



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° 1802

Bogotá, D. C., viernes, 25 de octubre de 2024

EDICIÓN DE 19 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

SENADO DE LA REPÚBLICA

CONCEPTOS JURÍDICOS

CONCEPTO JURÍDICO MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PROYECTOS DE LEY ESTATUTARIA NÚMERO 054 DE 2024 SENADO

por medio de la cual se modifica la Ley 1751 de 2015 y se dictan otras disposiciones en materia de salud y seguridad social en salud.

Y 059 DE 2024 SENADO

por medio de la cual se modifica la Ley 1751 de 2015 y se dictan disposiciones orientadas a fortalecer el Sistema de Seguridad Social en Salud.

ACUMULADOS.

Bogotá, 23 de octubre de 2024.

Doctor.
SAÚL CRUZ BONILLA
Sub Secretario General del Senado
Congreso de la República
secretaria.general@senado.gov.co
subsecretariageneral@senado.gov.co
ruth.luengas@senado.gov.co
leves@senado.gov.co
Carrera 7 No.8-68
Bogotá D.C.

ASUNTO: Concepto Institucional, componente jurídico - proyectos de ley estatutaria 054/24 (S) "Por medio de la cual se modifica la ley 1751 de 2015 y se dictan otras disposiciones en materia de salud y seguridad social en salud" y 059/24 (S) "Por medio de la cual se modifica la Ley 1751 de 2015 y se dictan disposiciones orientadas a fortalecer el sistema de seguridad social en salud", acumulados.

Respetado doctor Cruz,

Con relación al radicado del asunto, frente a la solicitud de comunicar las consideraciones pertinentes respecto a los proyectos de ley estatutaria 054/24 (S) "Por medio de la cual se modifica la ley 1751 de 2015 y se dictan otras disposiciones en materia de salud y seguridad social en salud" y 059/24 (S) "Por medio de la cual se modifica la Ley 1751 de 2015 y se dictan disposiciones orientadas a fortalecer el sistema de seguridad social en salud", acumulados, que cuentan con ponencia para rendir primer debate en senado, esta Dirección Jurídica en ejercicio de las competencias que le asisten, en especial la prevista en el artículo 3, de la Resolución 879 de 2023, sin perjuicio de los comentarios que estimen pertinentes realizar otras autoridades para las cuales este tema resulte sensible, formula las siguientes observaciones conforme a las argumentaciones que se expondrán a continuación:

1. Antecedentes

La Dirección Jurídica del Ministerio de Salud y Protección Social, recibió a través de comunicación electrónica de la Asesora Legislativa del Despacho del Ministro de Salud y Protección Social, solicitud de realizar concepto institucional de los proyectos de ley estatutaria 054/24 (S) "Por medio de la cual

se modifica la ley 1751 de 2015 y se dictan otras disposiciones en materia de salud y seguridad social en salud" y 059/24 (S) "Por medio de la cual se modifica la Ley 1751 de 2015 y se dictan disposiciones orientadas a fortalecer el sistema de seguridad social en salud"

2. Concepto institucional, componente jurídico

Una vez revisado y analizado el concepto técnico unificado, consolidado y actualizado suscrito por el Viceministro de Protección Social y las últimas Gacetas del Congreso No. 1315 del 10 de septiembre de 2024, que contiene el informe de ponencia para primer debate del proyecto de Ley Estatutaria No. 054/24 (S) "Por medio de la cual se modifica la ley 1751 de 2015 y se dictan otras disposiciones en materia de salud y seguridad social en salud" y No. 1317 del 10 de septiembre de 2024 (S), que contiene el informe de ponencia para primer debate del proyecto de Ley Estatutaria No. 059/24 (S) "Por medio de la cual se modifica la Ley 1751 de 2015 y se dictan disposiciones orientadas a fortalecer el sistema de seguridad social en salud".

De conformidad con lo anterior, se presenta a continuación las observaciones desde un punto de vista jurídico, sobre los textos de los proyectos de Ley Estatutaria:

Proyecto de Ley No. 054 de 2024 Senado, radicado por los Honorables Senadores: Paloma Valencia Laserna, Paola Holguín, Esteban Quintero Cardona, Andrés Guerra, Miguel Uribe Turbay, Josué Alirio Barrera Rodríguez, Enrique Cabrales Baquero, María Fernanda Cabal, José Vicente Carrero Castro y los Honorables Representantes a la Cámara: Christian M. Garcés Aljure, Yenica Sugein Acosta Infante, Olmes Echeverría De La Rosa, Juan Fernando Espinal Ramírez, Andrés Guerra, Hernán Darío Cadavid Márquez, Hugo Danilo Lozano Pimiento, Edinson Vladimir Olaya Mancipe, Eduar Alexis Triana Rincón, José Jaime Uscátegui Pastrana, Carlos Edward Osorio Aguilar, y Juan Felipe Corzo Álvarez, todos del partido Centro Democrático, que fue asignado a la Comisión Primera Constitucional Permanente.

Proyecto de Ley No. 059 de 2024 Senado radicado por los Honorables Senadores: Carlos F. Motta Solarte, Carlos Mario Farelo Daza, Ana María Castañeda Gómez, Antonio Zabaraín Guevara, Carlos Julio González Villa, Carlos Abraham Jiménez, Edgar Jesús Díaz Contreras, Jorge Benedetti Martelo, José Luis Pérez Oyuela, y los Honorables Representantes a la Cámara: Adriana Carolina Arbeláez Giraldo, Bayardo Gilberto Betancourt, Betsy Judith Pérez Arango, Gersel Luis Pérez Altamira, Hernando González, Jairo Humberto Cristo Correa, Javier Alexander Sánchez Reyes, John Edgar Pérez Rojas, Jorge Méndez Hernández, Julio César Triana Quintero, Lina María Garrido Martín, Modesto Enrique Aguilera Vides, Néstor Leonardo Rico Rico, Oscar Rodrigo Campo Hurtado, y Luz Ayda Pastrana Loaiza, todos del partido Cambio Radical, que fue asignado a la Comisión Primera Constitucional Permanente.

2.1 Consideraciones del Viceministerio de Protección Social

2. CONSIDERACIONES

En relación con las normas proyectadas, se procede a realizar el siguiente análisis, iniciando con la necesidad de modificación de la norma estatutaria y continuando con el criterio acerca de las normas que tienen carácter estatutario para desembocar en una revisión de fondo de cada uno de los textos. Ambos proyectos están dirigidos a modificar la Ley 1751 de 2015 pero, en criterio de este Viceministerio, además de que no existe una justificación suficiente para realizar tales modificaciones, buena parte de los temas que se pretenden incorporar en ambas iniciativas, sino todos, tienen un carácter ordinario. Los proyectos son utilizados como prurito para tornar en estatutarios aspectos de naturaleza ordinaria como son la existencia de Entidades Promotoras de Salud. Para efectos del presente análisis, se revisarán cada una de las propuestas aglutinando algunos puntos en común de la mismas.

