa de su desarrollo, mejorando la planificación y la efectividad de los servicios de salud. A su vez, este enfoque reconoce que las necesidades de salud y los riesgos de cada persona cambian a lo largo de su vida, desde la primera infancia hasta la vejez. Por ello, incorporar este criterio en la RIITS facilita que el sistema de salud identifique las características y los riesgos específicos asociados con cada etapa de la vida y adapte sus servicios en consecuencia. Por ejemplo, la primera infancia requiere un enfoque especial en la nutrición, vacunación y desarrollo psicomotor, mientras que la adolescencia puede requerir servicios de salud mental y de salud sexual y reproductiva con un énfasis especial. De igual forma, los adultos mayores pueden necesitar un enfoque en el manejo de enfermedades crónicas y cuidados paliativos. De este modo, se recomienda que el enfoque de curso de vida sea un criterio determinante dentro del numeral primero de la disposición en estudio de este apartado. ➤ Artículo 32. Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital⁴² ³⁸ Ibidem. Pág. 175. ³⁹ Proyecto de Ley 312 de 2024. Pág. 175. ⁴⁰ Ibidem. Pág. 179. ⁴¹ Ibidem. Pág. 184. ⁴² Ibidem. Pág. 191.



Departamento
Nacional de Planeación

Se sugiere la inserción de un párrafo que establezca el seguimiento al avance del proceso de implementación del modelo en salud y su relación con los resultados en salud, según los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

> **Artículo 37. Becas de matrícula para formación pregradual y posgradual en salud**⁴³

Se sugiere articular esta actividad con el Ministerio de Educación Nacional y el ICETEX para tener una apuesta más amplia e integral.

> **Artículo 39. Régimen Laboral de las Instituciones de Salud del Estado – ISE Párrafo 3**⁴⁴

Preliminarmente, es necesario indicar que el régimen laboral es del fuero del Congreso de la República y, por ende, es reserva de la Ley, o bien cuando el legislador concede facultades extraordinarias al presidente de la República. Ahora bien, se sugiere revisar el articulado con la reforma laboral y otra normativa vigente para generar armonización y cumplir con el propósito de brindar garantías dignas a las y los trabajadores de la salud.

> **"Vigencia. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias."**⁴⁵

Respecto de lo aquí enunciado, es pertinente señalar que las normas deben indicar de manera expresa aquellas que pretenden modificar, lo que no se observa en la presente disposición. Por otro lado, se sugiere revisar la numeración del articulado y modificar el número de la presente disposición, debido a que se nombra como "Artículo 1", pero en realidad es el último artículo de PL.

En los anteriores se emite concepto sobre el asunto, no sin antes reiterar el compromiso de este Departamento Administrativo como entidad de carácter técnico, para apoyar y fortalecer las iniciativas del Honorable Congreso de la República en ejercicio de la función legislativa.

Cordialmente,



MARIO ALEJANDRO VALENCIA BARRERA
Subdirector General de Prospectiva y Desarrollo Nacional
Departamento Nacional de Planeación

⁴³ Proyecto de Ley 312 de 2024. Pág. 196.
⁴⁴ Ibidem. Pág. 197.
⁴⁵ Ibidem. Pág. 207.

CARTA DE COMENTARIOS SECRETARÍA DE GOBIERNO DE BOGOTÁ AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 312 DE 2024 CÁMARA

por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones.



SECRETARÍA DE
GOBIERNO

Bogotá, D.C.

170

Doctor:
JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA
Secretario General
Cámara de Representantes
secretaria-general@camara.gov.co
Calle 10 # 7-50, piso 1, Capitolio Nacional
Bogotá D.C.

Asunto: Observaciones de la Administración Distrital al Proyecto de Ley No.312 de 2024 Cámara "Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".

Respetado Secretario Lacouture:

En atención al estudio técnico, jurídico y presupuestal realizado al Proyecto de Ley indicado en el asunto y de conformidad con lo señalado en el capítulo III del Decreto Distrital 06 de 2009, me permito informarle que la Secretaría Distrital de Salud (anexo radicado No. 20244213583402), realizó observaciones sobre dicha iniciativa para consideración de esa célula legislativa durante su trámite.

En tal sentido, de manera respetuosa se sugiere que, en el estudio y discusión del referido Proyecto de Ley, se tengan en cuenta las observaciones planteadas, no sin antes manifestar nuestra disposición y compromiso en colaborar con la actividad legislativa.

En caso de querer ampliar el concepto técnico que se remite sobre esta iniciativa legislativa, estamos dispuestos a organizar mesas de trabajo entre la Administración Distrital, los autores y ponentes de ser necesario. Así mismo, para cualquier información adicional que se requiera, se puede comunicar al correo electrónico equipocongresodrp@gobismobogota.gov.co.

Cordialmente,



JUAN BELLO GONZÁLEZ
Director de Relaciones Políticas
juan.bello@gobismobogota.gov.co

Anexo: Uno (veinte folios)



SECRETARÍA DE
SALUD

2024-EE-137385

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD 13 de noviembre de 2024
Al contestar: Cite Este No. 2024-EE-137385

Folios: Anexos:
ORIGEN: - 000000-Despacho
DESTINO: JUAN BELLO GONZALEZ SECRETARIA DE GOBIERNO - -
Comunicaciones oficiales

TIPO DE DOCUMENTO:
ASUNTO: Respuesta solicitud de pronunciamientos Primer Debate al Proyecto de Ley No. 312 de 2024

000000

Señor
JUAN BELLO GONZALEZ
Director de Relaciones Políticas
SECRETARIA DE GOBIERNO
c/11 8 17
radicacionsdg.nivelcentral@gobiernobogota.gov.co
Bogotá D.C.

Asunto: Respuesta solicitud de pronunciamientos Primer Debate al Proyecto de Ley No. 312 de 2024

Referente al Proyecto de Ley No.312 de 2024 "Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", a continuación, se presenta pronunciamiento por parte de esta entidad.

**FORMATO ÚNICO PARA EMISIÓN DE COMENTARIOS
PROYECTOS DE LEY Y/O ACTO LEGISLATIVO
DIRECCIÓN DE RELACIONES POLÍTICAS**

SECTOR QUE CONCEPTÚA: SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

NÚMERO DEL PROYECTO:

EN CÁMARA: LEY 312 ACTO LEGISLATIVO AÑO: 2024 ____

EN SENADO: LEY ACTO LEGISLATIVO AÑO: ____

ORIGEN DEL PROYECTO: ____

COMISIÓN: ____

FECHA DE RADICACIÓN: ____

ESTADO DEL PROYECTO: ____

TÍTULO DEL PROYECTO

BOGOTÁ SECRETARÍA DE SALUD 2024-EE-137385 "Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones". AUTOR (ES) Honorables Congressistas: María Eugenia Lopera Monsalve, Jorge Alexander Quevedo H., Camilo Esteban Ávila Morales, Alfredo Mondragón Garzón, Juan Camilo Londoño Barrera, Karen Juliana López Salazar, Germán José Gómez López. OBJETO DEL PROYECTO DE LEY "La presente ley tiene por objeto transformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en un Sistema de Salud basado en el Aseguramiento Social en Salud, para garantizar el derecho fundamental a la salud. Desarrolla un modelo de salud en el marco de la atención primaria, organiza sus instancias para la gobernanza y rectoría del sistema con enfoque diferencial y territorial, articula a las instituciones prestadoras de servicios de salud, reorganiza los destinos y usos de los recursos financieros, establece un sistema público unificado e interoperable de información, fortalece la participación social y comunitaria, así como la inspección, vigilancia y control; define condiciones para el trabajo digno y fija las reglas de transición y evolución de la institucionalidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Sistema de Aseguramiento Social en Salud". COMPETENCIA LEGAL PARA PRESENTAR EL ANÁLISIS POR PARTE DEL SECTOR ES COMPETENTE Si ☒ No ☐ Con el fin de que haya una adecuada gestión pública distrital se torna necesario implementar y desarrollar por parte del Gobierno Distrital unas relaciones armónicas y efectivas con el Congreso de la República, para lo cual resulta fundamental establecer disposiciones y medidas administrativas tendientes a lograr una adecuada coordinación interinstitucional. De esta manera se establece un canal de comunicación que facilite la relación, coordinación y concertación necesaria para la gestión de las relaciones políticas de la Administración Distrital con el Congreso de la República y se construya un centro de generación y análisis de información y de conocimiento sobre los asuntos políticos de la ciudad en relación con el órgano legislativo. Para tal efecto se expide el Decreto Distrital 06 de 2009 "Por el cual se crea el Comité de Seguimiento a las Relaciones con el Congreso de la República, se establecen unos procedimientos y se dictan otras disposiciones". ANÁLISIS JURÍDICO De orden Constitucional	BOGOTÁ SECRETARÍA DE SALUD 2024-EE-137385 "Artículo 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella. (...). Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad. El porte y consumo de sustancias psicoactivas no reguladas está prohibido, salvo prescripción médica. Con fines preventivos y rehabilitadores la ley establecerá medidas y tratamientos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para toda la población y en especial a las personas que consuman sustancias estupefacientes o sicotrópicas. El sometimiento a esas medidas y tratamientos requieren el consentimiento informado del consumidor. La prohibición prevista en el inciso anterior no aplicará para el porte, producción, distribución, venta y consumo del cannabis y sus derivados por parte de mayores de edad. Tampoco aplicará para ninguna de estas sustancias cuando su destinación sea para usos científicos o de investigación, siempre y cuando cuente con las licencias otorgadas por la autoridad competente. La ley restringirá el consumo y comercialización de cannabis o sus derivados en entornos escolares y reglamentará el porte y consumo de cannabis y sus derivados en espacios públicos, recreativos, en espacios privados y públicos abiertos al público, comunes, zonas comunes, en establecimientos carcelarios y de rehabilitación, entre otros.
BOGOTÁ SECRETARÍA DE SALUD 2024-EE-137385 Así mismo, el Estado atenderá con un enfoque de derechos humanos a toda la población con una relación problemática con sustancias psicoactivas y a su familia y/o redes de apoyo, garantizando su tratamiento y rehabilitación; y así prevenir comportamientos que afecten el cuidado integral de la salud de las personas y, por consiguiente, de la comunidad, y desarrollará de manera permanente campañas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas y sus efectos nocivos, así como estrategias de reducción de riesgos y daños en favor de los consumidores que tienen relación problemática o dependiente con sustancias psicoactivas. El Estado incorporará en el Sistema Educativo, en su diferentes formas, modalidades y niveles, la educación sobre la prevención en el consumo de drogas o sustancias estupefacientes y sus efectos nocivos. Las entidades que conformas en sistema General de Seguridad Social en Salud y sus prestadores garantizarán la aplicación e incorporación de lo establecido en este artículo de forma obligatoria." De orden legal. Ley 1438 de 2011 "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones". ARTÍCULO 1°. Objeto de la ley. Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera. (...). Ley 1608 de 2013 "Por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del Sector Salud." Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto definir medidas para mejorar el flujo de recursos y la liquidez del Sector Salud a través del uso de recursos que corresponden a saldos o excedentes de cuentas maestras del Régimen Subsidiado de Salud, aportes patronales y rentas cedidas, y definir mecanismos para el financiamiento de las deudas reconocidas del Régimen Subsidiado de Salud por las entidades territoriales en el marco de lo señalado en el artículo 275 de la Ley 1450 de 2011. Artículo 10. Giro directo de EPS en medidas de vigilancia especial, intervenidas o en liquidación. Las Entidades Promotoras de Salud, que se encuentren en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación por parte del organismo de control y vigilancia	BOGOTÁ SECRETARÍA DE SALUD 2024-EE-137385 competente, girarán como mínimo el 80% de las Unidades de Pago por Capitación reconocidas, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, directamente desde el Fosyga o desde el mecanismo de recaudo o giro creado en desarrollo del artículo 31 de la Ley 1438 de 2011. El giro directo en el caso del Régimen Contributivo, se hará una vez se reglamente por el Gobierno Nacional el procedimiento que corresponda." Ley 1751 de 2015 "Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones". Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. Artículo 2°. Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado. Artículo 3°. Ámbito de aplicación. La presente ley se aplica a todos los agentes, usuarios y demás que intervengan de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho fundamental a la salud. Artículo 4°. Definición de Sistema de Salud. Es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud. Artículo 5°. Obligaciones del Estado. El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; para ello deberá: a) Abstenerse de afectar directa o indirectamente en el disfrute del derecho fundamental a la salud, de adoptar decisiones que lleven al deterioro de la salud de la población y de realizar cualquier acción u omisión que pueda resultar en un daño en la salud de las personas; b) Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema; c) Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales;

BOGOTÁ SECRETARÍA DE SALUD 2024-EE-137385 d) Establecer mecanismos para evitar la violación del derecho fundamental a la salud y determinar su régimen sancionatorio; e) Ejercer una adecuada inspección, vigilancia y control mediante un órgano y/o las entidades especializadas que se determinen para el efecto; f) Velar por el cumplimiento de los principios del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, según las necesidades de salud de la población; g) Realizar el seguimiento continuo de la evolución de las condiciones de salud de la población a lo largo del ciclo de vida de las personas; h) Realizar evaluaciones sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de sus principios y sobre la forma como el Sistema avanza de manera razonable y progresiva en la garantía al derecho fundamental de salud; i) Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población; j) Intervenir el mercado de medicamentos, dispositivos médicos e insumos en salud con el fin de optimizar su utilización, evitar las inequidades en el acceso, asegurar la calidad de los mismos o en general cuando pueda derivarse una grave afectación de la prestación del servicio. Artículo 13. Redes de servicios. El sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas. Artículo 14. Prohibición de la negación de prestación de servicios. Para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de atención de urgencia. El Gobierno Nacional definirá los mecanismos idóneos para controlar el uso adecuado y racional de dichos servicios y tecnologías en salud. Parágrafo 1°. En los casos de negación de los servicios que comprenden el derecho fundamental a la salud con independencia a sus circunstancias, el Congreso de la República definirá mediante ley las sanciones penales y disciplinarias, tanto de los Representantes Legales de las entidades a cargo de la prestación del servicio como de las demás personas que contribuyeron a la misma. Parágrafo 2°. Lo anterior sin perjuicio de la tutela. Artículo 24. Deber de garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas. El Estado deberá garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional. La extensión de la red pública hospitalaria no depende de la rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social. En zonas dispersas, el Estado deberá adoptar medidas razonables y eficaces, progresivas y continuas, para garantizar opciones con el fin de que sus habitantes accedan oportunamente a los servicios de salud que requieran con necesidad."	BOGOTÁ SECRETARÍA DE SALUD 2024-EE-137385 • Ley 1797 de 2016 "Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones." "ARTÍCULO 1. Objeto de la ley. La presente ley tiene por objeto fijar medidas de carácter financiero y operativo para avanzar en el proceso de saneamiento de deudas del sector y en el mejoramiento del flujo de recursos y la calidad de la prestación de servicios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). (...). ARTÍCULO 20. Nombramiento de Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado. Los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial serán nombrados por el Jefe de la respectiva Entidad Territorial. En el nivel nacional los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados por el Presidente de la República. Corresponderá al Presidente de la República, a los Gobernadores y los Alcaldes, dentro de los tres (3) meses siguientes a su posesión, adelantar los nombramientos regulados en el presente artículo, previa verificación del cumplimiento de los requisitos del cargo establecidos en las normas correspondientes y evaluación de las competencias que señale el Departamento Administrativo de la Función Pública. Los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados para periodos institucionales de cuatro (4) años, el cual empezará con la posesión y culminará tres (3) meses después del inicio del periodo institucional del Presidente de la República, del Gobernador o del Alcalde. Dentro de dicho periodo, sólo podrán ser retirados del cargo con fundamento en una evaluación insatisfactoria del plan de gestión, evaluación que se realizará en los términos establecidos en la Ley 1438 de 2011 y las normas reglamentarias, por destitución o por orden judicial. PARÁGRAFO TRANSITORIO. Para el caso de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado que a la entrada en vigencia de la presente ley hayan sido nombrados por concurso de méritos o reelegidos, continuarán ejerciendo el cargo hasta finalizar el periodo para el cual fueron nombrados o reelegidos. Los procesos de concurso que al momento de entrada en vigencia de la presente ley, se encuentren en etapa de convocatoria abierta o en cualquiera de las etapas subsiguientes continuarán hasta su culminación y el nombramiento del Gerente o Director recaerá en el integrante de la terna que haya obtenido el primer lugar, el nominador deberá proceder al nombramiento en los términos del artículo 72 de la Ley 1438 de 2011. En el evento que el concurso culmine con la declaratoria de desierto o no se integre la terna, el nombramiento se efectuará en los términos señalados en el primer inciso del presente artículo. Del mismo modo, en los casos en que la entrada en vigencia de la presente ley, no se presente ninguna de las situaciones referidas en el inciso anterior, el jefe de la respectiva Entidad Territorial o el Presidente de la República procederá al nombramiento de los Gerentes o Directores dentro de los tres meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, en los términos señalados en el presente artículo." CONCLUSIÓN De conformidad con el artículo 150 de la Constitución Política, la cláusula general de competencia le otorga al órgano legislativo la potestad de expedir leyes. Es por ello, que
BOGOTÁ SECRETARÍA DE SALUD 2024-EE-137385 con fundamento en dicha preceptiva, tiene la facultad de interpretar, reformar y derogar las leyes. En el presente proyecto de ley sobre el cual se conceptúa, no existe restricción para que el legislador impulse dicha iniciativa. Se observa que el presente proyecto de Ley 312 de 2024 que cursa en la Cámara de Representantes, tiene por objeto transformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en un Sistema de Salud basado en el Aseguramiento Social en Salud, para garantizar el derecho fundamental a la salud. Dicho proyecto plantea además, el desarrollo de un modelo de salud en el marco de la atención primaria, organiza sus instancias para la gobernanza y rectoría del sistema con enfoque diferencial y territorial, articula a las instituciones prestadoras de servicios de salud, reorganiza los destinos y usos de los recursos financieros, establece un sistema público unificado e interoperable de información, fortalece la participación social y comunitaria, así como la inspección, vigilancia y control; define condiciones para el trabajo digno y fija las reglas de transición y evolución de la institucionalidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Sistema de Aseguramiento Social en Salud. Desde el punto de vista teórico, los sistemas de seguridad social en salud tienen unas características muy distintas a los sistemas nacionales de salud. En el caso colombiano, la Constitución Política en el artículo 48, señala que tendremos un Sistema de Seguridad Integral. Dentro del cual se establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud. "ARTÍCULO 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella..." Del anterior texto también se desprende la prohibición de usar los recursos de la Seguridad Social para fines distintos a ella. Hacen parte de los recursos de la seguridad las cotizaciones de los trabajadores y empleadores. En el proyecto se están usando estos recursos y otros que son de la Seguridad Social a la financiación del Nuevo Sistema Nacional de Salud. El artículo 49 de la Constitución Política consagra la atención en salud como un servicio público cuya responsabilidad está en cabeza del Estado, correspondiéndole en consecuencia, organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud de las personas, con observancia de los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Es así como en la actualidad, el derecho a la salud es autónomo e irrenunciable y su carácter fundamental se lo dio la jurisprudencia de la Corte, con la sentencia hito T-760 de	BOGOTÁ SECRETARÍA DE SALUD 2024-EE-137385 2008 y posteriormente fue el legislador con el artículo 2° de la Ley 1751 de 2015, quien la elevó a un rango estatutario y cuyo control previo se llevó a cabo por la Corte Constitucional mediante la sentencia C-313 de 2014. La Honorable Corte en la Sentencia T-760 de 2008 señaló entre sus apartes: "3.2.1.3. Así pues, considerando que "son fundamentales (i) aquellos derechos respecto de los cuales existe consenso sobre su naturaleza fundamental y (ii) todo derecho constitucional que funcionalmente esté dirigido a lograr la dignidad humana y sea traducible en un derecho subjetivo", la Corte señaló en la sentencia T-859 de 2003 que el derecho a la salud es un derecho fundamental, 'de manera autónoma', cuando se puede concretar en una garantía subjetiva derivada de las normas que rigen el derecho a la salud, advirtiendo que algunas de estas se encuentran en la Constitución misma, otras en el bloque de constitucionalidad y la mayoría, finalmente, en las leyes y demás normas que crean y estructuran el Sistema Nacional de Salud, y definen los servicios específicos a los que las personas tienen derecho.[16] Concretamente, la jurisprudencia constitucional ha señalado que el acceso a un servicio de salud que se requiera, contemplado en los planes obligatorios, es derecho fundamental autónomo. En tal medida, la negación de los servicios de salud contemplados en el POS es una violación del derecho fundamental a la salud, por tanto, se trata de una prestación claramente exigible y justiciable mediante acción de tutela.[17] La jurisprudencia ha señalado que la calidad de fundamental de un derecho no depende de la vía procesal mediante la cual éste se hace efectivo.[1] (...). 5.1. El Sistema General de Seguridad Social en Salud se inspiró en los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, pero fue con la expedición de la Ley 100 de 1993 que se estableció formalmente; allí se plasmaron los fundamentos que rigen su dirección, organización y funcionamiento, sus normas administrativas, financieras y de control, y de las obligaciones en general. A modo de ejemplo, el artículo 177 ejusdem definió a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) como: "las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones (...). Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados"; asimismo, el artículo 162 de la citada ley creó el plan de salud obligatorio (POS); hoy Plan de Beneficios, con el objetivo de "permitir 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". Como se observa, han pasado casi 30 años en donde la evolución normativa y jurisprudencial ha sido una constante en el cambio del sistema de salud. (...)" La Constitución y la Jurisprudencia, así como la ley Estatutaria de Salud, protegen el derecho de todas las personas del país. Este derecho tiene unas garantías explícitas e implícitas que deben respetarse y que han sido amparadas incluso por fallos de tutela. La Ley Estatutaria de Salud protege el derecho individual y colectivo. En efecto: la Ley 1751 de 2016, Ley Estatutaria de Salud señala:

BOGOTÁ SECRETARÍA DE SALUD 2024-EE-137385 <i>"Artículo 20 • Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado"</i> Esto significa que a ningún habitante del país se le pueden eliminar beneficios o vulnerar el derecho que tiene, que se ha consolidado con el tiempo y que ha protegido tanto la Ley Estatutaria, como la Jurisprudencia. Con el sistema vigente de aseguramiento, el derecho fundamental a la salud se garantiza a toda la población, a través de la rectoría del sector público, pero con la participación de los privados, quienes tienen la infraestructura tecnológica y recurso humano que complementan y son indispensables para gestionar la prestación del servicio de salud con calidad y oportunidad. La articulación entre los privados y mixtos, ha logrado una cobertura universal. De igual manera, es importante destacar que el derecho fundamental a la salud es considerado como la garantía real que tiene toda persona a acceder a los servicios de salud, de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación de un estado físico, mental, emocional y social, permitiéndole desarrollar el bien de sí mismo, de su familia y de la colectividad en general. La Ley Estatutaria en Salud posee unos elementos y principios establecidos en los artículos 6° y 8° ejusdem, que van al unísono de la doble connotación que ha referido la Corte Constitucional, es decir de ser un derecho fundamental y un servicio público esencial. Establece además esta regulación de manera imperativa, que el Estado adoptará las políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas y en lo que corresponde a la prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado de conformidad con lo previsto en el artículo 49 Constitucional. En este contexto, La ley estatutaria fortalece el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en procura de mejorar sus resultados, aumentar la satisfacción del usuario y del talento humano en salud, así como garantizar la sostenibilidad del sistema. Es de acotar en suma que la referida Ley 1751 de 2015, enfoca su andamiaje como ya se indicó, en la garantía del derecho fundamental a la salud, regulando y estableciendo los mecanismos de protección, señalando que este derecho fundamental a la salud <u>es autónomo e irrenunciable</u> tanto en lo individual como en lo colectivo, en observancia de los múltiples pronunciamientos de la Honorable Corte Constitucional, entre los que	BOGOTÁ SECRETARÍA DE SALUD 2024-EE-137385 destacamos lo señalado en la Sentencia T456 de 31 de octubre de 2023. M.P. Cristina Pardo Schlesinger, al indicar: <i>"(...) Generalidades.</i> <i>4.1. Los artículos 48 y 49 de la Constitución Política son el punto de partida para analizar el derecho a la salud del que gozan todos los individuos que se encuentren dentro del territorio colombiano, puesto que definen la seguridad social en salud, al igual que la atención en salud, como un servicio público obligatorio e irrenunciable a cargo del Estado, que se rigen bajo los tres pilares de eficiencia, universalidad y solidaridad. Bajo la anterior premisa, es que se garantiza a todos los habitantes el acceso a los servicios de promoción, prevención y recuperación de salud. Así mismo, existe el principio de integralidad que acompaña a los tres pilares, el cual refuerza aquella garantía dada a nivel constitucional.</i> (Subrayado fuera de texto). <i>5.2. De manera más reciente, en lo que concierne al derecho a la vida digna, la sentencia T-399 de 2023 citando a la sentencia T-041 de 2019, sostuvo que "la dignidad humana es un pilar fundamental, base del ordenamiento jurídico, principio constitucional y derecho fundamental". Asimismo, que "la salud, la integridad física, psíquica y espiritual, así como el acceso a las condiciones materiales mínimas de existencia, entre otros, constituyen los presupuestos irreductibles para una vida digna"[32]; y frente a su conexión con el derecho a la salud, la sentencia T-033 de 2013 explicó que las prestaciones propias de esta permiten que el individuo desarrolle "plenamente las diferentes funciones y actividades naturales del ser humano, lo que consecuentemente eleva el nivel de oportunidades para la elección y ejecución de un estilo de vida"[33]. En conclusión, la sentencia T-017 de 2021, frente a este tema, concluyó: "que la debida protección y garantía del derecho fundamental a la salud redundan en la protección de la dignidad de la persona y la vida en condiciones dignas"[34]. (...)".</i> A nivel jurisprudencial, el proyecto no se alinea con las directrices establecidas por la Honorable Corte Constitucional, que ha enfatizado repetidamente la necesidad de que una reforma al sistema de salud se enfoque en abordar sus ineficiencias. Esto implica resolver problemas como la gestión adecuada de los recursos públicos, la prevención y atención de enfermedades, y el liderazgo del Estado en el sistema de salud, reconociendo al mismo tiempo la importancia de la participación del sector privado. El proyecto tampoco aborda de manera suficiente el saneamiento financiero de las Entidades Promotoras de Salud ni de los Hospitales Públicos. En lugar de corregir o reformar, el proyecto propone una transformación completa del modelo establecido por la ley 100 de 1993, que previamente se había ajustado adecuadamente a la Constitución Política en materia de salud. De otra parte y acorde con el marco de competencia que la Carta Política del 91 entregó al Congreso de la República, para expedir, interpretar, reformar y derogar leyes, lo pretendido por el órgano legislativo con el presente proyecto de ley al transformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en un Sistema de Salud basado en el Aseguramiento Social en Salud, para garantizar el derecho fundamental a la salud, se encuentra circunscrito al marco legal superior para llevar a cabo su cometido regulatorio. No obstante, consideramos que se deben tener en cuenta las observaciones que a continuación se plantean al articulado, con el ánimo de contribuir en la reflexión que
BOGOTÁ SECRETARÍA DE SALUD 2024-EE-137385 conlleve a la mejora de este derecho fundamental y del servicio público esencial, de cara a su construcción, así: 1.- En cuanto al trámite legislativo. Al pretenderse transformar el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud, y circunscribiendo en el mismo proyecto el derecho a la salud como derecho fundamental de raigambre constitucional, el legislador debe observar que las leyes estatutarias están encargadas de desarrollar los textos constitucionales que reconocen y garantizan los derechos fundamentales. Por tanto, el trámite que debe surtirse para el presente proyecto de ley debe ser de rango "Estatutaria" y de esta forma sea consistente y consecuente para franquear el control de constitucionalidad por parte de la Corte. En consecuencia, el trámite del presente proyecto de ley debe surtirse a través de la Comisión Primera de Cámara. 2.- En cuanto al articulado. Al artículo 1°. Claramente y en concordancia con lo planteado en la exposición de motivos, se pretende migrar hacia un Sistema Nacional de Salud, con fortalecimiento de lo público. La principal inquietud que surge de su redacción es una posible afectación al derecho individual de las personas. En el marco del artículo 48 de la CP y de la Ley Estatutaria, existe un derecho para el individuo que es irrenunciable y se ha venido fortaleciendo con los avances normativos y jurisprudenciales. La Seguridad Social es un derecho de las personas que no es posible modificar por mandato de una ley ordinaria. Al artículo 2°. El aseguramiento social no existe en el marco constitucional. Existe la Seguridad Social Integral. Esto es Salud, Pensiones y Riesgos Laborales, la mancomunidad de recursos y su reorientación, implica también cambio en las competencias de los territorios. Esto requeriría una ley orgánica. Estamos entonces ante una potencial modificación integral de la Ley Orgánica 715 de 2001. Por tanto, es menester enfatizar que La definición de "Aseguramiento social" no permite entender claramente el propósito y el beneficio que traería para la población el cambio propuesto, los atributos planteados ya hacen parte de la Seguridad Social Integral Al artículo 5°. La representación entre el Estado y los actores relevantes está desequilibrada. Seis miembros del Gobierno. No se involucra a otros actores igualmente relevantes como las IPS, Gestores o EPS y tampoco a los Operadores Logísticos que fueron incluidos como actores del sistema mediante la Ley 1955 de 2019. Tampoco se le otorgan funciones que justifiquen su conformación y deliberación. Se pretende revivir una instancia similar a la que existía en la Ley 100 de 1993, que era el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, sin funciones relevantes.	BOGOTÁ SECRETARÍA DE SALUD 2024-EE-137385 Con relación al parágrafo 4; tener un equipo con presupuesto independiente, se justifica, si se van a ejercer funciones que ameriten realización de análisis o estudios para la toma de decisiones. No se justifica con las funciones contempladas. Numeral 4. Decir que las funciones de los Consejos Territoriales y su conformación será similar al Consejo Nacional, resulta inconveniente. La conformación del Consejo Nacional se integra con varios funcionarios del Gobierno Nacional y asociaciones de orden nacional entre otros. Esta composición a nivel territorial resultaría inviable. Las funciones en el territorio deben ser conforme a las competencias de los territorios. Al Artículo 6°. Con respecto a este artículo se considera que es viable y conveniente la implementación del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud, por cuanto el mismo aporta a la construcción y fortalecimiento de políticas de Gobierno Abierto y acceso a la información en materia de salud, lo que sin duda redundan en mayor transparencia en la gestión pública. No obstante, no resultan claros los conceptos de "transacciones en salud y administrativas" que deberán reportar cada actor del sistema de salud, según sean sus responsabilidades operativas o estratégicas, en el orden nacional, territorial e institucional. Prima facie, los conceptos parecen aludir a las transacciones financieras y administrativas asociadas a la prestación de servicios de salud, tales como el pago de facturas a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), el pago de las cuotas de recuperación que realiza el usuario directamente a la institución prestadora de servicios de salud (IPS) por la prestación de servicios de salud o recobro de servicios o tecnologías en salud que no están cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud, etc. Si ese fuera su único alcance, se considera que el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud se quedaría corto, pues no contemplaría aspectos como la historia clínica electrónica unificada, alertas por cobros fantasma o dobles o hasta triples cobros al sistema de salud, etc. Por lo tanto, se hace necesario que se precise en mayor medida sobre el alcance de este sistema. Finalmente, es fundamental establecer cuál será el costo y cómo se realizará la financiación de este sistema. Al artículo 9°. ¿Por qué se cambia el nombre de la ADRES? Esto pese al desgaste operativo y administrativo y a costos que no se justifican. La única razón parece ser, eliminar la expresión Seguridad Social, aspecto que constituye una constante en el texto. Parece que no se quiere mencionar en la ley el derecho irrenunciable al que todos tenemos. Esto por cuanto como dice la exposición de motivos se avanza hacia un sistema nacional en salud, basado en lo público. Frente a estos elementos, se observa el cruce de disposiciones de rango constitucional y leyes orgánicas como la Ley 715 de 2001 y el Estatuto Orgánico de Presupuesto, entre otras normas. Se habla del Fondo Único de Salud. Es decir, se crea un fondo dentro de la entidad, situación que no resulta lógica y tampoco operativa, lo que equivale a haber dejado el FOSYGA dentro de la ADRES. Por tanto, se considera que no es necesaria tal figura.