2.1. La necesidad de modificar la ley estatutaria: introducción de elementos no estatutarios.

<p>Una primera reflexión tiene que ver con el propósito que se advierte en ambas iniciativas al modificar, expresamente, ciertas normas de la Ley 1751 de 2015, entre ellas los artículos 2°, definición de sistema de salud, 3°, obligaciones del Estado, 13, redes de servicios de salud, 24, deber de garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas o de baja densidad poblacional e incorporar a la ley estatutaria otros aspectos que no deberían ser parte de una ley de esa naturaleza. En este apartado se analizarán las normas que explícitamente plantean una modificación a la Ley 1751, sin que por ello se entienda que la modificación que se realiza sea estatutaria.</p> <p>Se aclara, en primer lugar, que, como indicó la Corte Constitucional, el artículo 4° no responde a una norma de carácter estatutario, corporación que manifestó lo siguiente:</p> <p><i>"Para la Sala, este mandato podía ser del resorte del legislador ordinario, pues, no establece prerrogativas básicas, ni principios que guíen el derecho, así como tampoco excepciones o limitaciones de orden general del mismo. No obstante, ello no es óbice para validar la posibilidad de su incorporación en una ley como la examinada, por su evidente conexión con el asunto tratado."</i></p> <p>De otra parte, la incorporación de los aspectos pretendidos en ambas iniciativas respecto del artículo 4°, acoge una de las fórmulas posibles del Sistema de Salud basado en gestión del riesgo financiero en salud y el riesgo financiero, es decir un sistema basado en la sinistralidad y no en la prevención. Es decir, el propósito latente en toda la iniciativa consiste en volver estatutaria una de las fórmulas posibles de organización del Sistema de salud, lo cual desborda el objetivo de una norma de esta naturaleza. Se aclara que la gestión del riesgo en salud y la gestión del riesgo financiero como garantías de la materialización del derecho, no pueden tomarse como partes de un engranaje de un sistema. En criterio de este Viceministerio, el artículo 4° de la Ley 1751 de 2015 resulta suficiente y no requiere más elementos por las siguientes razones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La Ley Estatutaria 1751 de 2015, reconoce que el derecho constitucional, fundamental y autónomo a la salud, tiene dos (2) facetas interconectadas e interdependientes, sobre las que el Estado debe generar acciones para el bienestar de la población. Por un lado, se encuentra la prestación de servicios de salud y por el otro la acción sobre los determinantes sociales. - A su vez, la modificación propuesta en el artículo 2 de los proyectos de ley en estudio, podrían desconocer la acción sobre los determinantes sociales y limitar la protección efectiva del derecho fundamental a la salud en su faceta prestacional, con lo cual podrían restringir la responsabilidad y afectar la mejoría en las condiciones de vida de las personas, lo que podría impactar negativamente en los resultados de salud para la población. - Aunado a lo anterior, en la propuesta del proyecto de ley 054 de 2024 del partido Centro Democrático se propone incluir adicionalmente en la definición a lo ya establecido en la norma vigente, la alusión a entidades públicas, privadas y mixtas. A su vez, en la propuesta del proyecto de ley 059 de 2024 del partido Cambio Radical, se propone la inclusión de la noción de instituciones públicas, privadas y mixtas. <p>Respecto a la mención de entidades públicas, privadas y mixtas, cabe anotar que ya se encuentra incluida en el artículo 13 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 que alude a las redes de servicios. Adicionalmente, en cuanto a la inclusión de la noción de instituciones públicas, privadas y mixtas, cabe anotar que dicha distinción no es necesaria, por cuanto el artículo 4° de la citada ley estatutaria, actualmente vigente, ya alude a la noción de instituciones en general, lo cual incluye a las instituciones públicas, privadas y mixtas, con base en el principio de acuerdo con el cual cuando la norma no hace la distinción, no le corresponde hacerla al intérprete, previsto jurisprudencialmente en la Sentencia C-317 de 2012.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - De otra parte, en cuanto a la gestión de riesgo en salud previsto en el proyecto de ley 054 de 2024, así como en el proyecto de ley 059 de 2024, es preciso señalar que en el SGSSS ya existe la gestión integral del riesgo en salud como un instrumento de planeación de la política pública para lograr el acceso oportuno, efectivo, equitativo, eficiente y de manera sostenible a los servicios no excluidos, la cual se encuentra fundamentada en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores para identificar, cuantificar, analizar, hacer seguimiento e intervenir (desde la prevención hasta la paliación) evitando o reduciendo los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población. - De igual manera, es preciso señalar que la nueva versión de estos artículos, también establece que el derecho fundamental a la salud debe considerar el riesgo financiero, con lo cual se realiza una clara alusión al principio de la sostenibilidad fiscal; no obstante, aunque dicha consideración prima facie pudiera parecer loable, desconoce lo señalado en el artículo 334 de la Constitución Política, artículo modificado por el Acto Legislativo 3 de 2011, el cual señala expresamente lo siguiente: <p><i>"Artículo 1°. El artículo 334 de la Constitución Política quedará así:</i></p> <p><i>La dirección general de la economía estará a cargo del Estado. Este intervendrá, por mandato de la ley, en la explotación de los recursos naturales, en el uso del suelo, en la producción, distribución, utilización y consumo de los bienes, y en los servicios públicos y privados, para racionalizar la economía con el fin de conseguir en el plano nacional y la Gestión Integral del Riesgo en Salud y territorial, en un marco de sostenibilidad fiscal, el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes, la distribución equitativa de las oportunidades y los beneficios del desarrollo y la preservación de un ambiente sano. Dicho marco de sostenibilidad fiscal deberá fungir como instrumento para alcanzar de manera progresiva los objetivos del Estado Social de Derecho. En cualquier caso el gasto público social será prioritario.</i></p> <p><i>El Estado, de manera especial, intervendrá para dar pleno empleo a los recursos humanos y asegurar, de manera progresiva, que todas las personas, en particular las de menores ingresos, tengan acceso efectivo al conjunto de los bienes y servicios básicos. También para promover la productividad y competitividad y el desarrollo armónico de las regiones.</i></p> <p><i>La sostenibilidad fiscal debe orientar a las Ramas y Órganos del Poder Público, dentro de sus competencias, en un marco de colaboración armónica.</i></p> <p><i>El Procurador General de la Nación o uno de los Ministros del Gobierno, una vez proferida la sentencia por cualquiera de las máximas corporaciones judiciales, podrán solicitar la apertura de un Incidente de Impacto Fiscal, cuyo trámite será obligatorio. Se oirán las explicaciones de los proponentes sobre las consecuencias de la sentencia en las finanzas públicas, así como el plan concreto para su cumplimiento y se decidirá si procede modular, modificar o diferir los efectos de la misma, con el objeto de evitar alteraciones serias de la sostenibilidad fiscal. En ningún caso se afectará el núcleo esencial de los derechos fundamentales.</i></p> <p><i>Parágrafo. Al interpretar el presente artículo, bajo ninguna circunstancia, autoridad alguna de naturaleza administrativa, legislativa o judicial, podrá invocar la sostenibilidad fiscal para menoscabar Los derechos fundamentales, restringir su alcance o negar su protección efectiva."</i> (Subrayado fuera del texto).</p>
<p>De lo citado anteriormente, es preciso concluir que, aunque por principio la sostenibilidad fiscal deba orientar a las Ramas y Órganos del Poder Público, dentro de sus competencias, en un marco de colaboración armónica, bajo ninguna circunstancia, autoridad alguna, incluso de naturaleza legislativa, como es el caso del Congreso de la República, podrá invocar la sostenibilidad fiscal, como sugiere el artículo 2 del proyecto acumulado, el cual modifica el artículo 4 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, para menoscabar los derechos fundamentales, restringir su alcance o negar su protección efectiva, como es el caso del derecho a la salud, el cual es un derecho constitucional, fundamental y autónomo, de conformidad con lo señalado en la citada Sentencia T-760 de 2008 y la mencionada Ley Estatutaria 1751 de 2015.</p> <p>Es decir, el criterio del riesgo financiero en el marco del principio de la sostenibilidad fiscal, al que se alude en el artículo 2 del proyecto, de ninguna manera es óbice para restringir el amparo del derecho constitucional, fundamental y autónomo a la salud, como parece sugerir el proyecto de ley acumulado.</p> <p>Para finalizar frente a este punto, es preciso señalar que en todo caso la Constitución es una norma de carácter preferente, superior a cualquier otra norma, por lo que se le conoce como la norma de normas, de acuerdo con lo señalado en el artículo 4 de la Carta Política, norma que alude a la prelación constitucional y señala expresamente lo siguiente, a saber:</p> <p><i>"Artículo 4. La Constitución es norma de normas. En todo caso de incompatibilidad entre la Constitución y la ley u otra norma jurídica, se aplicarán las disposiciones constitucionales.</i></p> <p><i>Es deber de los nacionales y de los extranjeros en Colombia acatar la Constitución y las leyes, y respetar y obedecer a las autoridades."</i> (Subrayado fuera del texto).</p> <p>Una reflexión similar se debe realizar frente al propósito de incluir nuevas obligaciones del Estado que para este Ministerio contiene con suficiencia sus obligaciones y no requiere de nuevas inclusiones. En relación con el literal k) que se propone en ambos proyectos, acerca de la garantía de la libre elección, se debe indicar que el artículo 6°, inciso segundo literal h), de la Ley 1751 de 2015 ya dispone que "las personas tienen las personas tienen la libertad de elegir sus entidades de salud dentro de la oferta disponible según las normas de habilitación". Ahora bien, en esta norma también se pretende dar un nivel estatutario a las Entidades Promotoras de Salud o entidades encargadas del aseguramiento y de la Gestión Integral del Riesgo. Adicionalmente, la visión que se ha impulsado desde estas iniciativas es que la libre elección es un elemento que se logra a través de las EPS, cuando en realidad estas se encargan de contratar una inestable red de prestadores; es decir, que se pueda escoger una entidad de esa naturaleza no garantiza, a través de una elección de la persona, un goce efectivo del derecho fundamental a la salud; por el contrario, debe someterse a la contratación que las aseguradoras realicen sin poder elegir los prestadores, un aspecto que incluso se planteaba en la propia Ley 100 de 1993, pero dentro de la limitada oferta que le generaba la EPS a la cual se afilia, v.g., sin una visión de integralidad (art. 159, numeral 4°).</p> <p>Adicionalmente, el literal l) de ambas propuestas señala como obligación el ajuste de la UPC respecto de lo cual se considera que no responde a la naturaleza de una norma estatutaria, sin perjuicio de las consideraciones que se realizarán sobre el particular en los comentarios específicos al articulado. En todo caso, el énfasis en el ajuste de la UPC a las entidades de aseguramiento (de nuevo, para incluiras a un nivel estatutario) desarrolla una visión de la salud netamente curativa, dejando de lado elementos que forman parte esencial de la garantía del derecho fundamental, asociados a la prevención.</p> <p>Por su parte, el literal m) del proyecto de ley 054 y el literal n) del proyecto 059 se refieren a la garantía en la salud de los habitantes de zonas marginadas o de baja densidad poblacional.</p>	<p>Se trata de una norma que no profundiza ni trasciende en esa problemática y solo tiene una dimensión simbólica o de buena voluntad, pero no plantea unos mecanismos reales para materializar ese propósito, un tema que no trasciende tampoco con la iniciativa de modificar el artículo 24 de la Ley 1751, precisamente por las limitaciones intrínsecas y estructurales que tiene el SGSSS. En todo caso, una disposición similar ya está recogida en el artículo 65 de la Ley 1753 de 2015, por lo que su inclusión no tiene un valor agregado.</p> <p>En relación con el artículo 5°, el proyecto de ley 059 propone dos obligaciones más, a saber, garantizar el pago oportuno, a las aseguradoras y prestadores y la garantía de la atención primaria. Respecto de estas disposiciones, se considera que tampoco tienen un carácter de nivel estatutario, pero además ratifican el cuestionamiento sobre el camino que estas iniciativas pretenden construir en el sentido en que el derecho fundamental a la salud sea necesariamente encajonado en el modelo previsto en la Ley 100 de 1993, como un propósito evidente de estas iniciativas para que ese sea el único sistema posible y la única comprensión de la organización del sistema de salud, una visión propia de las tesis neoliberales del pensamiento uniforme y el fin de la historia que emergieron en la década del noventa.</p> <p>En cuanto al literal n), la actual Ley Estatutaria 1751 de 2015, ya prevé en el literal c) de los principios del artículo 60., el principio a la equidad que fija una obligación similar a cargo del Estado y señala lo siguiente: "c) Equidad. El Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección"; De igual manera, el inciso primero del artículo 90, ibidem, que alude a los determinantes sociales de salud, ya señala que es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Para los fines pertinentes, dichas políticas deben estar orientadas, principalmente, al logro de la equidad en salud, razón por la que no se considera insistir en un principio que ya ha sido consagrado de sobra en la actual Ley Estatutaria de Salud.</p> <p>Finalmente, respecto al literal o), que realmente debería ser el literal ñ), cabe anotar que también podría parecer innecesario, bajo el entendido que la obligación en cabeza del Estado de garantizar la Atención Primaria en Salud, como un mecanismo para fortalecer el SGSSS, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud, ya viene consagrado a lo largo de la Ley 1438 de 2011: "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones", lo cual se evidencia de lo señalado en sus artículos 10., sobre objeto de la ley, 20. Orientación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, 50. Competencias de los distintos niveles de la Administración Pública, que adiciona numerales a los artículos 42, 43 y 44 de la Ley 715 de 2001. y 6°. Plan Decenal para la Salud Pública, entre muchos otros artículos.</p> <p>De igual manera, frente a este literal, es preciso señalar que este pretende interpretar la atención primaria en salud como un asunto de acceso a los servicios de salud y no como la forma para tener el mejor estado de salud posible, lo que incluye la acción sobre los determinantes y los servicios de salud. De hecho, así está definido tanto en la Ley 1438 de 2011, como en las recomendaciones internacionales. En consecuencia, podría considerarse incluso que el referido literal podría ser regresivo.</p> <p>Los artículos 4° del proyecto de ley 054 y 11 del proyecto de 059 plantean una modificación al artículo 13 de la Ley 1751 de 2015, que en esencia radica la organización y coordinación de las redes integrales e integradas en las entidades aseguradoras. Estas normas son contrarias a lo previsto en los artículos 48 y 49 de Constitución Política y sus modificaciones, así como a lo indicado en el artículo 2° de la Ley 1751 de 2015. Particularmente, esta última norma dispone lo siguiente:</p>