BOGOTÁ SECRETARÍA DE SALUD 2024-EE-137385 La ADRES tiene personería jurídica precisamente para administrar los recursos que financian la seguridad social y otros que venía manejando el FOSYGA. Desde lo operativo, presupuestal y gestión de operaciones, no tiene sentido este cambio; más bien retrocede en la simplificación y en la seguridad de quienes se relacionan con la ADRES. Pagador único del sistema de salud. Esta función dispone que se van a manejar todos los recursos de la Salud, y esto no es así. Debe tenerse en cuenta que algunos de los recursos de la Salud, deben quedar por fuera en el entendido que hacen parte del componente del aseguramiento que son de propiedad de los territorios y que hoy se manejan de forma descentralizada. Habla de la contratación de auditorías integrales, pero igualmente en las Gestoras de Salud y Vida se le atribuye esta gestión presentándose una duplicidad de funciones. La auditoría es necesaria y tiene un costo importante. Vale la pena que se clarifique de que tipo de auditorías se trata y respecto a que cobros o facturación. Se prevén pagos al sistema de riesgos laborales, cuando la realidad es que es muy probable que el seguro de enfermedad general esté asumiendo situaciones de salud por cuenta de la indebida calificación del origen de la enfermedad, que muchas veces es difícil de catalogar. Incluso, debería existir una transferencia del seguro de riesgos laborales al seguro de salud, por estas situaciones. Otra opción es unificar el seguro; lo cual se ha discutido y planteado en varias oportunidades. Al artículo 12°. Se crea un Fondo dentro de la ADRES, sin personería jurídica ni planta. Como señalaba la ley 100 respecto al FOSYGA. Muy confuso lo pretensión de la unidad de caja con este esquema, que no va a ser posible por las subcuentas que crea y que en artículos siguientes su financiación se ata a fuentes específicas. Se genera toda la inflexibilidad posible y esto va en detrimento de la gestión y fluidez de los recursos. Al artículo 16. Los recursos que son de los municipios y es una renta segura y previsible se van a destinar para la financiación del primer nivel y los recursos complementarios PGN, sobre los cuales no hay garantía porque dependen de la disponibilidad y capacidad de la nación, se destinarán a lo más costoso que es la atención de la mediana y alta complejidad. Dividir la financiación de aseguramiento por fuente no solo significa inflexibilizar el gasto por las subcuentas, si no también imposibilitar la unidad de caja que ha sido tan importante desde la creación de la ADRES e incluso antes. Se pretende modificar el artículo 47 de la Ley 715 de 2001, que es orgánica y define el uso de los recursos en el subsidio para las personas así: "47.1. Financiación o cofinanciación de subsidios a la demanda, de manera progresiva hasta lograr y sostener la cobertura total." La UPC hoy tienen un propósito y es materializar la solidaridad y por otro lado reflejar en términos monetarios el contenido del plan de beneficios. De tal forma que las personas saben a lo que tienen derecho. No tiene sentido una UPC si no hay definido	BOGOTÁ SECRETARÍA DE SALUD 2024-EE-137385 un plan de beneficios en salud y si no existe un derecho individual para cada persona representado en un per cápita. Al artículo 21. Esta sola medida puede resultar insuficiente. Se deberían reactivar otras medidas como las contenidas en la Ley 1797 de 2016 y otras que en el pasado generaron liquidez y que la ADRES está en capacidad y competencia para lograr. Al artículo 22. Si la transición en los dos años es voluntaria, no se entiende como operará el SGSSS, con EPS y con Gestoras y la ADRES y demás entidades en una doble condición. Esta posibilidad es inaplicable. Las funciones de las Gestoras o EPS como "colaborar" que se encuentran en este artículo y en otros, deben estar perfectamente acotadas. No se entiende en que consiste la colaboración. ¿Se trata del diseño?, ¿Las funciones?, ¿La financiación? Las EPS deberán transformarse no "disolverse" si se prevé que continúen con sus activos, pasivos y contratos, además de los afiliados de la región correspondiente. En este proceso de transformación se debe tener en cuenta al momento de la subrogación de todas las obligaciones de las EPS a las Gestoras de Salud y Vida, aquellas prerrogativas alcanzadas por los usuarios del sistema de salud, a través de fallos en sede judicial como de tutela. Al artículo 32. Estas Unidades Zonales de Planeación y Evaluación de la Salud, no tendrían sentido si se tiene en cuenta que las funciones que se describen, las hacen las Secretarías Departamentales de Salud, que usualmente tienen áreas de planeación. El 1% de los recursos significan más de \$500.000 millones, cifra que parece excesiva. De otro lado, se atribuye con esto a los departamentos y distritos, la función de controlar lo que harán los CAPS, cuya gobernabilidad y definición la tiene la Nación. Esto se sale de la órbita de las competencias territoriales y antes que mejorar los servicios puede generar mayores trámites y confusión. Al artículo 33. No tiene sentido cambiar la denominación de las Empresas Sociales del Estado, cuando el régimen de contratación, laboral y presupuestal y su misión continuarán siendo los mismos. La organización de ISE supraterritoriales, debería tener la aprobación de las asambleas o concejos correspondientes. No se puede prever que solo la Corporación de una entidad territorial decida sobre un asunto que traspasa las fronteras del territorio. Al artículo 36. El fondo de infraestructura y dotación hospitalaria (FIDH), consideramos deberá financiarse con los recursos del orden Nacional. No se considera viable que se determine para su financiación de manera genérica, en los que se involucren recursos de propiedad de las entidades territoriales tales como regalías o esfuerzos territoriales. De conformidad con lo expuesto, se considera que la iniciativa legislativa debe ser preparada y ajustada teniendo en cuenta las realidades sensibles de todas las personas, siempre en observancia del amparo del derecho fundamental a la salud y la eliminación de barreras de acceso a este servicio público esencial en el territorio nacional. Lo observado en la iniciativa, lejos de eliminar barreras y facilitar el correcto desarrollo de un derecho fundamental y un servicio público esencial, lo que presenta es ambigüedad y
BOGOTÁ SECRETARÍA DE SALUD 2024-EE-137385 falta de concreción, que conlleva a establecer un sistema de salud con mayores dificultades que las actuales. ANÁLISIS FINANCIERO El proyecto tiene implicaciones fiscales por cuanto se incluyen componentes y nuevos usos, pero no se crean nuevas fuentes. En la ponencia plantean la destinación específica del impuesto a las bebidas azucaradas, el cual ya se está recaudando en el país. Por lo cual, no se están generando nuevas fuentes de financiación. Así mismo, en el texto se plantea, que el Ministerio de Hacienda y Crédito Público definirá las demás fuentes de financiación, cuando es claro que todos los aspectos relativos a la definición de impuestos y contribuciones, son prerrogativas del Congreso. Por lo que la sola redacción en la que se atribuye esta función al ejecutivo no genera nuevas fuentes de financiamiento Con relación al documento preparado por el Ministerio de Hacienda, no representa un aval fiscal y claramente establece unas condiciones para que el proyecto sea viable, condiciones que no se resuelven en el texto del proyecto de ley. Se incluyen para la administración de un nuevo Fondo dentro de la ADRES todos los recursos del sistema de salud de forma integrada, es decir, aquellos que hoy se manejan en la Entidad Territorial y pertenecen a esta. Por ejemplo, el artículo 13 señala: <i>"Los recursos a que hace referencia el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, y los demás ingresos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del Sistema de Salud, serán administrados por la Administradora de Recursos del Sistema de Salud (ADRES) y serán manejados como un Fondo Único Público de Salud, que se crea en la presente Ley, sin personería jurídica ni planta de personal propia, el cual tendrá tres cuentas, dos independientes y una general con los demás recursos del Sistema de Salud que se harán unidad de caja en el Fondo (...)"</i> <i>Las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud son las de "Atención Primaria en Salud", y de "Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria"</i> La concepción de creación de subcuentas dentro del nuevo Fondo similar al FOSYGA que manejará la ADRES, se hará por niveles de atención privilegiando APS e Infraestructura Pública y funcionamiento de hospitales públicos, olvidando el derecho de las personas representado en esa UPC que pertenece a la persona y que consolida en los aspectos financieros el derecho de cada ciudadano. La misma Ley 1753 de 2015, que crea la ADRES, da prioridad en la financiación del aseguramiento en salud antes que, a cualquier otro gasto. Si bien en el artículo 17 de la ponencia, incluye una subcuenta general para financiar lo fundamental de los derechos de los que hoy gozan los habitantes del país con el sistema de seguridad social, las principales fuentes de recursos que hoy existen se están canalizando hacia los primeros propósitos y claramente lo que se financiará por esa subcuenta General no está marcado como prioridad dentro del sistema. Uno de los derechos que más ha generado tutelas y más reclaman los usuarios, es el relacionado con el acceso a las innovaciones tecnológicas, en especial, medicamentos.	BOGOTÁ SECRETARÍA DE SALUD 2024-EE-137385 No se considera el acceso de la población a las nuevas tecnologías, lo cual puede significar un retroceso en la consolidación del derecho. No obstante, se habla de los servicios sociales complementarios que hoy se prestan vía fallo de tutela, por cuanto no corresponden a servicios de salud, que deberán ser financiados con los mismos recursos existentes hoy. Si bien se acepta que algunos de estos servicios sociales complementarios son importantes para el bienestar de la población, deben tener su propia financiación y criterios de focalización, como por ejemplo ocurre hoy con algunos de estos beneficios que presta Bogotá a su población más vulnerable a través de la Secretaría de Integración Social y con recursos ordinarios del Distrito Capital. Si bien es muy positivo el enfoque del modelo hacia la atención primaria en salud, no es posible asumir los costos adicionales de este modelo con los recursos que hoy se destinan a financiar los tratamientos de los más vulnerables por sus condiciones de salud. Así mismo, se comparte el objetivo de financiar el mejoramiento de la red pública hospitalaria y su funcionamiento; no obstante, esto, se plantea a costa de la desfinanciación de derechos de los que hoy goza la población del país. La ponencia propone también la creación de "Las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud" que harán funciones relacionadas con suscribir y hacer seguimiento a los contratos con CAPS. Las Entidades Territoriales del orden Departamental y Distrital, tienen Secretarías de Salud que hoy dirigen la prestación de servicios en su territorio y hacen seguimiento a la red pública de su jurisdicción. En estas circunstancias, no se considera que las funciones relacionadas con el sector salud se repartan en otras instancias, por cuanto conllevaría a la modificación total de las leyes orgánicas sobre competencias. Tampoco se garantiza la sostenibilidad financiera futura. Hay una intención que promueve la equidad, sin embargo, las experiencias internacionales de sistemas únicos como la de Reino Unido o de aseguramiento social como la de Alemania, dejan ver las necesidades de mejorar y garantizar un desarrollo económico permanente que le permita al Estado mantener los beneficios a lo largo de los años, de lo contrario lo que promueve es la capacidad de que el libre mercado aumente los precios comprendiendo las necesidades de la oferta y que las personas deban gastar más de su bolsillo, generando brechas en la atención y acceso. Finalmente, no hay claridad de cómo se financiarán los procesos de gestión de salud pública y el Plan de Intervenciones Colectivas -PIC y cuál será la relación con la UPC y el giro directo. Aunque se habla de los recursos de un Fondo Único Público que se apalancaría con reformas presupuestales, no se observa claridad frente a la financiación del alto costo o de enfermedades crónicas que hoy generan un gasto importante en medio de una transición demográfica y epidemiológica. En conclusión, el proyecto de ley, no se encuentra plenamente financiado. ANÁLISIS TÉCNICO

2024-EE-137385  Mesas técnicas y concertación. No se convocó al Distrito Capital a las mesas técnicas que se informan en la ponencia ni directamente ni a través de la Asociación de Ciudades Capitales. Planteamiento General de las funciones. Las funciones que hoy se encuentran claras, se desarticulan en diferentes participantes existentes en el sistema actual. Sobre otras funciones relevantes no se indica en la propuesta quien las asumiría. El rol de la aseguradora EPS que hoy asume la responsabilidad sobre todos los riesgos, pasa a ser de más de cinco responsables. Esto va a dificultar los trámites y el tránsito de los usuarios a través del Sistema. Aseguramiento Social. El aseguramiento social no existe en el marco constitucional. Existe la Seguridad Social Integral. Esto es: Salud, Pensiones y Riesgos Laborales. La mancomunidad de recursos y su reorientación, implica también cambio en las competencias de los territorios. Esto requeriría una ley orgánica. Se está modificando integralmente la Ley 715 de 2001. La definición de "Aseguramiento social" no permite entender claramente el propósito y el beneficio que traería para la población el cambio propuesto, los atributos planteados ya hacen parte de la Seguridad Social Integral. Frente al Control Social, no se presentan ni se definen con la claridad y rigurosidad requerida los espacios de participación social ciudadana y comunitaria, ni de la participación en las Instituciones de Salud. Si bien es cierto en la exposición de motivos se propone innovar en la participación ciudadana como elemento dinamizador dentro de la gobernanza y se mencionan como componentes: conformar "un" mecanismo de fortalecimiento y diálogos frente a la transición del Sistema de Salud, NO estructura ni revela garantías para el legítimo derecho de los ciudadanos a intervenir en la toma de decisiones, respecto al manejo de los recursos y las acciones que tienen un impacto en el desarrollo de las comunidades. Objeto. Las expectativas propuestas en el objeto del proyecto de Ley, están dirigidas aparentemente a corregir las inequidades y problemas administrativos del sistema actual, tales como la segmentación de la atención, la fragmentación de los servicios y la concentración de recursos en las EAPB. Sin embargo, la transición de este sistema a uno basado en el aseguramiento social plantea desafíos en términos de capacidad operativa y sostenibilidad financiera. La definición de condiciones para el trabajo digno y el fortalecimiento de la participación social y comunitaria, no se encuentran detalladas en el proyecto de ley. A modo general, menciona elementos de los servicios sociosanitarios, pero es excluyente de los mecanismos de integración en red y de gobernanza, por lo que con lo dispuesto no cumpliría con el propósito de APS. Además, cuenta con inconsistencias entre la gestión del riesgo individual y la apuesta preventivo Atención Primaria en Salud y Modelo Preventivo y Predictivo. Con relación a la APS, si bien la apuesta de la reforma está soportada según la exposición de motivos, en la atención primaria social, no es lo suficientemente robusta para dar competencias más allá de las que	2024-EE-137385  están escritas. Le confiere a los gobernadores y alcaldes la responsabilidad de la coordinación, pero no toca los temas necesarios en términos de integralidad de acciones para el abordaje de los determinantes. Lo anterior implica que cada sector o institución seguirá trabajando en silos. Finalmente, aunque se habla de una visión ampliada de APS cuando se revisan los mecanismos de gestión y financiamiento, la APS queda reducida al primer nivel de atención y a la conformación de equipos básicos, despojada de su capacidad estratégica para organizar el sistema de salud y garantizar el abordaje de los determinantes sociales de la salud. Con relación al Modelo de Salud Predictivo, Preventivo y Resolutor territorial, la Atención Primaria en Salud, en primer lugar, no es claro que se entienda por "modelo predictivo" y tampoco cómo un modelo predictivo le apuesta a fomentar el trabajo digno y decente. Además, menciona que el propósito del modelo predictivo es orientar el accionar de los agentes del sistema, por lo que se debería detallar cuales son los agentes a los que hace referencia. Tampoco es claro qué es el nivel primario, ya que lo menciona como aquel que desarrolla vínculos con los individuos, familias y comunidades, y en consecuencia cabe la pregunta si acaso el "nivel secundario" o lo que pareciera fuera la atención complementaria no genera vínculos. Si bien menciona las redes integradas e integrales, no son claros los mecanismos para su integración. Sin embargo, propone la reorganización de los servicios de salud, pero contempla exclusivamente los del nivel primario. Por su parte, la esencia de la APS no es clara ni marca el derrotero de la propuesta, no es solamente tener equipos en terreno, se deben fortalecer también los equipos intramurales de los niveles primarios y complementarios con responsabilidades frente al continuo del cuidado de la salud. Aquí se presenta una inconsistencia y una falta de comprensión de la atención primaria en salud. Se identifica como el primer nivel y como primer contacto. Lo anterior desconoce que las personas, familias y comunidades pueden entrar en contacto con el sistema desde cualquier nivel de atención sea básico o complementario y derivado de otros sectores. Además, en la definición de las redes integradas, no deja claro cómo se garantiza el mantenimiento de la salud, solo está puesto en términos de atenciones y pensado en atención de servicios de salud. Menciona los procesos de participación para la organización regional, sin embargo, al no estar incluidos como parte constitutiva de la red estos mecanismos no son claros en su ejecución y podrían carecer de legitimidad. Consejo Nacional de Salud. La representación entre el Estado y los actores relevantes está desequilibrada en la creación del Consejo Nacional de Salud, proponen seis miembros del Gobierno Nacional y uno del Territorio. No se le otorgan funciones que justifiquen la conformación de un equipo técnico independiente, financiado con recursos del sistema. Se pretende revivir una instancia similar a la que existía en la Ley 100 de 1993, que era el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, pero sin funciones relevantes, ni capacidad decisoria y con un gasto en honorarios, operación y equipo técnico. Tener un equipo técnico para apoyar a este Consejo, con presupuesto independiente, se justifica, si se van a ejercer funciones que ameriten realización de análisis o estudios para la toma de decisiones. No se justifica con las funciones contempladas. Decir que las funciones de los Consejos Territoriales y su conformación será similar al Consejo Nacional, es un imposible. La conformación del Consejo Nacional es con varios funcionarios del Gobierno Nacional. Será imposible emular esto en el territorio porque las
2024-EE-137385  competencias son diferentes. Las funciones en el territorio deben ser conforme a las competencias de los territorios. La integración propuesta será insuficiente para el cumplimiento de la función "1. Recomendar a los distintos sectores y Entidades del Gobierno Nacional y a los actores del Sistema de Salud, la definición e implementación de políticas, estrategias, planes y programas relacionados con las necesidades de intervención de los determinantes sociales de la salud para la gestión.". Se define exclusivamente como un Consejo de salud y de financiamiento en salud, lo cual contradice la teoría sobre la integración intersectorial para la transformación de los determinantes sociales. Es importante que se tenga en cuenta la instancia que discutirá en el territorio y Nación las acciones sobre los determinantes sociales, con las funciones compatibles con el propósito de abordar los determinantes en salud. Con relación al Consejo Nacional de Salud este debería debe integrar todos los actores relevantes del sistema (no solo de una parte de la institucionalidad gubernamental). Las funciones del Consejo territorial no son claras. De forma adicional, las funciones propuestas para el Consejo Nacional de Salud se confunden con las funciones actuales de la Comisión Intersectorial de Salud Pública, de la que se dice se diseñará su estructura organizacional y funcional. No es claro, cuáles serían los resultados esperados del Consejo, además cuenta con inconvenientes frente a la comprensión del alcance de la intersectorialidad en el abordaje de los determinantes sociales a través de ejercicios de gobierno y gobernanza. No hay claridad sobre cómo se financiaría la secretaría técnica que además dice es por convocatoria pública y cuáles serían las funciones de esta secretaría técnica. De otro lado, propone que los municipios cuenten con una instancia similar que no obedece a la estructura y competencia de las entidades territoriales. En síntesis, se requiere contar con mecanismos más expeditos que tengan funciones acordes a las necesidades del país. Muestra un ejercicio burocrático, pero no mecanismos claros de gestión para la gobernanza ni de ejercicios de gobierno que den respuesta a la acción intersectorial desde una perspectiva de integración. El grueso de la ciudadanía no se ve representada por lo que tampoco estaría acorde a un ejercicio de gobernanza. Sistema de Información. No se considera que hoy existe mucha inversión y desarrollo en sistemas de información en los agentes privados y públicos y en algunas entidades territoriales. Estos avances e innovaciones, no pueden desconocerse y por lo tanto la clave es la interoperabilidad e integrar lo que existe. No se puede arrancar de cero. La experiencia y evidencia mundial muestra que la vía correcta son los sistemas interoperables que permitan la integración de información de diferentes fuentes (públicas y privadas) y características para la gestión financiera y del riesgo en salud. Plantear la unificación bajo una sola estructura afecta la innovación y desarrollo tecnológico existente, además de retrasar el desarrollo del proyecto planteado. Las entidades territoriales tienen avances que obedecen a las particularidades de sus territorios que NO deben desconocerse; aquellas que no se puedan escalar al nivel Nacional no pueden ser excluidas del "Sistema de información Unificado". Es el caso del Distrito que cuenta con desarrollos que van más allá de los del orden Nacional. De igual manera, los análisis derivados del sistema que se pretende, sin soslayar la confidencialidad pertinente,	2024-EE-137385  deben ser de consulta pública. De otra parte en la reglamentación de la Ley debe quedar de manera clara y diáfana la necesidad de establecer un proceso para su construcción que involucre los actores del sistema y no genere perjuicio en la supresión de información veraz y útil que contribuye en el día a día a la toma de decisiones tanto administrativas como de análisis de los indicadores esenciales en la salud de los colombianos tanto individuales como poblacionales y también en lo correspondiente a cada entidad territorial, garantizando que los datos sean exactos, completos, integrales, actualizados, coherentes, relevantes, accesibles y confiables. Debe tenerse en cuenta la interoperabilidad del orden nacional, mediada por tecnologías, inteligencia artificial, que integre las bases como BDUA, RUAF y los desarrollos territoriales. Además es importante definir no solo las etapas para su construcción, sino los plazos estimados para hacerlo, sobre todo considerando los niveles de conectividad y acceso a internet entre otras limitantes existentes en el país para el desarrollo de dicho sistema. Si bien este sistema es necesario, surgen algunas dudas frente a la puesta en marcha de este sistema interoperable: • Limitaciones en la asignación de recursos financieros • Cuánto nos cuesta a los ciudadanos • Cómo integrar sistemas nacionales según capacidad de almacenamiento y procesamiento • Cuáles son las dificultades previstas en la integración de datos. • Cómo se piensan enfrentar las vulnerabilidades en la seguridad de la información • Cómo se realizará la integración y posterior actualización de los diagnósticos en salud a partir de los determinantes, de las diferentes entidades territoriales certificadas con el enfoque territorial y diferencial que se menciona en la reforma. • Cómo se realizaría la integración con SISPRO y con los avances del país en términos de historia Clínica Es clara la necesidad de contar con un sistema interoperable para el país. Si bien no se habla de los sistemas de información actuales, se esperaría que al menos se reconozcan e integren los sistemas de vigilancia en salud pública con un robusto desarrollo en diferentes entidades territoriales del país. Definición de tarifas. Es un aspecto regulatorio muy específico, que no debe ser competencia de quien opera. Debe ser competencia del Gobierno Nacional o del Ministerio de Salud o del ente que tenga la capacidad de tomar este tipo de decisiones y cuya función esté enmarcado en la regulación y en las definiciones de política. Pagador Único. El pago implica no solo el movimiento de recursos, sino también la verificación de requisitos y procedencia de pago y de beneficiarios, entre otros. Por lo tanto, una función que abarque tanto genera también enormes riesgos operativos, de corrupción y opacidad. Sin embargo, el texto hace referencia a que el único requisito para pago sería la presentación de la factura. Lo cual es improcedente. Todos los sistemas de salud hacen revisiones a los servicios que se cobran o los servicios que se facturan. Función de reconocer la UPC. No se habla de la función de reconocer la UPC para la garantía del derecho de las personas. Esta función permite financiar el derecho individual, que no se puede limitar o modificar. Por el contrario, debe ser progresivo. No se está

BOGOTÁ SECRETARÍA DE SALUD 2024-EE-137385 permitiendo implementar la solidaridad que es un principio constitucional e incluido en la Ley Estatutaria de Salud. Recursos del sistema. Con el encabezado de la redacción y lo que se esboza respecto al aseguramiento social, se entiende que se pretende administrar todos los recursos de la salud. Inclusive los que hoy manejan las entidades territoriales. Aumentan en esta ley la contribución a la póliza SOAT del 50% al 52% pero no resuelven el desfinanciamiento que ha tenido por la decisión adoptada con la expedición del Decreto 2644 de 2022 Tampoco se corrige, el problema operativo que se creó al modificar el Decreto Ley 019 de 2012, que había simplificado la facturación para los hospitales públicos y privados que atienden a las víctimas de accidentes de tránsito. En el caso de los hospitales del Distrito, el tener que facturar la cobertura de 800 salarios mínimos diarios vigentes, a dos pagadores, ha afectado el cobro de estas atenciones y limitado el recaudo por este concepto. ADRES. Con relación a las funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, ya existe la ADRES tiene personería jurídica para administrar los recursos que financian la seguridad social. Sin embargo, el cambio del nombre de la ADRES pareciera no tener implicaciones significativas en su función principal que es garantizar el adecuado flujo de recurso, aunque impone un rol más centralizado y de mayor alcance, consolidándola como el eje administrativo y financiero del sistema de salud. Estas funciones ampliadas requieren una infraestructura robusta y mecanismos de control efectivos para que la “ADRES” pueda cumplir con sus nuevas responsabilidades de manera eficiente y transparente. Las cuales no se detallan, no hay mecanismos explícitos y tampoco se prevé la transición hacia las nuevas funciones, no se ve en la propuesta las implicaciones financieras para los municipios relacionadas con la garantía de la transparencia de la información. Destinación de los recursos. Los recursos no se destinan para financiar la salud de las personas o para financiar la UPC. Se destinan a financiar los niveles de atención e instituciones e infraestructura. Como el nivel primario, la mediana y alta complejidad y el fortalecimiento de hospitales. La ponencia incluye una nueva subcuenta; no obstante, de la redacción se concluye que la prioridad no es el derecho de las personas. Se incluyen la financiación de los servicios a migrantes, que en el pasado era un rubro administrado por el Ministerio dependiendo de la disponibilidad. Sobre esto es clara la ley frente a la competencia de la Nación frente a la financiación, por lo que no es posible utilizar los recursos de los territorios para financiar este componente que es incierto y que en muchos casos desborda la capacidad de respuesta de la entidad territorial. Esto motivó el cambio en la última reforma al SGP, asignando la competencia a la Nación y eliminándola del territorio. El proyecto da la facultad al Ministerio para definir usos de los recursos en Atención Primaria, prerrogativa que es del Congreso. Se reitera que no se están generando nuevos recursos para este componente que es muy importante y necesario, pero requiere mayores inversiones. Nuevas fuentes.	BOGOTÁ SECRETARÍA DE SALUD 2024-EE-137385 Se plantea el financiamiento de los hospitales públicos con presupuestos históricos, sin límite. Es decir, se cambia la destinación para la salud de las personas y se privilegian las instituciones. El subsidio a la oferta no se limita a quien lo necesita por condiciones de dispersión o lejanía. Se privilegian los servicios sociales complementarios que no deberían financiarse con recursos del sistema, pero no se dice nada de las innovaciones tecnológicas en medicamentos, procedimientos o dispositivos. En efecto, no se habla del acceso a nuevas tecnologías y tampoco de la garantía de continuidad de los medicamentos y tecnologías que hoy tienen prescritos varios pacientes de alto costo o de enfermedades huérfanas. Estos derechos deben mantenerse y garantizarse. Además, se propone un uso en saneamiento de hospitales generalizado, como si fuera a permitirse el déficit permanente. También se pretende usar los recursos disponibles en equipos y dotación. Estos usos hoy se financian con proyectos particulares, con cargo a regalías u otros de orden territorial o con partidas especiales del Presupuesto General de la Nación, siempre que ya se haya financiado el derecho de las personas, es decir, el aseguramiento en salud. En este orden se ha dado prioridad al financiamiento de la UPC que representa el derecho individual de las personas y a las acciones colectivas que benefician a toda la población. Fondo Único Público. Se crea un Fondo dentro de la ADRES, sin personería jurídica ni planta de personal propia similar a lo que señalaba la ley 100 respecto al FOSYGA. Muy confuso lo pretensión de la unidad de caja con este esquema, cuya utilidad no se justifica en la exposición de motivos y no agrega valor. No se encuentra clara ni sustentada técnicamente la diferenciación de subcuentas en “Atención Primaria en Salud”, y de “Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria” y “demás”, los artículos 13, 14 y 15 son confusos. Tampoco en la última creada en la ponencia, Cuenta de Atención Primaria en Salud. Con relación a la financiación se plantean recursos parafiscales y fiscales del orden nacional. Esto quiere decir, todas las cotizaciones, CCF y SOAT. Además de lo que la Nación aporte. En el numeral 2 se habla de los recursos del aporte de solidaridad que en esencia corresponden a los regímenes de excepción o especiales. Se incluyen los recursos del SGP en una categoría que en el marco de la última reforma contenida en la ley 1955, no existe. Menciona además los de propiedad de los municipios que financian el régimen subsidiado. Respecto a este punto, a Ley 715 de 2001, señala que estos recursos son para la población pobre, en lo no cubierto con subsidios a la demanda. Plantea el mismo proyecto la financiación con los recursos del monopolio de juegos de suerte y azar, sin tener en cuenta que hay porcentajes de estas rentas que se destinan a competencias del territorio que deben seguir siendo financiadas con esos recursos. Se habla de los recursos propios en general, sin precisar si son todos los que se destinan a la salud del territorio o solo los del régimen subsidiado de salud. En conclusión, esta redacción genera incertidumbre en la financiación y sostenibilidad de la atención de las personas.
BOGOTÁ SECRETARÍA DE SALUD 2024-EE-137385 Se hace la relación de estas fuentes con usos específicos y además le da la potestad al Ministerio para generar otros usos, prerrogativa que solo es del legislador. De otro lado, es problemático plantear el CAPS bajo un enfoque de salud pública y de determinantes sociales. ¿La salud pública es un enfoque? Aunque esto es variable, hay unas definiciones más cercanas al campo de conocimiento. Determinarla como enfoque en el marco de un CAPS podría conllevar a tener limitaciones frente a la misma atención propuesta en el proyecto de Ley. Máxime cuando los recursos salen de la cuenta de APS y la APS aparece restringida al primer nivel o primer contacto, pero al CAPS se le impone la gestión de la acción intersectorial función debería estar anclada a la entidad territorial en el marco de las redes para poder operativizar la con el alcance esperado. La adscripción poblacional y la interoperabilidad ¿cómo se articulan? Es decir, se deberá reglamentar tanto la adscripción como el cambio de adscripción, pero en caso tal que cambie de residencia y no hay posibilidad de adscribirse a un CAPS por cercanía, como se gestiona mis requerimientos de salud. Establecimientos farmacéuticos que dispensen medicamentos o tecnologías en salud: no se precisa si son considerados servicios en salud, o cuáles son las tecnologías en salud que puede dispensar un establecimiento farmacéutico, y tampoco se define el concepto de “<i>establecimiento farmacéutico que dispensa tecnologías en salud</i>”, dado que en la actualidad se conocen proveedores de tecnologías en salud que no se habilitan como servicios de salud. Adicionalmente, se encuentra necesaria la inclusión de tecnologías en salud nuevas o innovadoras, las cuales en su mayoría se encuentran actualmente excluidas, requiriendo indispensable definir mecanismos para su inclusión, evaluación tecnológica orientada a mejorar respuestas a las necesidades en salud de la población. Otro aspecto importante que debe evaluarse está relacionado con lo referido a las “<i>tarifas y formas de pago para proveedores de tecnologías en salud</i>” dado que esto se encuentra supeditado más a las condiciones de mercado y a los mismos proveedores de tecnologías en salud. Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria. Para este propósito se incluyen unos recursos de oferta del SGP que ya no existen. Se incluyen en el numeral 2, los recursos de Coljuegos y en el numeral 3, se incluyen las mismas rentas cedidas para la financiación del régimen subsidiado de salud que se señalaron como fuente de la anterior subcuenta, confirmando con esto que se están refiriendo a todos los recursos de rentas cedidas. En el 5, señalan que los recursos del esfuerzo propio para cofinanciar la UPC. No obstante, estos recursos se destinaron por los territorios en particular por los municipios y Distritos, para el aseguramiento de las personas y no para financiar hospitales públicos de todo el país, haciendo parte de una bolsa para este propósito. Sin duda es un cambio de uso que debe ser consultado con los territorios, puesto que en su momento se destinó voluntariamente para otro fin que era la cofinanciación de la afiliación de la población más pobre de los municipios y distritos al régimen subsidiado de salud. Subcuenta General. Se habla de “los demás recursos del Fondo”, no obstante, no hay otros recursos. A menos que fueran más aportes de la Nación, sobre los cuales no existe certidumbre.	BOGOTÁ SECRETARÍA DE SALUD 2024-EE-137385 Es decir que la presupuestación por conceptos de gasto que es una de las reformas y virtudes de la presupuestación de la ADRES, no sería aplicable. Con estos recursos inexistentes prácticamente deberá financiarse la atención de segundo y tercer nivel de complejidad y las enfermedades huérfanas y de alto costo, que es donde se concentra el mayor costo hoy. Aquí se plantea como marginal, después de garantizar los otros conceptos. Este planteamiento es riesgoso, puesto que dependerá de la disponibilidad presupuestal. Unidad de Pago por Capitación. No son claros los criterios de cálculo, el responsable de hacerlo y aprobarla. Tampoco es claro para que se preserve esta unidad si no se plantea un plan de beneficios y si aparentemente no van a existir diversas modalidades de contratación, si no que se pagarán los servicios por la ADRES, con fundamento en un tariffario, lo cual hace concluir que los servicios se pagarán por evento. Adicionalmente se habla de incorporar en la UPC el cálculo para cubrir prestaciones económicas. Las prestaciones económicas se reconocen en función del ingreso, es un error involucrar los criterios epidemiológicos y de niveles de atención. Los recursos que son de los municipios y es una renta segura y previsible se van a destinar para la financiación del primer nivel y los recursos complementarios PGN, sobre los cuales no hay garantía porque dependen de la disponibilidad y capacidad de la nación, se plantean para la financiación de lo más costoso que es la atención de la mediana y alta complejidad. Dividir la financiación de aseguramiento por fuente no solo significa inflexibilidad el gasto por las subcuentas, si no también complicar la unidad de caja que ha sido muy importante para la operación del sistema. Se ha dicho en este concepto que prácticamente la ley 715 de 2001 se toca integralmente en cuanto a competencias y uso de los recursos. Por ejemplo, el artículo 47 de la Ley 715 de 2001, define el uso de los recursos en el subsidio de para las personas así: “47.1. Financiación o cofinanciación de subsidios a la demanda, de manera progresiva hasta lograr y sostener la cobertura total.” La UPC hoy tienen un propósito y es materializar la solidaridad y por otro lado reflejar en términos monetarios el contenido del plan de beneficios. De tal forma que las personas saben a lo que tienen derecho. No tiene sentido una UPC si no hay definido un plan de beneficios en salud. Si bien en la ponencia se permiten los traslados por subcuenta, no es un proceso dinámico y generará problemas operativos y demoras en contra de la adecuada gestión de recursos. Problemas estos, que existían y que se han venido superando con la Ley 1438 de 2011 y la creación de la ADRES mediante la ley 1753. Gestión de pago o autorización de pago. Se plantea una especie de registro o contrato de adhesión por parte de los proveedores y prestadores, imposibilitando diferentes formas de contratación, como ocurre hoy y limitando la complementariedad y racionalización de costos. Se habla a su vez de un acuerdo marco con la ADRES por prestador, cuya utilidad no se tiene clara.