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. (Se subraya)

De esta manera, si la organización de las redes, -una función tan relevante y sustancial dentro del Estado social de derecho-, se traslada a las entidades aseguradoras se estaría delegando una actividad netamente estatal. Este aspecto fue claro en la Ley 1438 de 2011 que, en su artículo 64 establece la conformación de redes integradas de servicios de salud bajo el liderazgo de las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal, los criterios determinantes para su conformación y la articulación de la red a cargo de aquellas en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud, razón por la cual no se considera pertinente lo dispuesto en este artículo, ya que pudiera resultar contrario al ordenamiento en términos de la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado. Ahora bien, este artículo, además, contiene una flagrante inconstitucionalidad pues alude a la prestación de servicios y tecnologías "no excluidos del Plan de Beneficios", aspecto que la Corte Constitucional se encargó de aclarar en la sentencia C-313 de 2014 en los siguientes términos:

Para la Sala, la configuración por el legislador ordinario de un mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente para el logro progresivo de beneficios no resulta inconstitucional, lo que resulta inconstitucional es que el proyecto estime que se deben definir las prestaciones de salud cubiertas por el sistema, cuando, en el mismo artículo 15 se ha establecido un régimen taxativo de exclusiones. Por ello, en aras del goce efectivo del derecho y, atendiendo que salvo lo excluido, lo demás está cubierto, se impone, excluir del ordenamiento jurídico la expresión "para definir las prestaciones de salud cubiertas por el sistema". Con ello, se preserva un mecanismo ajustado a la constitución y se retira del proyecto un telos que no se corresponde con lo dispuesto en los artículos 2° y 49 de la Carta.

Es claro, entonces, que la norma proyectada contiene dos imprecisiones básicas que la tornan no solo en inconveniente sino claramente inconstitucional.

Finalmente, y dentro de las normas propias de la Ley 1751, el proyecto 054 se detiene en una modificación al artículo 24 de la Ley 1751, a través del cual se pretende garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas o dispersas. Además de lo ya indicado en torno a esas zonas, es importante insistir que la solución planteada pasa por hacer énfasis en un modelo que no ha producido resultados y lo que es más preocupante, se impulsa la paraestatalidad al apelar a fórmulas de gestión como las alianzas público-privadas. Se evidencia, adicionalmente, que será muy difícil lograr establecer incentivos al talento humano en salud para que presten sus servicios en esos territorios si, en realidad, el SGSSS dirige sus esfuerzos financieros y de personal de salud hacia la mercantilización del derecho que consiste en el incentivo principal del SGSSS. La pretensión de incentivar esa presencia es solo una buena intención que no tendrá una manera real de materializarse. Como se ha insistido varias veces en los comentarios, en el proyecto de ley 059 se propone introducir al artículo 24 de la

Ley 1751 la referencia explícita a las Entidades Promotoras de Salud, con el objetivo de tornar en estatutaria una figura que no lo es. Por lo demás, la iniciativa de Cambio radical no tiene un valor agregado frente a lo previsto en el artículo 65 de la Ley 1753 de 2015.

2.2. Las normas adicionales sin alusión a la ley estatutaria

Al analizar las normas de ambos proyectos, se observa que buena parte de ellas no tienen un carácter estatutario no solo porque no se refieren a una modificación explícita de dicha norma, sino que siéndolo incorporan elementos que, en palabras de la Corte Constitucional, al realizar la revisión oficiosa de la que se convertiría en la Ley 1751 de 2015 (C-313 de 2014), "no establecen prerrogativas básicas, excepciones o limitaciones al derecho".

Además de las observaciones realizadas frente a las normas modificatorias de la Ley 1751 que, en realidad, resultan ser ordinarias por las razones ya expresadas, existen otras complementarias en ambas iniciativas que ostensiblemente no tienen carácter estatutario, a saber, los artículos 6° a 8° del proyecto 054 y 5°, 6°, 8°, 9°, 10° y 12 a 22 del proyecto 059. Se observa que las iniciativas no han aludido bien el concepto de ley estatutaria, sino que lo utilizan estratégicamente con el propósito velado de atacar el proyecto gubernamental.

En este sentido, se estima importante especificar un aspecto que aún sigue siendo objeto de debate, a saber, el carácter estatutario del proyecto de ley que ha radicado el Gobierno Nacional. En efecto, con la presentación el 12 de febrero de 2023 del proyecto ley 339 de 2023 (C) "por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", se generaron una serie de controversias en torno a la propuesta, entre ellas, el carácter de esta ley. Estas reacciones se han presentado con el proyecto de ley 312 de 2024, "por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones".

Varios argumentos permiten disuadir del equívoco y alertar sobre esta clase de argumentaciones acomodaticias cuyo único propósito consiste en evitar un cambio que sea consecuente, eso sí, con la Ley 1751 de 2015. Así mismo, a través de los mismos se logra persuadir que el contenido de los proyectos que se analizan no tiene un carácter estatutario.

2.1.1. En primer lugar, el proyecto 054 es explícito, a diferencia del proyecto 059, en señalar que pretende fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, es decir, adoptar una regulación de tipo ordinario. Pero la situación del proyecto 059 tampoco es diferente. A pesar de que afirma que va a realizar modificaciones a la Ley 1751, su real propósito es, también modificar el SGSSS, con lo cual se corrobora la tesis que se ha planteado hasta el momento.

En realidad, el contenido de ambas iniciativas no está regulando el núcleo esencial del derecho sino enfatizando en la forma de organización de la salud que emergió con la Ley 100 de 1993, con los ajustes que se han venido realizando a partir de la Ley 1122 de 2007. Ambas, se mantienen esencialmente en el nivel ordinario.