BOGOTÁ SECRETARÍA DE SALUD 2024-EE-137385 La función de compra de servicios, que hoy se materializa con los contratos suscritos entre EPS e IPS, no se ve reflejada en el texto. Se plantean unos convenios de desempeño, cuya utilidad y mecanismos para garantizar su cumplimiento no están claros. Tampoco su utilidad, si de todas formas se está diciendo que se deben pagar los recursos con requisitos mínimos. Esta propuesta centralizada puede generar problemas de corrupción, pero también limitantes para contratar servicios complementarios. Estas limitantes hoy no existen. Plantea que pagarán 85% a los 30 días de radicación de las facturas y el porcentaje restante en 90 días. Sin considerar que en muchos casos los pagos anticipados se dan mucho más rápido que los 30 días, por ejemplo, en los contratos de pagos fijos globales (PGP) en los cuales los ciclos de pago muchas veces se completan antes de los 90 días. Este es el caso de Capital Salud con el PGP que pacta con las subredes del Distrito de Bogotá. Estandarizar los tiempos puede ser inconveniente. Los problemas de flujo de recursos hoy tienen que ver principalmente con insuficiencia de recursos. En el texto se dice que la auditoría la hará la Gestora, pero también el propio prestador. No obstante, se dice que la ADRES autorizará el pago y contratará auditorías. Usualmente el encargado de auditoría o revisión es el que autoriza la procedencia de pago. La Gestora no negociará tarifas, no hará contratación, no hará la autorización de pago. Es decir, no se justifica su presencia con las limitadas funciones. La representación del usuario que en la ponencia se incluye como función de la Gestora, implica entre otros ejercer la capacidad de compra del usuario que es el titular del derecho. Sin embargo, esta función prácticamente desaparece. No son claros los parámetros para proceder cuando se encuentran irregularidades en la facturación de los servicios de una institución prestadora de servicios de salud pública, privada o mixta, se informará a las Direcciones Territoriales de Salud, las cuales podrán exigir la restricción o el cierre parcial, total, temporal o definitivo, de solicitudes de servicios a dicha institución". Una disposición tan ambigua requiere más desarrollo en la misma ley. Con independencia del reglamento. Servicios Sociales Complementarios. Se habla de los servicios sociales complementarios, que no se deberían pagar con recursos del sector salud, ni de la seguridad social en salud. No obstante, no se dice nada respecto al acceso de nuevas tecnologías como medicamentos que es lo que más demandan los usuarios. Hoy en día no se cubren auxilios funerarios, con recursos del sistema. En este artículo se está planteando y no está clara la fuente de financiación y el costo. Si bien los servicios sociales son necesarios, no deben ser financiados con cargo a recursos de salud, teniendo en cuenta que por ejemplo labores como el cuidado deben estar asociadas a la recuperación, mantenimiento o disminución en la pérdida de la autonomía por parte de la persona sujeto del cuidado, así como reducir sobrecargas en cuidadores. En ese sentido las acciones del cuidado superan una simple actividad de acompañamiento, y superan la misonalidad del sector salud.	BOGOTÁ SECRETARÍA DE SALUD 2024-EE-137385 En experiencias como la francesa y española, para los procesos de cuidado concurren recursos de salud y de otros sectores para un abordaje socio sanitario real e integral. Prestaciones Económicas. En el artículo en el que se habla de la UPC, se dice que en este componente estarán también los recursos de las prestaciones económicas. En este artículo se esboza que el Ministerio definirá las condiciones para el reconocimiento y pago. Incluyendo a las personas del régimen subsidiado de manera progresiva; sin prever la fuente de financiación. Puede estarse subestimando el proceso operativo. Se plantea que la EPS liquida y la ADRES gira. Esto implica establecer un proceso ante la ADRES para registrar cuentas que hoy no se tienen registradas, toda vez que la ADRES solo reconoce algunas prestaciones económicas en los casos de régimen de excepción, que han tenido históricamente, demoras importantes. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud. Si la transición en los dos años es voluntaria, no se entiende como operará el SGSSS, con EPS y con Gestoras y la ADRES y demás entidades en una doble condición. Esta posibilidad es inaplicable. Las funciones de las Gestoras o EPS como "colaborar" que se encuentran en este artículo y en otros, deben estar perfectamente acotadas. No se entiende en que consiste la colaboración. ¿Se trata del diseño?, ¿Las funciones?, ¿La financiación? Las EPS deberán transformarse no "disolverse" si se prevé que continúen con sus activos, pasivos y contratos, además de los afiliados de la región correspondiente Si lo que se pretende es una transformación ¿Deben habilitarse nuevamente las EPS para ser Gestoras? No parece viable el plan de pago de deudas, cuando se plantea el retiro de la operación y el sistema viene planteando hace dos años un desfinanciamiento en la UPC Naturaleza y funciones de las Gestoras de Salud y Vida, Se habla del riesgo en salud y operativo. Se dice que el riesgo financiero sería a cargo del Estado. Los territorios hacen parte del Estado y no se puede atribuir cargas financieras inciertas. La Nación ha insistido en que debe asumir el riesgo financiero. Por ello y de continuar el trámite de este proyecto, debe precisar que es la Nación y no el Estado en su conjunto el responsable en el financiamiento de este riesgo. Las funciones las harán en su mayoría en coordinación, en articulación, en conjunto con alguien más o son funciones no contundentes como "apoyar", "cooperar" "contribuir"- Se percibe la Gestora como una figura temporal a la que le pagarán cuantiosos recursos por no hacer nada relevante. Si bien la asignación por subregiones puede ser razonable técnicamente, no es claro el mecanismo por el cual a las personas se les garantizarán los servicios de salud cuando se encuentren en subregiones diferentes a la de la gestora asignada. Las Gestoras deben asegurar el acceso a servicios de salud de calidad, proporcionar un sistema de atención que incluya líneas de información, páginas web y estrategias de comunicación. Realizar auditorías de calidad y controles financieros para garantizar la
BOGOTÁ SECRETARÍA DE SALUD 2024-EE-137385 eficiencia en el uso de recursos y presentar informes periódicos sobre su funcionamiento y resultados en salud entre otras funciones. De esta manera las Gestoras deben representar los intereses de los usuarios, asegurando que sus inquietudes y necesidades sean atendidas adecuadamente, lo que es fundamental para la garantía del acceso a la salud. <i>(En caso de que una Gestora de Salud y Vida no cumpla sus, recibirá hasta un treinta por ciento (30%) menos de su ingreso por remuneración, y en caso de reincidencia en dos periodos consecutivos, será objeto de medida de supervisión especial por parte de la Superintendencia Nacional de Salud).</i> Remuneración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida. No es clara la base ni cálculos de la remuneración. Como está redactado el artículo de la UPC, no se entiende que haya una sola UPC, más bien se entiende que hay dos componentes que la integran. Establecer que "Los incentivos serán progresivos y estarán sujetos disponibilidad presupuesta" es incoherente con la definición de incentivos pues estos deben ser permanentes y garantizados para efectivamente cumplir la función de promover mejoras permanentes. Así mismo lo incorporado en la ponencia respecto a castigar la remuneración por incumplimiento de obligaciones, es un criterio arbitrario y poco aplicable. Hay incumplimientos parciales, muchos retos operativos, personas insatisfechas y esto ocurre en todos los sistemas del mundo. Este castigo no necesariamente garantiza una mejor atención. Redes Integradas e Integrales. Si bien se comparte que la prestación se debe dar por Redes Integradas e Integrales como ya lo planteaba la ley 1438, la manera como se aborda y redacta esta disposición deja las siguientes preocupaciones: Los trámites van a ser mayores para los prestadores. Se tendrán que habilitar, pero en función de las redes se deberán registrar y certificar. Se generan nuevos trámites y procesos. La capacidad del regulador hoy no está dada para regular varias formas de contratación y además un tarifario por cada una de estas. En la práctica de esta disposición se entiende que el pago será por evento, lo cual como ya se ha advertido, es una forma de pago que incentiva la facturación y puede desbordar el gasto en muy corto tiempo. Con relación a las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud – RIITS y sus criterios, es importante señalar que las redes deben permitir integrar la respuesta social e institucional gubernamental y no gubernamental, incluir lo público y privado, lo social (intersectorial) y lo sanitario para abordar integralmente los determinantes sociales de la salud. Deben estar gerenciadas con transparencia y mérito, deben contemplar la auditoría a su operación. Las redes siempre serán una buena estrategia y un buen mecanismo de coordinación y articulación. Sin embargo, tal como están planteadas muestran una inconsistencia entre lo que se espera de un sistema soportado en la estrategia de APS y lo que aquí se plantea, dado que no integra en la red la respuesta de los equipos territoriales (no solo del sector salud) ni la oferta social y comunitaria existente.	BOGOTÁ SECRETARÍA DE SALUD 2024-EE-137385 Se menciona un mecanismo de incentivos y resultados, sin embargo, la red propiamente dicha no debería mostrar esto, ya que la función de coordinar la red es compartida entre la gestora de salud y vida y las secretarías de las entidades territoriales, pero sin claridad de qué le compete a cada actor esto dificulta la rectoría sobre la red. En la actualidad el sistema de referencia y contrarreferencia es bastante robusto, por cuanto con el pasar del tiempo tanto las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS como las entidades territoriales, han afinado sus roles con referencia a la articulación que existe entre ellas, con el fin de cumplir a cabalidad la derivación de los pacientes y su respectivo retorno a la IPS remitora, lo anterior deja ver claramente la responsabilidad que tienen los actores del sistema frente al usuario. No obstante, en la presente propuesta se describe un sistema de referencia y contrarreferencia, que no establece a cargo de quien se encuentra la coordinación entre los niveles de atención y al no centralizarlo se afecta la efectividad y continuidad en los procesos de atención, así como los resultados en salud. Así mismo, la ausencia de coordinación en las etapas iniciales del sistema dará como resultado barreras de acceso, adicional a esto también es importante precisar que, no todos los territorios de nuestro país cuentan con la oferta de servicios acorde a las necesidades de su población, razón por la cual, se hace necesario contar con una gestión pertinente de la referencia del usuario que requiera un servicio cuya especialidad no esté en su territorio. En consecuencia, se desconoce sobre quien recae la responsabilidad de la atención del usuario, yendo en contravía de los principios de accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y resolutiveidad a la población a cargo. También es importante tener en cuenta los diferentes mecanismos de contratación propuestos, unos a cargo de las entidades territoriales y otros a cargo de las gestoras, en lugar de crear RIITS, va a fragmentar aún más la atención y esto recaerá en procesos administrativos para los usuarios, además de las dificultades para el monitoreo y análisis de uso de recursos. Por último, es importante mencionar que, para la implementación de la RIITS, se debe plantear un proceso de transitoriedad con la red privada y mixta para su vinculación efectiva. Título III, Capítulo II, Artículo 32 Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), parágrafo 1 Respecto del parágrafo 1 del artículo 32 "Los servicios farmacéuticos de los prestadores de servicios de salud y los establecimientos farmacéuticos que dispensen medicamentos o tecnologías en salud serán considerados servicios de salud, por lo tanto, harán parte de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) y deberán cumplir las condiciones de habilitación para su funcionamiento." Se considera importante precisar lo siguiente: Integración de los Servicios Farmacéuticos en las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). El hecho de que los servicios farmacéuticos de los prestadores de servicios de salud y los establecimientos farmacéuticos que dispensan medicamentos o tecnologías en salud sean considerados como parte de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) es un paso importante hacia la integración del sistema de salud. Las RIITS buscan

BOGOTÁ SECRETARÍA DE SALUD 2024-EE-137385 coordinar y articular los diferentes niveles de atención, desde la atención primaria hasta la especializada, en el territorio. Esto implica que los servicios farmacéuticos no operarán de manera aislada, sino que se alinearán con los demás servicios de salud de las regiones, lo que podría tener múltiples beneficios: - Mejor coordinación entre servicios: La integración de los servicios farmacéuticos con las RIITS garantizaría que la dispensación de medicamentos se realice en coordinación con otros servicios de salud, como consultas médicas, atención preventiva y programas de salud pública. - Reducción de la fragmentación del servicio: Una de las críticas históricas al sistema de salud colombiano es la falta de integración entre los servicios. Integrar los servicios farmacéuticos dentro de las RIITS podría ayudar a reducir esta fragmentación y mejorar la continuidad del cuidado de los pacientes, asegurando que los tratamientos sean más efectivos y adecuados. 2. Cumplimiento de las Condiciones de Habilitación. La disposición también establece que los establecimientos farmacéuticos deberán cumplir con las condiciones de habilitación para su funcionamiento. Esto implica que, para poder operar dentro de las RIITS, tanto los prestadores de servicios de salud como los establecimientos farmacéuticos deben cumplir con normas y estándares específicos establecidos y a establecer por las autoridades sanitarias. Esto podría tener varios efectos positivos: - Aumento de la calidad del servicio: El cumplimiento de las condiciones de habilitación garantiza que los establecimientos farmacéuticos y los prestadores de servicios de salud brinden un servicio seguro, eficiente y de calidad. Esto incluye desde la correcta dispensación de medicamentos hasta la correcta prescripción y seguimiento de los tratamientos. - Monitoreo y control más efectivo: La habilitación de los servicios farmacéuticos dentro de las RIITS permitirá un monitoreo más efectivo por parte de las autoridades sanitarias. Esto puede facilitar la identificación de posibles deficiencias en la prestación del servicio, así como problemas relacionados con la calidad de los medicamentos o con la gestión de los servicios farmacéuticos. - Reducción de riesgos asociados a medicamentos: Al integrar la dispensación farmacéutica dentro de una red coordinada y asegurarse de que los establecimientos cumplan con condiciones de habilitación, se podría reducir la posibilidad de que los pacientes reciban medicamentos incorrectos o que se presenten interacciones peligrosas entre fármacos. 3. Fortalecimiento de las Redes de Atención Primaria. Las RIITS, al incluir servicios farmacéuticos dentro de su estructura, podrían reforzar la atención primaria en salud. La atención primaria no solo abarca la consulta médica básica, sino también el acceso a servicios farmacéuticos cercanos y de calidad. Este enfoque es crucial, ya que muchas veces los medicamentos representan una parte significativa del tratamiento de diversas condiciones de salud. Garantizar que los servicios farmacéuticos estén bien integrados a nivel territorial mejora el acceso a los medicamentos esenciales y promueve un uso responsable de los mismos. 4. Mejor Gestión del Medicamento en el Sistema de Salud.	BOGOTÁ SECRETARÍA DE SALUD 2024-EE-137385 Al formar parte de las RIITS, los servicios farmacéuticos estarían bajo una gestión más centralizada y coordinada, lo que podría mejorar la gestión de los medicamentos a nivel nacional. Esto incluiría: - Optimización de inventarios: Una red integrada podría mejorar la gestión de los inventarios de medicamentos, reduciendo el desabastecimiento o la sobreabundancia de ciertos fármacos en las distintas regiones del país. - Uso racional de medicamentos: Con la integración de los servicios farmacéuticos, sería más fácil implementar programas de uso racional de medicamentos y vigilancia para evitar el abuso de fármacos o la automedicación, lo cual es un problema común en muchas comunidades. En este orden, se concluye que la disposición de considerar los servicios farmacéuticos como parte de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) y exigir que estos cumplan con las condiciones de habilitación tiene un potencial significativo para mejorar la calidad y equidad en el acceso a los medicamentos en Colombia. Al integrar estos servicios en una red coordinada, se puede lograr una atención más continua, mejorar la seguridad y eficacia del tratamiento, y reducir las disparidades en el acceso, especialmente en las áreas rurales o marginadas. Esta medida refuerza la atención primaria en salud, optimiza la gestión de medicamentos y contribuye a un sistema de salud más cohesionado y eficiente. Criterios determinantes de las redes integradas e integrales. El primer nivel de complejidad se entiende desarticulado de la red de mediana y alta complejidad. Se habla de un sistema de gobernanza en las redes, que hoy lo ejerce la EPS, esto representa costos de transacción, que no están previstos. Los diferentes mecanismos de contratación, unos a cargo de las entidades territoriales y otros a cargo de las gestoras, en lugar de crear RIITS, van a fragmentar aún más la atención y esto recaerá en procesos administrativos para los usuarios, además de las dificultades para el monitoreo y análisis de uso de recursos. Centros de Atención Primaria. Los Centros de Atención Primaria, como están descritos, se van a convertir en pequeñas EPS y los va a absorber las funciones administrativas que hoy las ejerce la EPS. La financiación en todos los casos con recursos de oferta en primer lugar podría resultar insuficiente frente a la disponibilidad actual y segundo pueden desincentivar la productividad e incentivar la remisión a la mediana y alta complejidad, sin resolver los problemas de salud de las personas. Estas situaciones ya se ven en muchos casos cuando se contrata por cápita el primer nivel de complejidad. Existen enormes reparos con el proceso de adscripción a un Centro de Atención Primaria en Salud- CAPS. Hoy las personas eligen la EPS y las redes de las que disponen. El habitante tendrá que elegir a el CAP y a la Gestora ¿Serán dos procesos de libre elección? En todo caso, toda vez que se está tocando un principio importante de la ley Estatutaria, este tema debe revisarse en el ámbito de una modificación a la ley Estatutaria de Salud. Mientras el Centro de Atención primaria atenderá esencialmente por ubicación de la vivienda, la EPS o Gestora tendrá en principio los afiliados que la hayan escogido o escojan
BOGOTÁ SECRETARÍA DE SALUD 2024-EE-137385 (aunque esto no se prevé), haciendo la operatividad confusa y difícil de llevar. Un CAP puede tener que ver con múltiples Gestoras, lo cual va a generar muchos problemas operativos a los CAP. Se establece que en las zonas donde las Gestoras no operen los CAP asumirán sus funciones. Hoy existen aproximadamente 30 EPS que pueden ser muchas, es posible que se creen muchos más entes que funjan como tales, con lo que señala este artículo, que serían los CAP que están llenos de funciones administrativas. Estructura y Funciones de los CAP. La adscripción en un país con movilidad alta de las personas que habitan en las grandes ciudades, no deja de ser un reto sin resolver. Si la variable fundamental para acudir a los servicios de salud va a ser el sitio de residencia, muy seguramente van a existir problemas y pocas opciones para resolverlos. No se puede olvidar la insuficiencia de talento humano en el país, que no va a superarse en el corto plazo. La descripción de los CAPS es un listado de acciones, atenciones y profesionales, sin embargo, desde el punto de vista operativo no plantea lo que se espera de estos espacios para que sean altamente resolutivos, pareciera que se continua con la visión de centros de baja complejidad que hacen procesos de referencia y contrarreferencia, esto se acentúa con las descripciones previas de las RIITS que muestran una clara fragmentación entre CAPS y centro servicios de mayor complejidad. No se mencionan estándares de vinculación de nuevas tecnologías diagnósticas o de la telesalud como mecanismos de integración de la red y generación de resolutiveidad ante los usuarios. Por último, es necesario diferenciar la prestación de servicios de salud desde el punto de vista individual y las acciones que desarrolla el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas –PSPIC, que, si bien pueden interconectar, se hace necesario establecer la diferencia entre cada uno de ellos por las diferencias normativas y las fuentes de financiación. Unidades Zonales de Planeación. Estas Unidades Zonales de Planeación y Evaluación de la Salud, no tendrían sentido si se tiene en cuenta que las funciones que se describen, las hacen las Secretarías Departamentales de Salud, que usualmente tienen áreas de planeación. El 1% de los recursos significan más de \$500.000 millones, cifra que parece excesiva. De otro lado, se atribuye con esto a los departamentos y distritos, la función de controlar lo que harán los CAPS, cuya gobernabilidad y definición la tiene la Nación. Esto se sale de la órbita de las competencias territoriales y antes que mejorar los servicios puede generar mayores trámites y confusión, Creación de las ISE.No tiene sentido cambiar la denominación de las Empresas Sociales del Estado, cuando el régimen de contratación, laboral y presupuestal y su misión continuarán siendo los mismos. La organización de ISE supraterritoriales, debería tener la aprobación de las asambleas o consejos correspondientes. No se puede prever que solo la Corporación de una entidad territorial decida sobre un asunto que traspasa las fronteras del territorio.	BOGOTÁ SECRETARÍA DE SALUD 2024-EE-137385 Fondo de Infraestructura. El fondo debería financiarse con los recursos del orden Nacional. No es viable que se determine para financiar de manera genérica este fondo, recursos de propiedad de las entidades territoriales tales como regalías o esfuerzos territoriales. Becas para formación de talento humano. El tema de las becas es muy positivo. Pero realmente esto no va a aumentar el número de cupos en las especialidades que se requiere. No se están planteando soluciones reales a este problema de insuficiencia de especialistas. No se aseguran fuentes de recursos para este fin. Título VI: Inspección, Vigilancia y Control, Artículo 49 En cuanto a la modificación planteada en el artículo 49 “Artículo 49. Modifíquese el numeral 3 del artículo 37 de la Ley 1122 de 2007: “3. Prestación de servicios de atención en salud. Su objetivo es vigilar que la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Dicha vigilancia comprende la garantía de un talento humano en salud competente, así como sus condiciones de estabilidad laboral y de seguridad y salud en el trabajo, como aspectos que afectan los elementos esenciales para el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.” Se considera importante señalar que: La Resolución 3100 de 2019 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social “<i>Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud</i>” la cual fue modificada por la Resolución 544 de 2023 “<i>Por la cual se modifica la Resolución 3100 de 2019 en el sentido de adecuar algunos aspectos relacionados con la inscripción de prestadores y la habilitación de servicios de salud</i>”, define los procedimientos y las condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud, la cual es aplicable a: “Artículo 2. Ámbito de aplicación. La presente resolución aplica a: 2.1. Las instituciones prestadoras de servicios de salud. 2.2. Los profesionales independientes de salud 2.3. El transporte especial de pacientes. 2.4. Las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud. 2.5. Las secretarías de salud departamental o distrital o la entidad que tenga a cargo dichas competencias 2.6. Las entidades responsables del pago de servicios de salud. 2.7. La Superintendencia Nacional de Salud. (...) Se subraya De conformidad con la norma en cita, los prestadores de servicios de salud, para su entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud- SOGCS, deben cumplir las siguientes condiciones: Capacidad técnico-administrativa. Aplica a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS, entidades con objeto social diferente y transporte especial de pacientes.



2024-EE-137385

- Suficiencia patrimonial y financiera. Aplica a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud — IPS y Transporte Especial de Pacientes.
- Capacidad tecnológica y científica. Aplica a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS, Profesionales independientes de salud, Entidades con Objeto Social Diferente, Transporte Especial de Pacientes.

Más adelante, en el artículo 9° se establece que “El prestador de servicios de salud que habilite un servicio es el responsable del cumplimiento y mantenimiento de todos los estándares y criterios aplicables a ese servicio, independientemente que para su funcionamiento concurren diferentes organizaciones o personas que aporten al cumplimiento de éstos y de las figuras contractuales o acuerdos de voluntades que se utilicen para tal fin. El servicio debe ser habilitado únicamente por el prestador de servicios de salud responsable del mismo. No se permite la doble habilitación de un servicio.”

Ahora bien, las entidades territoriales en salud, ejercen inspección, vigilancia y control a los prestadores de servicios de salud públicos y privados, y en virtud de ello, les corresponde verificar lo relacionado con los 7 estándares de habilitación que son: (i) Talento humano, (ii) Infraestructura, (iii) Dotación, (iv) Medicamentos, dispositivos médicos e insumos, (v) procesos prioritarios, (vi) Historia clínica y registros, e (vii) Interdependencia; así como también los documentos para la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud REPSS, y posteriormente, efectuar la correspondiente visita de reactivación, previa o de verificación de condiciones de habilitación a que haya lugar.

Teniendo en cuenta lo expuesto, y lo reglamentado en el Sistema Único de Habilitación para la Resolución 3100 de 2019, es menester que el Ministerio de Salud y Protección Social procediera a la modificación del aparte subrayado y resaltado del artículo 9° de la Resolución 3100 de 2019 una vez entrada en vigencia la presente ley, con el fin de que sea exigible en el trámite de habilitación de servicios a los prestadores de servicios de salud las condiciones de estabilidad laboral del talento humano que establece el parágrafo 1 del artículo 49 del presente proyecto de ley.

Por último, frente a la prestación de servicios de salud, no se incluye paliación y acompañamiento en el final de la vida, siendo estos procesos que hacen parte del continuo asistencial y de los procesos naturales de la salud y la enfermedad.

Observaciones sobre el capítulo III Fuentes, usos y gestión de los recursos financieros del Sistema de Salud

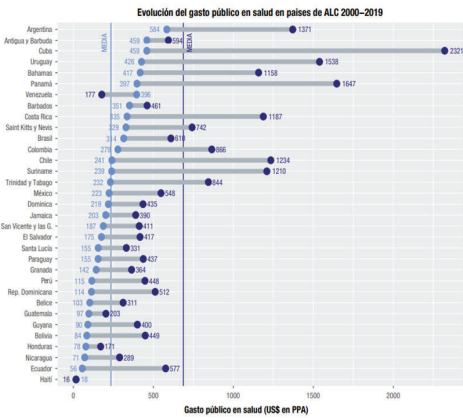
Se incluyen varios gastos adicionales sin fuente de financiación clara, pero se incorporan nuevas fuentes de financiación, solo que pueden resultar insuficientes. Como es bien sabido, el comportamiento del gasto en salud, dadas las necesidades y expectativas de la población, sumado a los determinantes del gasto como son el envejecimiento de la población, la transición epidemiológica y la presión tecnológica, tiene una tendencia al incremento, tal como lo demuestra el aumento del gasto público en salud en Colombia en los últimos casi 20 años (ver Gráfico 1). En este si bien se incluyen como nuevas fuentes los impuestos saludables y el IVA social, estas no superan los \$350 mil millones aproximadamente, por lo que resulta clave poder incluir en el proyecto de Ley nuevas fuentes de recursos o recuperar fuentes constantes como lo sería, revertir la exoneración de los aportes de los empleadores para empresas con



2024-EE-137385

más de 2 empleados y con ingresos inferiores a 2 SMLMV, lo que permitiría oxigenar los ingresos de ADRES y dar espacio para mayores recursos del presupuesto general de la Nación.

Gráfico 1. Evolución del gasto público en salud ALC 2000-2019



Fuente: Pan American Journal of public health. Gasto en salud y resultados en salud en América Latina y el Caribe. 2023.