2.2.2. Para corroborar ese argumento, es importante recordar que la iniciativa 059 retoma, en buena medida, el proyecto de ley 10 de 2020, por medio del cual se dictan disposiciones orientadas a garantizar el Derecho fundamental a la salud dentro del Sistema General de Seguridad Social, de conformidad con la Ley 1751 de 2015, y la sostenibilidad del Sistema, una norma que fue prevista como ordinaria y, en un inicio, estructurada de la siguiente manera:

- Generalidades: objeto, ámbito de aplicación, funciones esenciales del Sistema de Salud, territorialización del Sistema, garantía del derecho fundamental, integrante del sistema de salud.
- Salud Pública: Función esencial de Salud Pública, Plan Nacional de Salud Pública, Plan Básico de Promoción y Prevención y Gestión de riesgos colectivos,

Planes Territoriales de Salud.

- Gestión Integral del riesgo en salud: Función de gestión del riesgo en salud, 2. Implementación de la gestión integral del riesgo en salud, Agrupador Único Nacional, Pago de las intervenciones del nivel primario.
- Aseguramiento: Función esencial del aseguramiento, Aseguradoras en Salud, Depuración del aseguramiento, Régimen único de salud, Unificación del Plan de Beneficios de Salud, Unidad de Pago por Capitalización, Contribución solidaria, Territorialización del aseguramiento.
- Modelo de atención: Modelo de Atención, Prestación de Servicios en las Áreas Territoriales de Salud, Aseguramiento y prestación del servicio de salud en zonas de alta dispersión geográfica.
- Prestación de servicios de salud. Función esencial de prestación de servicios de salud, Integrantes de las Redes Integrales de Servicios, Prestador Primario, Prestadores Complementarios, Centros de Excelencia, Atención Integral en Red.
- Hospital público: Empresas Sociales del Estado, Requisitos mínimos para las Empresas Sociales del Estado, Requisitos generales del funcionamiento de las ESE en Redes Integrales de Atención, Política Nacional de Alianzas Público Privadas en Salud, Transformación del Instituto Nacional de Cancerología -INC.
- Transaccionalidad y mecanismos de pago: Contratación entre agentes del Sistema, Contratación de las entidades territoriales del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC, Contratación con la red pública, Repositorio de información de acuerdo de voluntades entre agentes.
- Talento Humano en salud: Sistema de información de disponibilidad del Talento Humano en Salud, Programa Nacional para el Ingreso a especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina, Oferta de programas de especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina, Denominaciones de especialidades médicas, Currículo Único de Medicina Familiar, Programa de Formación continua en competencias en medicina general.
- Dignificación laboral del talento humano en salud: Principios para la dignificación del talento humano en salud, Prohibición de tercerización laboral para el Talento Humano en Salud, Facultades Extraordinarias.
- Financiación y sostenibilidad: Plan de estabilización y fortalecimiento del aseguramiento en salud, Programa de saneamiento financiero del SGSSS, Giro directo de la UPC, Creación y objeto del Fondo de Garantías del Sector Salud, Órganos de Dirección y Administración, Funciones del Fondo de Garantías del Sector Salud, Fuentes de recursos del fondo de garantías del sector salud, Fraude en la afiliación, Tasa por las funciones de inspección, vigilancia y control a nivel sanitario.

Al revisar el texto presentado en su momento y el que ahora se analiza, existen una gran cantidad de afinidades que hacen pensar que el argumento de lo estatutario obedece a una posición de oportunidad, pero no a una convicción y conocimiento en torno al carácter y naturaleza de esta clase de regulaciones, que cambió en dos años sin ninguna razón jurídica de peso.

En concreto, los artículos 4°, territorialización (arts. 4 y 23 del proyecto de ley 010), 6°, gestión del riesgo en salud (art. 11), 8° ajuste a la UPC (art. 20), 10°, modelo de atención (art. 24 ib.), 12 prestador primario, (art. 30), 13 prestador complementario (art. 31 ib.),

- 14, centros de excelencia (art. 32 ib.), 15, nombramiento de gerentes (art. 30), 16, prohibición de tercerización (art. 50 ib.), 17, sistema de información (art. 43 ib.), 18, programa de especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas (art. 45 ib.) 19, creación del Fondo de Garantías en Salud (art. 55), 20, regulación de conglomerados empresariales (art. 63) del proyecto de ley 059 son retomados, casi que textualmente, de dicha propuesta.

2.2.3. Ahora bien, ya entrando a revisar lo indicado por la Corte Constitucional en cuanto a las normas estatutarias, de acuerdo con el artículo 152 de la Constitución Política (adicionado por el Acto Legislativo 2 de 2004), aquellas leyes que tengan que ver con la regulación de los "derechos y deberes fundamentales de las personas y los procedimientos y recursos necesarios para su protección" (se resalta), entre otros eventos, deben tener ese carácter. Esta clase de normas tienen un trámite especial, una mayoría absoluta y una revisión previa de la Corte Constitucional (art. 153 ib.).

Con el fin de que no se llegue al extremo de que lo estatutario termine en el marasmo de leyes ordinarias, la Corte Constitucional ha señalado que aquellos casos en los que se restringen o limitan derechos se está en presencia de una norma de carácter estatutario. Ha excepcionado, sin embargo, a los tratados internacionales, cuyo trámite es especial. En cuanto a lo primero ha indicado, al referirse a la regulación del habeas corpus, lo siguiente:

En síntesis: la jurisprudencia de esta Corte ha sido enfática al señalar que las disposiciones que deben ser objeto de regulación por medio de ley estatutaria, concretamente, en lo que respecta a los derechos fundamentales y los recursos o procedimientos para su protección son aquellas que de alguna manera tocan su núcleo esencial o mediante las cuales se regula en forma "Integra, estructural o completa" el derecho correspondiente.

Decantado el tema en materia de la regulación de derechos fundamentales ha precisado:

De acuerdo con esa jurisprudencia y con los precedentes constitucionales anteriores a ésta, puede concluirse que tal situación ocurre cuando (i) el asunto trata de un derecho fundamental y no de un derecho constitucional de otra naturaleza, (ii) cuando por medio de la norma está regulándose y complementándose un derecho fundamental, (iii) cuando dicha regulación toca los elementos conceptuales y estructurales mínimos de los derechos fundamentales, y (iv) cuando la normatividad tiene una pretensión de regular integralmente el derecho fundamental.

En este orden de ideas, puede observarse entonces que la existencia de las leyes estatutarias tiene una función doble, identificada especialmente por medio de los criterios (ii) y (iii). Por un lado, la de permitir que el legislador integre, perfeccione, regule y complemente normas sobre derechos fundamentales, que apunten a su adecuado goce y disfrute. Y por otro, la de establecer una garantía constitucional a favor de los ciudadanos frente a los eventuales límites que, exclusivamente en virtud del principio de proporcionalidad, pueda establecer el legislador.

En materia de salud, en tanto derecho fundamental, en donde las discusiones en materia de expedición de una norma estatutaria se han producido, la Alta Corporación ha señalado:

- i. La reserva de ley estatutaria debe entenderse de manera restrictiva. Las materias allí contenidas no deben ser reguladas en su totalidad a través de esa figura pues,

<p>de lo contrario, se vaciaría la competencia del legislador ordinario. Esto es claro en el caso de la regulación de derechos fundamentales.</p> <p>ii. En el caso de la regulación de los derechos fundamentales, en particular porque coexiste la ley estatutaria con la ley ordinaria, se ha indicado lo estatutario regula "solamente los elementos estructurales esenciales de los derechos fundamentales, y por lo tanto no tienen por objeto regular en detalle cada variante de manifestación de los mencionados derechos o todos aquellos aspectos que tengan que ver con su ejercicio" (se resalta).</p> <p>iii. Lo estructurante sería el núcleo esencial que se ha traducido en "lo que signifique consagración de límites, restricciones, excepciones y prohibiciones, en cuya virtud se afecte el núcleo esencial de los mismos".</p> <p>iv. No obstante, debe comprender también la regulación de los aspectos principales e importantes al derecho que se regula.</p> <p>v. Ha señalado ulteriormente:</p> <p>3.7. En suma, la Constitución Política dispone las materias que deben tramitarse a través de una ley estatutaria, sin embargo, dada la amplitud de su contenido se ha determinado la necesidad de realizar una interpretación restrictiva de las mismas, para no vaciar las competencias del legislador ordinario. En ese sentido, en relación con los derechos fundamentales, solo serán objeto del trámite de ley cuando (i) se actualiza o se configuran elementos estructurales de un derecho fundamental; (ii) se regulan o precisan aspectos intrínsecos a los elementos que hacen parte de su ámbito constitucionalmente protegido y que tienen que ver con su ejercicio. Y la definición sobre el núcleo esencial se ha entendido como el desarrollo en el mismo cuerpo normativo, de los elementos estructurales del derecho fundamental, sus prerrogativas, deberes, principios y limitaciones, como se explicó en forma sucinta.</p> <p>Estos criterios han sido reiterados en la sentencia C-212 de 2022 al analizar la regulación del trabajo en casa a través de la Ley 2088 de 2021 que, no obstante referirse a un derecho fundamental como lo es el trabajo, no debe ser regulado de manera, tal y como se advierte de lo siguiente:</p> <p>86. Con base en los distintos elementos de juicio planteados en esta sentencia, y luego de distinguir entre la figura del trabajo en casa respecto del teletrabajo y del trabajo remoto, la Sala Plena de esta corporación concluyó que la Ley 2088 de 2021 no incurrió en un desconocimiento de la reserva de ley estatutaria, en tanto que dicha categoría especial de ley no es predicable de la normativa cuestionada, pues no se está en presencia de una regulación (i) integral, estructural y completa del derecho al trabajo; (ii) no se impacta en su núcleo esencial; (iii) ni se refiere a los elementos estructurales que conduzcan a una afectación de este derecho.</p> <p>187. En efecto, su alcance y ámbito regulatorio se circunscribe a disponer de una habilitación permanente por parte del Legislador, para que, con ocasión de la existencia de circunstancias ocasionales, excepcionales y especiales que impidan realizar las funciones en el lugar de trabajo, ya sea respecto de empleados del sector público o privado, se proceda a ejecutar la labor desde la casa o domicilio de estos últimos, bien sea que dicha forma de prestación haya sido pactada por</p>	<p>mutuo acuerdo o se derive de la atribución de subordinación del empleador, sin que conlleve la variación de las condiciones laborales establecidas o pactadas al inicio de la relación y sin modificar la naturaleza del contrato o el vínculo legal o reglamentario respectivo.</p> <p>Ha indicado, además, que los casos de leyes estatutarias son taxativos y, por ende, ni el intérprete ni el legislador pueden ampliar tales casos ni convertir cualquier regulación de derechos fundamentales en materia de ley estatutaria a salvo en materia electoral en donde, a criterio del Alto Tribunal, la regulación estatutaria debe ser exhaustiva quedando para el legislador ordinario la expedición de normas exclusivamente operativas.</p> <p>No sobra aludir a lo indicado en la propia sentencia C-313 de 2014 pues en ella se estableció un criterio en torno al carácter estatutario de las normas contenidas en la Ley 1751 de 2015. Como ya se indicó, respecto de los artículos 4°, 7°, 18, 21 y 25 de la misma consideró que tales normas no son estatutarias ya que no establecen "prerrogativas básicas, ni principios que quien el derecho, así como tampoco excepciones o limitaciones de orden general del mismo" o "[e]sta disposición se puede expedir por vía de la legislación ordinaria dado que no comporta la definición del derecho, ni limitaciones o restricciones del mismo, esto es, asuntos que la jurisprudencia haya estimado como propios del legislador estatutaria", o bien, "De manera previa a la exposición de las consideraciones respecto de la constitucionalidad de esta disposición, cabe manifestar que la misma no es propia de aquellos que deben incluirse en una ley estatutaria sino en una ordinaria, toda vez que no compromete el núcleo esencial del derecho fundamental en este caso regulado, no concede prerrogativas ni tampoco establece limitaciones en cuanto a este derecho" o también, "El enunciado legal en consideración es de la órbita del legislador ordinario, pues, no se trata de una disposición que comprometa la estructura del derecho, ni establezca límites o restricciones, o fije prerrogativas respecto del mismo".</p> <p>De esta manera, es preciso señalar que el contenido de los proyectos que se analiza no afecta la estructura básica del derecho, contenida en la Ley 1751 de 2015, no lo define ni allindera, ni establece principios o excepción que afectan su contenido esencial.</p> <p>Con base en lo anterior, es trascendental reafirmar que el esquema operativo e institucional que se ha organizado con el fin de garantizar el derecho no tiene el carácter estatutario, v.g., es un error de fundamentación plantear, por ejemplo, que las Entidades Promotoras de Salud son de la esencia del derecho fundamental. Ese sofisma ya había sido evidenciado desde la sentencia T-760 de 2008 al indicar:</p> <p>4.1.1. La primera condición para poder garantizar el derecho de toda persona al acceso a los servicios de salud en los términos constitucionales (art. 49, CP) es, precisamente, que existan un conjunto de personas e instituciones que presten tales servicios. Este Sistema puede ser del tipo que democráticamente decida el legislador, siempre y cuando tenga como prioridad, garantizar en condiciones de universalidad el goce efectivo del derecho a la salud dentro de los parámetros constitucionales.</p> <p>Estas reflexiones conducen a una de mayor calado y es aquella que plantea una divergencia o discrepancia entre la ley estatutaria y la Ley 100 y sus reformas (Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011). Lo que no han advertido quienes formulan la tesis de que toda la regulación en salud es estatutaria con el fin de afectar el proyecto de ley gubernamental, es que el cambio de paradigma, -utilizando los términos del profesor Tomas Kuhn-, en salud se presentó con antelación; no obstante, fue poca la respuesta que generó (una ley más). En realidad, esta discusión debió realizarse en 2015 y aun antes, cuando se reconoció como fundamental el derecho a la salud y se formalizó en la Ley 1751 de 2015. Allí ocurrió esa modificación que, no obstante, no ha sido abordada</p>
<p>legislativamente. Quedó el rezago de la Ley 100 de 1993 y sus reformas (que siguió titilando en el ambiente como normas bases del sistema, pero ajenas o aisladas de la ley estatutaria). Y ello fue así porque, entre otras razones, si bien la Corte Constitucional abrió la Caja de Pandora con la sentencia T-760 de 2008, no declaró el estado de cosas inconstitucional y afirmó que el modelo estructurado en 1993 era susceptible de mejoras (múltiples, 14 órdenes estructurales) en pos de la garantía de acceso. Esta decisión estratégica evitó la inconstitucionalidad de la Ley 100 por las múltiples inequidades que genera y la cantidad de tutelas que producía su esquema. Tuvo el efecto de dar un respiro y un plazo a ese modelo.</p> <p>No obstante, la llegada de la Ley 1751 de 2015, al tomar como fundamento la Observación General 14 de 2000 del CDESC, lo dejó en vilo para acometer la exigencia que dicha norma estatutaria impone y el tema adquiere relevancia cuando las órdenes dadas por la Corte Constitucional en la aludida sentencia, quince años después, se mantienen en una proporción importante incumplidas. Por ello en este punto de la evolución del sistema de salud, la pregunta obligada es si, con el fin de cumplir la Ley 1751, es posible continuar realizando ajustes a la Ley 100 de 1993, o si se requiere un nuevo enfoque. Ello es relevante porque la última de estas leyes giró alrededor del concepto de la salud como mercancía y a partir de allí construyó unos actores y un manejo de los recursos que, con ciertos ajustes y alcances, sigue rigiendo y está en su naturaleza, aprovechando, además, que la salud no había sido reconocida como un derecho fundamental; se trataba de un servicio público, netamente prestacional y que no acometía decididamente el enfoque de salud pública. En este escenario, la réplica a las funciones de inspección, vigilancia y control, que no ha desempeñado ese papel corrector pueden ser válidas, pero no lograrían acometer el problema estructural de forma tal que como lo dijera Cervantes "no es posible contravenir el orden de la naturaleza que en ella, cada cosa engendra su semejante".</p> <p>Es decir, en este momento normativo, tanto los enigmas como el nuevo paradigma ya estaban formulados y coloquialmente, los enigmas continúan, pero no en el nivel estatutario sino en el ordinario. Lo que está en juego hoy en el sistema de salud es el cumplimiento de la Ley 1751 (y de paso la sentencia T-760) pues quienes insisten en que el proyecto tiene el carácter de norma estatutaria pasaron desapercibido la profundidad de las normas contenidas en ella desde 2015; por ello se sorprenden con las modificaciones propuesta en la iniciativa gubernamental. Pero es claro que, como lo plantea dicha norma, el pluralismo estructurado no es un elemento estructural de la salud, ni ningún otro modelo; tampoco las EPS son de la esencia del mismo, como ya se indicó.</p> <p>Un aspecto crucial que ha pasado desapercibido es que el artículo 2° de la Ley 1751 establece lo siguiente:</p> <p>"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.</p> <p>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." (Se resalta)</p>	<p>Para citar otro de sus aspectos vitales que permite llegar a esa conclusión, la Ley 1751 considera como dos de los elementos esenciales e interrelacionados del derecho el siguiente los siguientes (art. 6°):</p> <p>a) Disponibilidad. El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente; [...]</p> <p>c) Accesibilidad. Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información.</p> <p>Si se revisa el modelo previsto en la Ley 100 y sus reformas, subsiste la discriminación y las barreras, principalmente en zonas dispersas (casi la mitad del territorio colombiano), pero no solo en ellas. La respuesta ha sido garantizar una afiliación a una EPS (aseguramiento universal) pero el carnet es apenas un paso muy lejano para hacer valer ese atributo y, sin duda, totalmente insuficiente, en donde no existen redes de prestadores ni talento humano en salud. Mucho más se puede decir si, además, no se advierte un enfoque decididamente preventivo de la enfermedad en el modelo y un trabajo a fondo respecto a los determinantes en salud, tema que es explícito en la Ley 1751.</p> <p>Planteados de otra forma, exigen que una norma estatutaria sea regulada por otra del mismo talento, en una sucesión interminable que dilate ese cumplimiento y la "ejecutabilidad", vale decir, la distancia que existe entre la proposición normativa, su aplicación y su ejecución. Ese parece ser el principal problema de esa posición y, en general, de la forma de materializar el Estado social de derecho, pospuesto desde 1991. Esto con el peligro de tergiversar la ley estatutaria y darle un toque más restrictivo y regresivo como sería el caso en el proyecto que se estudia.</p> <p>Luego de estas consideraciones se procede a revisar las normas que impactan el quehacer de este Viceministerio, iniciando por la revisión del proyecto 054 y cuando corresponda su alusión al proyecto 059 que, por su extensión y propósito tendrá un capítulo aparte.</p> <p>2.2 Consideraciones específicas</p> <p>De conformidad con lo anterior, se presentan a continuación las consideraciones específicas a cada uno de los Proyectos de Ley acumulados, junto con un cuadro que contiene los artículos de los textos propuestos para primer debate y las observaciones frente a cada uno de los artículos redactados desde un punto de vista jurídico.</p> <p>Al respecto de cada uno de los proyectos de ley acumulados, el Viceministerio de Protección Social señaló:</p> <p>Comentarios específicos adicionales al proyecto 054 que impactan en el proyecto 059.</p> <p>2.3.1. La pretensión que se indica en ambas iniciativas es fortalecer el SGSSS. Además de que ello no corresponde a una norma estatutaria, debe indicarse, en primer lugar y como ya quedó señalado en las reflexiones anteriores, que el esfuerzo por realizar ajustes al SGSSS resulta estéril pues el funcionamiento del sistema debe estar en consonancia con la Ley 1751, lo cual dista de ser una realidad por el enfoque racionalizador y excluyente intrínseco a la Ley 100 y sus reformas y a los integrantes y agentes que participan en ella y a las restantes normas que le han hecho ajustes y enmiendas.</p>