En ese sentido, los gastos de base y proyección de sostenibilidad de la reforma, presentan disparidades tanto en el monto inicial de recursos necesarios para el arranque, en donde se requiere cubrir el déficit actual del Sistema y propiciar un saneamiento de cuentas, como en la sostenibilidad a futuro de gastos crecientes, sobre los cuales se presentan algunos supuestos complejos como el de el de reducción de gasto total en salud como efecto del mejoramiento en la atención primaria en salud. Ya que como se muestra en la gráfica anterior ningún país de la región (salvo Haití) redujo su gasto público en salud y países como Costa Rica y Cuba, con modelos de salud basados en atención primaria incrementaron sustancialmente su gasto público en salud.

Iniiciando por la proyección de crecimiento del gasto presentada en la exposición de motivos que hacía parte del PL 312 y que se mantiene, un crecimiento cercano al 3% anual para los próximos 7 años parece modesto, no obstante, al observar el crecimiento del PIB en los últimos 10 años, este presenta un promedio de variación anual del 2,81% (Banco mundial variación PIB anual 2014-2023), lo que significa que el supuesto de crecimiento del gasto es superior al comportamiento observado del crecimiento de la economía, dejando espacio para futuros déficits.



2024-EE-137385

Tabla 1. Componentes del crecimiento de la senda del valor a precios constantes de las atenciones hospitalarias y especializadas de mediana y alta complejidad

Componentes del crecimiento	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Población (envejecimiento)	1,55	1,53	1,50	1,49	1,49	1,48	1,47	1,50
Costo de la Innovación*	1,53	1,53	1,53	1,53	1,53	1,53	1,53	1,47
Total	3,08	3,06	3,03	3,02	3,02	3,01	2,99	2,97

Fuente: DANE. Proyecciones de población
*Supuesto de innovación tecnológica

De otro lado, el crecimiento promedio del gasto anual en presupuestos máximos o en general las tecnologías no cubiertas por la UPC, supera el 6% desde la expedición de este mecanismo, lo que significa que el porcentaje de crecimiento atribuido al costo de la innovación puede estar subestimado.

Los costos presentados en la exposición de motivos no contemplan el cierre del déficit actual

La exposición de motivos del PL presenta en la tabla 30 la proyección de usos, con año de inicio 2025 en donde se obtiene un total de gasto (directos+indirectos+gastos de gestión) que ascienden a \$99,6 billones, esta cifra tiene las siguientes observaciones:

Tabla 2. Proyecciones de usos. Proyecto de Reforma a la Salud. Miles de millones de pesos de 2024

Usos	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
Atención Primaria en Salud	18.563	21.107	22.735	23.544	25.379	27.069	29.175	31.619	34.562	36.636
Mediana y alta complejidad	71.980	74.196	76.463	78.779	81.155	83.602	86.120	88.698	91.335	94.075
Prestaciones económicas	2.755	2.866	2.982	3.102	3.227	3.358	3.493	3.634	3.781	3.932
Fortalecimiento de la red pública	1.000	1.000	1.000	2.000	3.500	4.000	4.200	4.410	4.631	4.862
Otros	500	516	533	550	568	587	605	625	645	665
Bezas	120	120	120	150	200	200	200	200	200	200
Protección de la maternidad	450	525	600	900	1.040	1.062	1.061	1.059	1.056	1.054
Fortalecimiento institucional	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Fondo de desastres	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
SGP + E + SGP (IDR) Salud pública	1.885	2.136	2.296	2.376	2.509	2.623	2.744	2.861	2.981	3.099
Gastos directos	97.403	102.617	107.079	111.550	117.728	122.651	127.748	133.256	139.341	144.672
SGP - Rangos diferenciales	217	239	263	289	318	349	384	423	465	512
Algoritmos	306	306	306	306	306	306	306	306	306	306
Irregulares	1.300	-	-	700	415	300	300	200	200	185
Gastos indirectos	1.823	545	569	1.295	1.039	955	990	929	971	1.003
Incentivos de calidad	-	500	1.080	1.570	1.623	1.672	1.722	1.774	1.827	1.882
Unidades	450	650	1.000	1.023	1.065	1.107	1.153	1.203	1.259	1.307
Zonales de Planeación	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gastos de gestión	450	1.150	2.080	2.593	2.688	2.779	2.875	2.977	3.086	3.189

Fuente: Proyecciones ADRES y Ministerio de Salud y Protección Social.

- Incluye recursos del 10% del SGP de salud pública, propiedad de las entidades territoriales, que estas reciben con situación de fondos y que actualmente no se giran a ADRES lo que implica contar con una fuente (estimada en 2025 en \$1,8 billones), que requiere aprobación en trámite legal orgánico de un recurso que está actualmente en discusión en otro proyecto de ley diferente como es el de la autonomía territorial. De otra parte, las competencias de salud pública a cargo de la entidad territorial no pueden ser ejercidas en su totalidad por parte de los equipos



2024-EE-137385

básicos de salud, por lo que es necesario desagregar cada una de las acciones, servicios y gastos que se atribuyen a la atención primaria en salud para poder garantizar su suficiencia.

- Así mismo se contemplan recursos del SGP de régimen subsidiado que hoy corresponden al 87% del total del SGP salud para atención primaria en salud, es de recordar que los recursos del SGP deben destinarse a la población pobre y vulnerable cumpliendo con los criterios constitucionales de distribución del recurso y en este sentido no se pueden usar indistintamente para población con y sin capacidad de pago.

- Lo anterior sucede también con los recursos de las cotizaciones, estos recursos parafiscales, legalmente no pueden usarse para la atención de mediana y alta complejidad de toda la población y dada su naturaleza deben destinarse al grupo poblacional que los aporta.
- Los montos estimados para el fortalecimiento de la red pública hospitalaria suponen recursos de fuente rentas cedidas, que son principalmente de las entidades territoriales departamentales y la necesidad de CAPS en todo el territorio nacional es municipal, en ese entendido hace falta contar con una fuente nacional para el financiamiento de las necesidades de infraestructura de naturaleza local para alcanzar la cobertura de oferta deseada en el nivel primario, lo que puede significar recursos que superen el billon de pesos propuesto entre 2025 a 2030 por parte del PL 312 acumulado. Así mismo, los recursos de rentas cedidas han presentado un comportamiento a la baja lo que significa que una proyección de aumento implica considerar una reforma tributaria territorial.
- Como se describirá más adelante, no se contemplan recursos para el desarrollo y montaje del sistema o sistemas de información requeridos para la operación propuesta, ni tampoco recursos necesarios para capitalizar y/o sanear las cuentas por pagar de la Nueva EPS, entidad mixta que requiere aporte del presupuesto nacional, y los recursos para los gastos adicionales mencionados más adelante en este documento (cuidadores, licencias de maternidad/paternidad).

La transformación legal del uso de recursos que actualmente mancomuna ADRES, debe hacerse modificando la norma que da origen al recurso y su destinación, el PL 312 asume que las fuentes mancomunadas en ADRES pueden reorganizarse incorporándolas en cuentas diferentes de un Fondo público que se crea, sin contemplar su origen legal y su destinación no basta con incluir cada fuente en una cuenta con un nombre específico para que se entienda modificada su destinación. Es necesario hacer los ajustes legales pertinentes con los actores pertinentes para reformar por ejemplo el Sistema General de Participaciones SGP, cuya discusión procede en el proyecto de ley de autonomía territorial, o la creación de Zonas o áreas o territorios funcionales de salud, cuya discusión procede en el proyecto de ley que modifica el ordenamiento territorial.

Por esta misma razón se considera inconveniente la creación de un fondo único público, ya que su finalidad es dar destinación específica a las fuentes de recursos que hacen parte de las cuentas de dicho fondo y esta discusión como indicamos debe darse en el Congreso en el marco de las leyes que involucren cada recurso.

Así mismo, no es factible utilizar los recursos de naturaleza parafiscal (cotizaciones y aportes a la nómina) en población distinta a la que los aporta, razón por la cual no pueden destinarse las cotizaciones en atenciones en salud de nivel primario de población que no cotizó. Sobre esto existe ya bastante jurisprudencia.

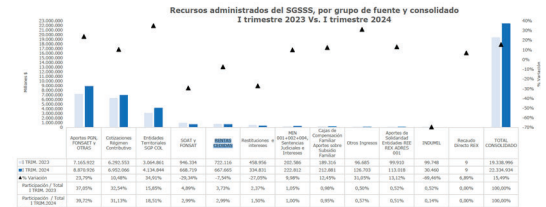


2024-EE-137385

Las fuentes como rentas cedidas, aportes SOAT, impuesto social a las armas y recursos para cubrir las atenciones derivadas de accidentes de tránsito de personas sin seguro, fuentes que vienen en agotamiento o disminución (ver tabla 2.) y que requieren una propuesta legal de fondo ya sea reforma tributaria territorial o disposición de fuente específica nacional.

Gráfico 2. Variación recursos administrados ADRES TRIM I 2023-2024.Evolución del gasto público en salud ALC 2000-2019

G VARIACIÓN RECURSOS ADMINISTRADOS ADRES TRIM I 2023-2024



Fuente: Informes ADRES 2024.

La función de financiamiento refleja el arreglo institucional del Sistema, es decir al reemplazar el aseguramiento actual por un aseguramiento social, las funciones esenciales del aseguramiento como son: "la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en el plan de beneficios en Salud."

El PL no define con claridad cómo o quién es el responsable de estas funciones, en particular del riesgo primario (que corresponde a la organización de la atención de los afiliados al SGSSS según los riesgos epidemiológicos y la gestión de dichos riesgos) elemento esencial para los procesos de auditoría a cargo de las Gestoras y la determinación de procedencia de pago o glosa de una cuenta médica.

Dejar estas obligaciones, funciones y actividades como funciones a "coordinar, acompañar o trabajar en conjunto" no es pertinente cuando se requiere establecer consecuencias legales en términos del incumplimiento o la no garantía del derecho. No contar con un marco legal robusto en la operación del Sistema de Salud para defender el derecho a la salud se considera un error que puede costar no solo enormes recursos sino también muchas vidas.



2024-EE-137385

COMENTARIOS Y/O MODIFICACIONES AL ARTICULADO

¿GENERA GASTOS ADICIONALES?

Si ☐ No ☐

VALORACIÓN DEL GASTO. En caso de ser afirmativa la respuesta de generación de gastos. Indique ese gasto adicional a que corresponde.

Pueden ser atendidas por el Presupuesto del Sector, de no serlo, indicar cuál

Si ☐ No ☐

IMPACTO DEL PROYECTO (Señalar con X la opción adecuada)

Apoya la iniciativa legislativa: (POR FAVOR NO RESPONDER SI SE APOYA O NO LA INICIATIVA LEGISLATIVA)

NO ☒

SI ☐

TOTAL ☐

PARCIAL: ☐

PROPOSICIONES PARA LOS ARTÍCULOS:

SE ADJUNTA PROPOSICIONES SUGERIDAS:

SI ☐

NO ☐

Cordialmente,

GERSON ORLANDO BERMONT GALAVIS
Secretario Distrital de Salud.

C.C.: Claudia Marcela Numa Pérez - Secretaria Distrital de Hacienda - radicacionhaciendabogota@shd.gov.co



2024-EE-137385

Juan de Jesús Patiño González - Subdirección de Acciones Colectivas
Dilson Ríos Melba Tarazona - Profesionales Especializados Dirección de Calidad de Servicios de Salud
Edizabeth Ramírez - GF ODSS- Natalia Baquero- Líder GF Modelo- Dirección de Provisión de Servicios de Salud
José Darío Téllez Cifuentes - Abogado Oficina de Asuntos Jurídicos
Elkin Jwiseb, Huertas Carrasquilla - Subdirector Territorial Red Centro Oriente
Consolidó: German A. Sterling (AgilSalud) - Contralista OAJ
Revisó: Yiyola Yamile Peña Ríos - Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud
Eliana Ivont Hurtado Sepúlveda - Directora de Calidad de Servicios de Salud
Patricia Eugenia Molano Bulles - Directora de Acciones Colectivas
Manuel Alejandro Godoy Cubillos - Director DAEPDSS
Fernando Peña Díaz- Director Provisión de Servicios de Salud
Alejandra Tabora Restrepo - Directora de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad (E)
Aprobó: Luis Alexander Moscoso Osorio - Subsecretario de Servicios de Salud y Aseguramiento
Liliana Sofia Cepeda Amaris - Subsecretaria de Planeación y Gestión Sectorial
Julián Alfredo Fernández Niño - Subsecretario de Salud Pública
Alejandra Tabora Restrepo - Subsecretaria de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía
Melissa Triana Luna - Jefe Oficina de Asuntos Jurídicos.

CARTA DE COMENTARIOS MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO A LA
PONENCIA PROPUESTA PARA CUARTO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 459
DE 2024 CÁMARA, 51 DE 2023 SENADO

por la cual se expide el Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social.

 2. Despacho del Viceministro General Honorable Congresista JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES Cámara de Representantes CONGRESO DE LA REPÚBLICA Carrera 7 No. 8-68 Bogotá D.C., Bogotá D.C., 26 de noviembre de 2024 18:44 Radicado entrada No. Expediente 53819/2024/OFI Asunto: Comentarios a la ponencia propuesta para cuarto debate al proyecto de Ley No. 459 de 2024 Cámara, 51 de 2023 Senado “<i>por la cual se expide el Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social.</i>” Respetado Presidente: De manera atenta, en respuesta a la solicitud de emitir concepto de impacto fiscal formulada por las Honorables Representantes a la Cámara, Astrid Sanchez Montes de Oca y Karyme Adrana Cotes Martínez, y en virtud de lo dispuesto en el artículo 7 de la Ley 819 de 2003¹, se presentan los comentarios y consideraciones del Ministerio de Hacienda y Crédito Público a la ponencia propuesta para cuarto debate del proyecto de Ley del asunto en los siguientes términos: El Proyecto de ley, de iniciativa congresional, tiene por objeto “<i>expedir un nuevo Código de Procedimiento Laboral y de la Seguridad Social, que responda a las cambiantes realidades sociales y tecnológicas que caracterizan el momento actual, pues la adaptación de nuestro sistema jurídico procesal laboral y de la seguridad social, es fundamental para garantizar la protección de los derechos que surgen en el marco de las relaciones contractuales laborales, en aras de asegurar una justicia laboral eficiente y acorde con las necesidades del siglo XXI</i>”². Si bien el presente proyecto contempla disposiciones atinentes al procedimiento de los juicios laborales, se destaca que el parágrafo del artículo 330, en lo que respecta a la elaboración e implementación del plan de formación para funcionarios, empleados judiciales y abogados litigantes sobre el presente código, puede representar un impacto fiscal para el Estado colombiano, que debe ser asumido con los recursos asignados al sector. ¹ Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones. ² Gaceta del Congreso de la República No. 1930 de 2024, página 2	 En ese sentido, el valor de la elaboración e implementación del programa de capacitación depende de diversas variables, por lo que es necesario considerar los costos asociados, tales como el número de funcionarios, empleados judiciales y abogados litigantes que participarán en el curso, su modalidad (ya sea virtual o presencial), los honorarios de los instructores, los materiales del curso, y la adecuación de las sedes, si fuera necesario. Sin perjuicio de lo anterior, se resalta que las entidades públicas del Estado colombiano involucradas en el sector objeto del proyecto deberán incluir en su presupuesto de inversión partidas destinadas a la financiación de programas de capacitación y desarrollo del talento humano de sus funcionarios y empleados, sin comprometer la estabilidad financiera de cada entidad. En los anteriores términos, este Ministerio, actuando conforme con las competencias establecidas en la Ley 819 de 2003, rinde concepto sobre el proyecto de ley del asunto y solicita se tengan en cuenta sus consideraciones, para las deliberaciones legislativas respectivas. Atentamente, DIEGO ALEJANDRO GUEVARA CASTAÑEDA Viceministro General Ministerio de Hacienda y Crédito Público OAJ/DGPPN Elaboró: Diego Mauricio Olivera Rodríguez Revisó: Germán Andres Rubio Castiblanco Con Copia: Dr Jaime Luis Lacouture Peñaloza, Secretario general Cámara de Representantes
---	--

CARTA DE COMENTARIOS MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO A LA
PONENCIA PROPUESTA PARA CUARTO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 424
DE 2024 CÁMARA - 55 DE 2023 SENADO

por medio de la cual se fortalece la Ley 1616 de 2023 y la Política Nacional de Salud Mental y se dictan otras disposiciones.