<p>Téngase en cuenta que la expedición de dicha norma se produjo cuando la salud no era considerada como un derecho fundamental; por ello está concebida sobre un sustrato y una valoración propia de una mercancía, elemento que es diametralmente opuesto a la fundamentación. De esta manera, y en relación con el artículo 1° del proyecto, se observa que se trata de proclamas de imposible materialización mientras el funcionamiento no responda genuinamente a ese carácter. Una prueba de ello es el incumplimiento de las órdenes emanadas de la sentencia T-760 de 2008 luego de dieciséis años de su expedición.</p> <p>Se añade que en la propuesta del proyecto de ley 054 de 2024 del partido Centro Democrático, se propone que se garantice la progresividad del derecho fundamental a la salud, lo cual no es necesario por cuanto dicho principio ya se encuentra expresamente previsto en el literal g) del artículo 6° de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.</p> <p>Por su parte, en la versión del proyecto de ley 059 de 2024 del partido Cambio Radical, se alude a la sostenibilidad del sistema, lo cual no es procedente por cuanto dicho principio también se encuentra expresamente previsto en el literal i) del artículo 6° de la citada ley estatutaria.</p> <p>En todo caso y frente a este último punto en específico, es preciso señalar que de acuerdo con lo establecido en el párrafo del artículo 334 de la Constitución Política, modificado por el Acto Legislativo 3 de 2011:</p> <p><i>"(...) bajo ninguna circunstancia, autoridad alguna de naturaleza administrativa, legislativa o judicial, podrá invocar la sostenibilidad fiscal para menoscabar los derechos fundamentales, restringir su alcance o negar su protección efectiva"</i> (subrayado fuera del texto).</p> <p>En consecuencia, no es posible incluir una norma en ese sentido por cuanto no debe olvidarse que de acuerdo con lo señalado en la Sentencia T-760 de 2008, en concordancia con la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el derecho a la salud es un derecho constitucional, fundamental y autónomo, razón por la que el argumento invocado de la sostenibilidad fiscal es improcedente para restringir su alcance o negar su protección efectiva de acuerdo con la norma constitucional citada, la cual en todo caso es incluso una norma superior a la referida ley estatutaria de acuerdo con lo establecido en el artículo 4° de la Carta Política, norma que señala expresamente:</p> <p><i>"La Constitución es norma de normas. En todo caso de incompatibilidad entre la Constitución y la ley u otra norma jurídica, se aplicarán las disposiciones constitucionales (...)"</i> (subrayado fuera del texto).</p> <p>2.3.2. En relación con el artículo 2°, además de lo ya indicado, en torno al carácter ordinario de esa norma y de todo el proyecto de ley propuesto, la modificación desconoce la acción sobre los determinantes sociales y limita la protección efectiva del derecho fundamental a la salud en su faceta prestacional, con lo cual restringe la responsabilidad y afecta la mejoría en las condiciones de vida de las personas, lo que impacta negativamente en los resultados de salud para la población. Así mismo, y si se entiende esta norma como estatutaria, se pretende volver con ese rango un determinado modelo de organización de la salud al elevar a ese nivel el SGSSS.</p> <p>2.3.3. Sobre la actualización del valor de la UPC, que tampoco es una norma estatutaria, prevista en el artículo 6°, debe indicarse que no es necesario ordenar por medio de una ley el incremento automático de la UPC a la inflación causada cuando no se define por el organismo rector (competente) porque ya está la disposición contenida en la Ley 1122 de 2007, artículo 7°, numeral 3, que debe entenderse como función atribuida a la Comisión de Regulación en Salud –CRES–, conforme lo dispone el párrafo del artículo 26 del Decreto 2560 de 2012 (que trasladó las funciones de la CRES al Ministerio de</p>	<p>Salud y Protección Social) en consonancia con el numeral 34 del artículo 2° del Decreto 4107 de 2011 "Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social", adicionado por el artículo 2° del Decreto 2562 de 2012.</p> <p>Además, no es posible cumplir mandatos relativos a la UPC para el año 2024, cuando apenas se encuentra en trámite el proyecto de ley, en cuanto a que la UPC deba financiar, debe decirse en primer lugar, que este valor per cápita es una expresión y no una fuente de financiación y adicionalmente, que o que indica que debe ser financiado, ya está previsto dentro de los mecanismos de protección y garantía del derecho fundamental a la salud actuales. Finalmente, desconoce por completo el régimen presupuestal ya que tampoco asigna fuentes y pretende un alcance ilimitado por esta vía.</p> <p>2.3.4. Acerca del artículo 7° del proyecto sobre giro directo, esta regulación ya está prevista en el artículo 150 de la Ley 2294 de 2023, por medio del cual se adopta en Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 y ha sido desarrollado mediante el Decreto 489 de 2024, por lo cual, la misma no tiene ningún valor agregado.</p> <p>2.3.5. El colofón del proyecto 054 (artículo 8°) alude a salarios del personal de salud. Se considera que esta norma resulta discriminatoria y excluyente pues, a pesar de su título, en su enunciado solo hace referencia al personal médico en salud, dejando de lado a las demás profesiones de la salud, en contraposición con lo previsto en el artículo 18 de la Ley 1751 de 2015.</p> <p>Dicha norma establece lo siguiente:</p> <p>"ARTÍCULO 18. RESPETO A LA DIGNIDAD DE LOS PROFESIONALES Y TRABAJADORES DE LA SALUD. Los trabajadores, y en general el talento humano en salud, estarán amparados por condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos, de acuerdo con las necesidades institucionales." (Subrayado fuera del texto).</p> <p>2.4. Comentarios específicos adicionales al Proyecto de ley 059.</p> <p>Además de los comentarios conjuntos, el proyecto 059 aborda más aspectos en la regulación, en torno a los cuales se efectúan las siguientes observaciones, organizadas en capítulos de acuerdo con la estructura que adopta la iniciativa.</p> <p>2.4.1. Capítulo I. Disposiciones generales</p> <p>i. Respeto de la definición de atención primaria en salud (art. 3°, literal o), la propuesta de artículo formulada en el proyecto ley, deroga la definición dada por el artículo 12 de la Ley 1438 de 2011 que alude a la atención primaria en salud, el cual señala en su primer inciso:</p> <p>"Artículo 12. De la atención primaria en salud. Adóptese la estrategia de Atención Primaria en Salud que estará constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana. (...)"</p> <p>En el artículo 3° propuesto, el proyecto nuevamente restringe la atención primaria en salud frente a la faceta prestacional, dado que reitera en la eliminación de la acción inter y transectorial para la acción sobre los determinantes sociales y</p>
<p>desconoce el papel preponderante de la participación ciudadana en la implementación de la estrategia.</p> <p>ii. Si bien lo que se plantea en materia de división territorial (art. 4°) resulta importante, es claro que ello no tendrá un efecto significativo si no se modifican las bases operativas del Sistema de Salud, su organización y prioridades. Es claro que las posibilidades estratégicas que origina la territorialización para la garantía del derecho fundamental a la salud son directamente proporcionales a los instrumentos reales que permitan su goce efectivo.</p> <p>Ahora bien, la territorialización de la operación del aseguramiento, actualmente encuentra soporte en la Leyes 1551 de 2012, 1617 de 2013, 1625 de 2013, 1962 de 2019, 2200 de 2022. En la Ley 1962 se establece la obligación del Estado de definir para la planificación y gestión de las políticas, el desarrollo de sus funciones utilizando la figura de las Regiones para planificar, organizar, y ejecutar sus actividades en el proceso de construcción colectiva del país, promoviendo la igualdad y el cierre de brechas entre los territorios.</p> <p>En atención a las mencionadas disposiciones, y especialmente una organización en salud que consulte las necesidades de la población y sus especificidades territoriales sobre las divisiones político administrativas (art 285 C.Pol.), y en desarrollo de los artículos 5 y 20 de la Ley 1751 de 2015, el Gobierno Nacional expidió el Decreto 1599 de 2022, incorporado al Decreto 780, acto administrativo donde se dispone la creación de áreas geográficas, unidades contiguas que comparten características socioeconómicas y culturales pero que son heterogéneas y diferenciadas en sus relaciones funcionales y complementarias en cuanto a sus capacidades, para lo cual, todos los agentes del SGSSS deberán desarrollar sus funciones desde las acciones promocionales, el aseguramiento del riesgo, hasta la prestación del servicio de salud, a través de las definición de áreas geográficas.</p> <p>Particularmente para el aseguramiento, el citado Decreto 1599 amplió el ámbito territorial para la operación del aseguramiento en salud, al municipio, distrito o área geográfica donde sea autorizada la EPS, atendiendo así a las disposiciones de operación territorial que hoy ya se encuentran reglamentadas en el Decreto 682 de 2018 y la Resolución 497 de 2021.</p> <p>Respecto a la operación territorial del aseguramiento, la normatividad relacionada con el ámbito territorial dispone que las EPS deberán operar en las áreas sanitarias y territorios que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social, para lo cual, deberán organizar un modelo de atención que reconozca las prioridades de salud en el ámbito territorial específico, garantizar el acceso, la oportunidad, la calidad, la eficiencia, la suficiencia y la continuidad de los servicios de salud.</p> <p>Siendo así, la disposición de organizar el aseguramiento por territorios, ya se encuentra dispuesta en la normatividad vigente y en el mencionado Decreto 1599 ya existe una transitoriedad en curso prevista en los siguientes términos:</p> <p>"ARTÍCULO 6. Transitoriedad. Una vez sean definidas las áreas geográficas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, los agentes del Sistema de Salud tendrán un lapso hasta de un año a partir de dicha definición para realizar los ajustes correspondientes."</p> <p>La nueva regulación extendería el plazo de transitoriedad y podría afectar el proceso en curso con las EPS o la institucionalidad que se establezca.</p>	<p>2.4.2. Capítulo II. Gobernanza y organización del SGSSS</p> <p>Acerca de la gobernanza y organización del SGSSS (art. 5°), que hace referencia a la creación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, se observa que la instancia no es incluyente ni participativa. Es preciso indicar que en su conformación la única profesión de la salud que se encuentra representada es la medicina con tres (3) representantes, a saber: 1. La Academia Nacional de Medicina; 2. La Asociación Colombiana de Sociedades Científicas; y, 3. La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. En consecuencia, en el artículo propuesto se desconoce la presencia de otros órganos colegiados de profesionales de la salud, cuyas disciplinas tienen grandes aportes y experiencias para aportar respecto al cuidado a la salud y la generación de políticas públicas. Adicionalmente, las entidades municipales tendrían una doble representación.</p> <p>De otra parte, la participación social sigue siendo exigua y limitada para dar cumplimiento al mandato previsto en el artículo 12 de la Ley 1751 de 2015. Aunado a lo anterior, dicho artículo no incorpora otros saberes, como los propios de las comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, con lo cual desconoce la interculturalidad del país, y por tanto vulnera los siguientes principios del derecho fundamental a la salud, señalados en los literales l) (interculturalidad), m) (protección a los pueblos indígenas) y n) (protección a pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras), consagrados en el artículo 6° sobre elementos y principios del derecho fundamental a la salud de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.</p> <p>2.4.3. Capítulo III. Gestión integral del riesgo -GIRS y aseguramiento</p> <p>i. El artículo 6° del proyecto de ley desconoce el hecho de que la Gestión Integral del Riesgo en Salud, en lugar de ser una estrategia, es un instrumento de planeación de la política pública para lograr el acceso oportuno, efectivo, equitativo, eficiente y de manera sostenible, no solamente a los servicios de salud cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud, sino de todos los servicios y tecnologías a los que tiene derecho la ciudadanía, acorde a lo contemplado en la Ley Estatutaria respecto al derecho fundamental a la salud y las excepciones explícitas y en correspondencia con el artículo 2° de la Ley 1751.</p> <p>En efecto, respecto al alcance de esta norma, la Corte Constitucional puso de presente lo siguiente:</p> <p>"Finalmente, por lo que concierne a la caracterización del derecho, encuentra la Sala que los atributos estipulados por el legislador no agotan los que se puedan predicar de la salud como derecho fundamental. Así por ejemplo, en la observación 14 del comité de derechos económicos, sociales y culturales, se ha connotado al derecho a la salud como derecho inclusivo, con lo cual se abarca la atención a diversos factores determinantes de la salud. Para la Corte, se impone en este punto una interpretación amplia, con lo cual, la caracterización aludida, podrá expandirse e incorporar otras cualidades que tiendan a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud. No advirtiéndose, pues, razones que conduzcan a la Corporación a censurar el enunciado legal en estudio y, conforme con los presupuestos anotados, se declarará la constitucionalidad del rigor."</p>