 3. Despacho Viceministra Técnica Honorable Congresista JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES Cámara de Representantes CONGRESO DE LA REPÚBLICA Carrera 7 No. 8-68 Bogotá D.C., Bogotá D.C., 28 de noviembre de 2024 15:53 Radicado entrada No. Expediente 49880/2024/OFI Asunto: Comentarios a la ponencia propuesta para cuarto debate al proyecto de Ley No. 424 de 2024 Cámara - 55 de 2023 Senado “<i>por medio de la cual se fortalece la Ley 1616 de 2013 y la Política Nacional de Salud Mental y se dictan otras disposiciones.</i>” Respetado Presidente: De manera atenta, dado cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 7 de la Ley 819 de 2003¹, se presentan los comentarios y consideraciones del Ministerio de Hacienda y Crédito Público a la ponencia propuesta para cuarto debate al Proyecto de Ley del asunto en los siguientes términos: El Proyecto de ley, de iniciativa congresional, tiene por objeto “<i>fortalecer la Política Nacional de Salud Mental, mediante la participación comunitaria, intersectorial y enfoques complementarios, para garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental de la población colombiana por medio de la promoción de salud mental, la prevención de los trastornos mentales y la atención integral e integrada en salud mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad al artículo 49 de la Constitución; con fundamento en los enfoques promocionales de calidad de vida, así como en los enfoques de curso de vida, territoriales, diferenciales, de género, derechos humanos, psicosociales, incluyendo tanto los determinantes sociales en salud como las estrategias y principios de la Atención Primaria en Salud; y dictar disposiciones relacionadas</i>”². Para esos propósitos, el proyecto propone que el Gobierno nacional implementará atención integral basada en la promoción de la salud y prevención universal, selectiva e indicada de los trastornos de salud mental, así como en estilos de vida que ¹ Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones. ² Artículo 1 del Proyecto de ley, Gaceta 1620 de 2024	 propendan por el bienestar y la convivencia sociales. También deberá implementar acciones para el fomento de la investigación en salud mental en Colombia, así como la capacitación y formación continua en la materia del talento humano en salud fortaleciendo así a toda la atención integral de salud. Igualmente, consagra obligaciones en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social relacionadas con estrategias, planes y programas para la formación en primeros auxilios psicológicos, la difusión y fácil acceso a la Estrategia Nacional de la Prevención de la Conducta Suicida, el acompañamiento en campañas que promuevan el autocuidado y autoestima; estrategias para atender a las personas en condición de habitabilidad de calle con enfermedad mental, por dependencia a sustancias psicoactivas, o por causa de la misma enfermedad; entre otras acciones. Por parte de las entidades prestadoras de salud o quien haga sus veces, deberán asegurar la continuidad del tratamiento de las personas con trastornos de salud mental y del espectro neurológico, para lo cual no podrá suspender en ningún momento la formulación de medicamentos para el manejo de los mismos, dentro del marco de rehabilitación. Y para la dispensación de medicamentos, se solicitará autorización para la prescripción de medicamentos o servicios de salud no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud o en las guías de prácticas clínicas actualizadas en Colombia. Respecto de esta iniciativa y particularmente las propuestas anteriormente destacadas, en caso de hacerse Ley de la República, éstas implicarían presiones de gasto para la Nación y por tanto su implementación quedaría supeditada a la disponibilidad presupuestal de recursos que puedan ser apropiados para tal fin y su articulación con las políticas actuales del Gobierno nacional, siendo preciso señalar que, cualquier asignación de recursos provenientes del Presupuesto General de la Nación debe estar sometida al principio de legalidad, lo que involucra la incorporación de ingresos y los gastos en el presupuesto. Adicionalmente, para incluir estos recursos en la ley anual de presupuesto debe establecerse el monto de ingresos y, de otro lado, las erogaciones como una autorización máxima de gasto a los órganos que lo conforman. En ese contexto, las entidades nacionales deben ajustarse a las disponibilidades presupuestales y priorización de la política pública, acorde con el Plan Nacional de Desarrollo y en virtud de su autonomía presupuestal, tal como lo ha dispuesto los artículos 39 y 47 del Estatuto Orgánico de Presupuesto (EOP)³. ³ Decreto 111 “Por el cual se compilan la Ley 38 de 1989, la Ley 179 de 1994 y la Ley 225 de 1995 que conforman el estatuto orgánico del presupuesto”.
--	--

En consecuencia, cada entidad pública correspondiente a una sección presupuestal, de conformidad con el EOP, incluirá en los respectivos anteproyectos de presupuesto los programas y proyectos que, de acuerdo con las competencias del sector presupuestal, se propongan realizar durante la respectiva vigencia fiscal y acorde con las normas de austeridad en dichos gastos⁴. Ahora bien, particularmente frente al artículo 7 del proyecto que consagra la caracterización de la población con problemas o trastornos de salud mental indudablemente esta propuesta derivaría en que las entidades descritas en el artículo incurran en gastos adicionales no contemplados, sin considerar una fuente de ingreso adicional para su financiamiento y que dependerían del alcance y magnitud de la pretendida caracterización. Respecto de las propuestas contenidas en los artículos 14, 16 y 18 del proyecto de Ley, sobre habilitación de calle y enfermedad mental, atención en salud mental para personas con dependencia a sustancias psicoactivas y red de atención en salud mental, el proyecto no consigna información, proyección ni planificación en el aspecto presupuestal frente a su implementación. Al respecto, cabe señalar que cualquier ampliación del Plan de Beneficios en Salud que repercuta en un aumento de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que se reconoce por cada afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) implicaría mayores recursos del Presupuesto General de la Nación (PGN) como garante del cierre financiero del SGSSS. En ese orden, se hace necesario incluir en el proyecto dicha información y en dado caso articular las propuestas con la cobertura actual del SGSSS, a fin de no tener repercusión fiscal ni presupuestal alguna. En lo que refiere al artículo 20, literal e) del proyecto, que señala la prescripción de medicamentos o servicios de salud no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud o en las guías de prácticas clínicas actualizadas en Colombia, se hace necesaria su eliminación, toda vez que podría resultar contraria a la Ley Estatutaria de Salud⁵, según la cual, en su artículo 15, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios: a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas; b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica; c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica; d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente; e) Que se encuentren en fase de experimentación; f) Que tengan que ser prestados en el exterior. En todo caso, los servicios o tecnologías que cumplan con esos criterios serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria, a través de un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. Sin perjuicio de lo ya señalado, es importante destacar que este Gobierno no es ajeno a la necesidad de avanzar en la atención de la salud mental en Colombia, lo cual quedó consignado en las bases del Plan Nacional de Desarrollo 2022- 2026 'Colombia potencia mundial de la vida', al establecer por derroteros la actualización de la política vigente con la participación del Consejo de Salud Mental, abordar el consumo de sustancias psicoactivas como un problema de salud pública, con enfoque de riesgos y daños, así como la prevención y atención integral de las situaciones de violencias (autoinfligidas e interpersonales), entre otras acciones⁶. Por su parte, existe el CONPES 3992 del 2020⁷, que planteó una estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia, y las diferentes medidas consagradas en Plan Nacional de Desarrollo 2022- 2026, contenidos en los artículos 166, 167, 344 y 348, tales como: i) la política nacional de salud mental; ii) la atención en salud mental para el sector carcelario y penitenciario en Colombia; iii) el fortalecimiento de los programas de asistencia técnico legal y de salud mental, que brinde orientación, asesoría y representación jurídica gratuita inmediata, especializada a mujeres víctimas de las violencias y en riesgo de feminicidio; y, iv) la creación de planes y programas para la garantía de derechos con énfasis en salud mental de los jóvenes entre los 14 y 28 años de edad. contenidas en los artículos 166, 167 Por último, dadas las implicaciones fiscales que tendría la implementación de la iniciativa, por la presión de gasto y gastos adicionales que podría tener para la nación, se hace necesario que los autores y ponentes den cumplimiento a lo establecido en el artículo 7 de la Ley 819 de 2003⁸, el cual determina que todo proyecto de ley debe hacer explícita su compatibilidad con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, y debe incluir expresamente en la exposición de motivos y en las ponencias de trámite respectivas, ⁴ Artículo 14, Ley 2155 de 2021 "Por medio de la cual se expide la Ley de Inversión Social y se dictan otras disposiciones" y Decreto 397 de 2022 "Por el cual se establece el Plan de Austeridad del Gasto 2022 para los órganos que hacen parte del Presupuesto General de la Nación" ⁵ Ley 1751 de 2015 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones	b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica; c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica; d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente; e) Que se encuentren en fase de experimentación; f) Que tengan que ser prestados en el exterior. En todo caso, los servicios o tecnologías que cumplan con esos criterios serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria, a través de un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. Sin perjuicio de lo ya señalado, es importante destacar que este Gobierno no es ajeno a la necesidad de avanzar en la atención de la salud mental en Colombia, lo cual quedó consignado en las bases del Plan Nacional de Desarrollo 2022- 2026 'Colombia potencia mundial de la vida', al establecer por derroteros la actualización de la política vigente con la participación del Consejo de Salud Mental, abordar el consumo de sustancias psicoactivas como un problema de salud pública, con enfoque de riesgos y daños, así como la prevención y atención integral de las situaciones de violencias (autoinfligidas e interpersonales), entre otras acciones⁶. Por su parte, existe el CONPES 3992 del 2020⁷, que planteó una estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia, y las diferentes medidas consagradas en Plan Nacional de Desarrollo 2022- 2026, contenidos en los artículos 166, 167, 344 y 348, tales como: i) la política nacional de salud mental; ii) la atención en salud mental para el sector carcelario y penitenciario en Colombia; iii) el fortalecimiento de los programas de asistencia técnico legal y de salud mental, que brinde orientación, asesoría y representación jurídica gratuita inmediata, especializada a mujeres víctimas de las violencias y en riesgo de feminicidio; y, iv) la creación de planes y programas para la garantía de derechos con énfasis en salud mental de los jóvenes entre los 14 y 28 años de edad. contenidas en los artículos 166, 167 Por último, dadas las implicaciones fiscales que tendría la implementación de la iniciativa, por la presión de gasto y gastos adicionales que podría tener para la nación, se hace necesario que los autores y ponentes den cumplimiento a lo establecido en el artículo 7 de la Ley 819 de 2003⁸, el cual determina que todo proyecto de ley debe hacer explícita su compatibilidad con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, y debe incluir expresamente en la exposición de motivos y en las ponencias de trámite respectivas, ⁶ Ver página 98. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglciefindmkaj/https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/portalDNP/PND-2023/2023-05-04-bases-plan-nacional-de-inversiones-2022-2026.pdf ⁷ https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Economicos/3992.pdf ver página 3 ⁸ Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones.
--	---

los costos fiscales de la iniciativa y la fuente de ingreso adicional generada para el respectivo financiamiento. En atención a la disposición en cita, corresponde al Congreso de la República dar las deliberaciones específicas en torno a las implicaciones fiscales del proyecto y sus repercusiones respecto de las finanzas y la sostenibilidad fiscal de la Nación, conforme lo ha exigido la Corte Constitucional en diferentes sentencias⁹. De acuerdo con el alto tribunal, constituye un referente básico para las deliberaciones legislativas, en cumplimiento del artículo en mención, que el Congreso efectúe una mínima comprensión del costo real de la propuesta, del grado de afectación que las medidas generarían en la capacidad presupuestal del Estado y del origen de los ingresos adicionales con los que se financiarían las medidas propuestas, para efectos de garantizar la sostenibilidad fiscal¹⁰. En los anteriores términos, este Ministerio, en el marco de las competencias establecidas en la Ley 819 de 2003, rinde concepto sobre el proyecto de ley del asunto y solicita tener en cuenta sus comentarios y consideraciones. Adicionalmente, se precisa revisar la pertinencia de continuar con el trámite legislativo del proyecto de ley, habida cuenta la legislación actual y políticas existentes en la materia y la cobertura actual del SGSSS. Igualmente, se manifiesta la voluntad de colaborar con la actividad legislativa en términos de responsabilidad fiscal vigente. Atentamente, MARTA JUANITA VILLAVECES NIÑO Viceministra Técnica del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. OAJ/DGPM/DGPPN/DGREGS/DAF Elaboró: Diego Mauricio Olivera Rodríguez/Lorenzo Uribe Badoen/David Esteban Herrera Jiménez/Carlos Enrique Martínez Moncayo. Revisó: Germán Andrés Rubio Castiblanco Con Copia: Dr. Jaime Luis Lacouture Peñaloza, Secretario general Cámara de Representantes ⁹ Ver entre otras, Sentencia 075 de 2022, Corte Constitucional de Colombia. Magistrado Ponente Dr. Alejandro Linares Cantillo. ¹⁰ Ibidem.

CONTENIDO

Gaceta número 2100 - viernes, 29 de noviembre de 2024	
CÁMARA DE REPRESENTANTES	
CARTAS DE COMENTARIOS	Págs.
Carta de comentarios Ministerio De Vivienda, Ciudad y Territorio Proyecto de Ley número 028 de 2024 Cámara de representantes, por la cual la nación se asocia a la celebración de los ciento sesenta (160) años de fundación del municipio de Pereira, departamento de Risaralda, rinde homenaje a la ciudadanía pereirana y se dictan otras disposiciones.....	1
Carta de comentarios Católicas por el Derecho a Decidir Colombia Proyecto de Ley número 453 de 2024 Cámara, por el cual se reconoce la incidencia del Sector Interreligioso en el ámbito educativo y se fortalece su aporte en la formación de valores y principios éticos y morales en Colombia.	2
Carta de comentario Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Proyecto de Ley número 453 de 2024 Cámara- 221 de 2024 Senado, por la cual se reconoce la incidencia del Sector Religioso en el ámbito educativo y se fortalece su aporte en la formación de valores y principios éticos y morales en Colombia.	4
Carta de comentario Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Proyecto de Ley Número 179 de 2024 Cámara, por medio del cual se expide el Estatuto de la Igualdad para la Garantía de los Derechos de las niñas y las mujeres en toda su diversidad y se dictan otras disposiciones.....	6
Concepto jurídico Ministerio de Transporte frente al Proyecto de Ley número 231 de 2024 Cámara, por medio de la cual se establece el cambio de nomenclatura, clasificación y código de empleo de los inspectores de tránsito, se modifica el Decreto Ley 785 de 2005 y se dictan otras disposiciones.....	12
Carta de comentarios Departamento Nacional de Planeación al Proyecto de Ley número 312 de 2024 Cámara, por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones.....	14
Carta de comentarios Secretaría de Gobierno de Bogotá al proyecto de ley número 312 de 2024 Cámara, por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones.....	18
Carta de comentarios Ministerio de Hacienda y Crédito Público a la ponencia propuesta para cuarto debate al proyecto de Ley número 459 de 2024 Cámara, 51 de 2023 Senado, por la cual se expide el Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social.	29
Carta de comentarios Ministerio de Hacienda y Crédito Público a la ponencia propuesta para cuarto debate al proyecto de Ley número 424 de 2024 Cámara - 55 de 2023 Senado, por medio de la cual se fortalece la Ley 1616 de 2013 y la Política Nacional de Salud Mental y se dictan otras disposiciones.....	29