<p>Así pues, procederá la Corte a pronunciarse a favor de la exequibilidad del artículo 2 del Proyecto, atendiendo los presupuestos interpretativos que se orientan a una lectura amplia del derecho.”</p> <p>Siendo así, el concepto de Gestión Integral del Riesgo en Salud se debe contemplar como un instrumento de planeación fundamentado en la articulación e interacción de todos los agentes del sistema de salud y otros sectores para identificar, cuantificar, analizar, hacer seguimiento e intervenir (desde la prevención hasta la paliación), evitando o reduciendo los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población.</p> <p>Así mismo, es importante precisar que la Gestión Integral del Riesgo en Salud, como instrumento de planeación, debe articularse con gestión pública, los determinantes en salud y los factores asociados para la prevención o mitigación del riesgo. En todo caso y como se ha insistido en estos comentarios, el propósito de esta norma está destinado a convertir en estatutario lo que no tiene ese carácter, como son las Entidades Promotoras de Salud.</p> <p>iii. En relación con el artículo 7°, por medio del cual se modifica el artículo 24 de la Ley 1751, además de lo indicado en el punto 2.1. de estos comentarios, se insiste que uno de los enigmas del modelo ha sido precisamente las zonas de difícil acceso y en donde existe población dispersa que dificulta el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. Está claro que la afiliación a una EPS no es garantía de dicho goce y, por el contrario, ello se convierte un sofisma.</p> <p>El modelo de desarrollo en el país ha privilegiado el centro sobre la periferia. Tal condición no es novedosa, sino que obedece al trazado histórico que dio como resultado el territorio que hoy conocemos bajo la denominación de Colombia. La conquista penetró por el río Magdalena y el poblamiento colonial y la explotación de recursos se desarrolló en la zona andina y en la costa atlántica. Los otros territorios, inhóspitos, asociados a esa quimera del oro, fueron la perdición de Ursúa, Lope de Aguirre y otros tantos en la travesía del Amazonas, relatada magistralmente en la película de Carlos Saura, El Dorado. El embeleso se perdió en la memoria de sus creadores quienes murieron sin que les fuera develado el ansiado secreto. Las noticias —el flujo de información hacia el centro— fluctuaron entre lo mítico y lo “salvaje”, lo hostil y lo recóndito, la aventura y el peligro.</p> <p>Los procesos posteriores abrieron ciertas brechas, pero no incluyeron lo que en adelante se denominó con el nombre de “territorios nacionales”, uno de aquellos eufemismos al que nos tiene acostumbrado el lenguaje geográfico. Un interesante referente literario fue la novela La Vorágine que simboliza lo inaccesible de la selva, refugio, además, de las comunidades indígenas que pudieron resistir al exterminio. La posibilidad de ser devorado por la selva, de perderse en ella, refleja, en realidad, la sensación de desasosiego que allí se describe: el hombre es devorado por la naturaleza y no a la inversa (tal y como se ha entendido el desarrollo).</p> <p>Sólo con la violencia de mediados del siglo XX y los desterramientos consecuenciales que produjeron, se iniciaron procesos de colonización de estas regiones que, en todo caso, continuaban siendo impenetrables. No obstante, ni siquiera las formas incipientes de Estado se hacían presentes y en su desarrollo estuvieron bajo la tutela del Gobierno central (a través del Departamento de Intendencias y Comisarias -DAINCO) en diversos niveles. Hoy en día, esta realidad persiste en extensos territorios del país en los que, además, se desarrolla el conflicto armado interno.</p>	<p>Por ello, respecto a la garantía para la prestación de servicios de salud en zonas dispersas o marginadas, la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015 dispone, en el artículo 24, el deber del Estado de 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. Así mismo, dispone que la extensión de la red pública hospitalaria no puede depender de la rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social. Con este fin, 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.</p> <p>Sobre el particular, la Ley 1122 de 2007 definió a los departamentos de Amazonas, Caquetá, Guainía, Guaviare, Putumayo, Vaupés y Vichada como zonas del país con población dispersa y que por sus características especiales deben tener un tratamiento excepcional en el marco del sistema general de seguridad social en salud, para garantizar el acceso de la población a los servicios de salud.</p> <p>Adicionalmente, en línea de lo dispuesto por la citada Ley 1122 de 2007, el artículo 30 de la Ley 1438 de 2011 establece que el Gobierno Nacional debe definir los territorios de población dispersas, en virtud de la baja densidad poblacional y las dificultades de operación del aseguramiento en salud, para lo cual deberá consolidar los mecanismos pertinentes para mejorar el acceso a los servicios de salud de dichas comunidades, fortaleciendo el aseguramiento en estos territorios.</p> <p>Fue la Ley 1753 de 2015, en su artículo 65 que estableció el modelo de asegurador único, en los siguientes términos:</p> <p>ARTÍCULO 65. POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD. El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), dentro del marco de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria en Salud, así como las demás leyes vigentes, definirá la política en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano, la cual será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones.</p> <p>Para la definición de la política integral en salud se integrarán los siguientes enfoques: i) atención primaria en salud (APS); ii) salud familiar y comunitaria, iii) articulación de las actividades individuales y colectivas y iv) enfoque poblacional y diferencial. Dicha atención tendrá en cuenta los componentes relativos a las rutas de atención para la promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida, las rutas de atención específicas por grupos de riesgos, el fortalecimiento del prestador primario, la operación en redes integrales de servicios, el desarrollo del talento humano, en el marco de la Ley 1164 de 2007, articulación de las intervenciones individuales y colectivas, el desarrollo de incentivos en salud y la definición de requerimientos de información para su seguimiento y evaluación.</p> <p>PARÁGRAFO 1o. El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) realizará la adaptación de esta política en los ámbitos territoriales con población dispersa, rural y urbana diferenciando a los municipios y distritos que tengan más de un millón de habitantes. Para zonas con población dispersa y rural, se podrá</p>
<p>determinar la existencia de uno o varios aseguradores. Si se trata de un único asegurador, el MSPS establecerá las condiciones para su selección. (Se resalta)</p> <p>PARÁGRAFO 2o. Para la definición de la política de atención integral, el Ministerio de Salud y Protección Social garantizará una amplia participación de todos los grupos de interés del sector salud: usuarios, prestadores, aseguradores, academia, asociaciones científicas, entes territoriales, entre otros.</p> <p>Teniendo en cuenta lo anterior, el proyecto en su artículo 7° enfatiza en esa circunstancia. No obstante, y de continuar el esquema de administración de recursos a través de las EPS, ya existe una norma más clara y detallada que la que se propone. Debe indicarse que el artículo 65 de la Ley 1753 fue adoptado por las Leyes 1955 de 2019 y 2294 de 2023, Planes de Desarrollo 2018-2022 y 2022-2026, respectivamente. En el caso que se quisiera incorporar en una ley ordinaria, deberían tomarse los elementos contenidos en la norma transcrita, que además deba tener en cuenta, espacios de concertación pues muchos de esos territorios tienen población de grupos étnicos.</p> <p>iv. En el artículo 8° se propone especificar los componentes de la Unidad de Pago por Capitación. Al respecto, en primer lugar, se considera que no es necesario que participe el Ministerio de Hacienda y Crédito Público para la definición del valor de la Unidad de Pago por Capitación en conjunto con Ministerio de Salud y Protección Social, puesto que ese organismo ya participa activamente en la toma de las decisiones relativas a la UPC, dada su calidad de integrante de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, instancia que formula las recomendaciones referentes a la formulación de la política de beneficios, costos y tarifas en aseguramiento en Salud, conforme lo dispuesto en el Decreto 2562 de 2012 (arts. 10, 11 y 12).</p> <p>Además, ese Ministerio conoce previamente los documentos y estudios que se someten a consideración de la Comisión Asesora y tiene incidencia considerable en la aprobación previa de tales documentos, en virtud de su participación en los comités que se realizan para los análisis correspondientes y la estructuración de las propuestas a presentarse a esta instancia, especialmente porque estas decisiones deben tomarse conforme el mandato contenido en el parágrafo tercero del artículo 7 de la Ley 1122 de 2007 en virtud del cual</p> <p>“Las decisiones de la Comisión de Regulación en Salud (hoy Ministerio de Salud y Protección Social) referidas al régimen contributivo deberán consultar el equilibrio financiero del sistema, de acuerdo con las proyecciones de sostenibilidad de mediano y largo plazo, y las referidas al régimen subsidiado, en cualquier caso serán compatibles con el Marco Fiscal de Mediano Plazo.” (paréntesis fuera del texto)</p> <p>En segundo lugar, el componente fijo de la UPC propuesto no tiene en cuenta que la Unidad de Pago por Capitación se calcula con base en los parámetros establecidos en el artículo 182 de la Ley 100 de 1993; esto es, en función del perfil epidemiológico de la población relevante, los riesgos cubiertos y los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería, y de acuerdo con los estudios técnicos del Ministerio de Salud y Protección Social, conforme la metodología definida para establecer la suficiencia la cual contempla, de suyo, los análisis de dispersión geográfica así como las condiciones demográficas, el comportamiento poblacional y los principales índices epidemiológicos, los perfiles epidemiológicos y de carga de la enfermedad para el</p>	<p>país, el uso, la cobertura de los servicios de salud, el gasto, frecuencia y severidad por tipo de tecnología en la estructura del sistema y los distintos ajustadores de riesgo.</p> <p>El valor de la prima UPC es de por sí una variable en función de variables identificadoras del riesgo, no tiene sentido matemáticamente hacer una descomposición en un componente fijo y otro variable. El componente variable que quiere introducir el proyecto no es posible asignarlo al cálculo de la UPC porque no es una variable que explique el gasto en salud. Al observar el texto propuesto se evidencia que los perfiles que propone el “componente fijo” están contenidos en los estudios de suficiencia que para el efecto se realizan en cada oportunidad (definición y ajustes de la UPC) por parte del Ministerio rector del sector administrativo de salud y protección social.</p> <p>En lo relacionado con el componente variable definido como un componente que surge “con base en la gestión y el resultado que se efectúe en el territorio por parte de las entidades promotoras de salud de acuerdo con el resultado integral en salud, que incluye el resultado de metas de promoción y prevención cumplimiento de rutas integrales e individuales, satisfacción del usuario, entre otros, según la reglamentación del Gobierno Nacional”, se estima que si llegare a considerarse procedente, tampoco sería necesario hacer modificaciones a la normatividad existente. Siendo potestad del organismo competente la definición de la Unidad de Pago por Capitación, existe el marco legal para implementar vía regulación lo que sea estrictamente necesario para garantizar el acceso efectivo al derecho fundamental a la salud de manera sostenible.</p> <p>Las responsabilidades que impone el aseguramiento integran la prevención de riesgos, el control de la enfermedad y el mejoramiento de sus desenlaces, pues ese es precisamente el espíritu de la atención integral en salud. Es por esta gestión el Estado está pagando una UPC que cubre los servicios y tecnologías en salud costeados, así como una UPC exclusivamente para actividades de promoción y prevención. Esta financiación se complementa con los recursos de manejo de las entidades territoriales para la ejecución de sus planes territoriales de salud y la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC, que complementa de manera fundamental las actividades de promoción y prevención que desarrollan las EPS.</p> <p>De otra parte, no resulta coherente que en el texto propuesto se cierre la definición del componente fijo diciendo que “deberá ser suficiente para la adecuada atención integral de la salud de los afiliados y beneficiarios” mientras se plantea un componente variable que pague por las mismas acciones que cubre el componente fijo, puesto que se está estipulando el variable con base en la gestión y los resultados de acuerdo con el “resultado integral” en salud, que incluye el resultado de metas de promoción y prevención (...), elementos estos, que conforman la atención integral en salud, de la cual es parte la Atención Primaria en Salud.</p> <p>Así, el propósito parecería recaer en la pretensión de que el Estado premie el deber ser; esto es, el cumplimiento de lo que estaría financiado con el primero de los componentes propuestos, el cual debe demostrarse justamente con los resultados de la gestión integral verificable, entre otros, con el alcance de las metas de promoción y prevención, la gestión de las rutas integrales e individuales de atención y la satisfacción al usuario.</p> <p>De otra parte, resulta oportuno aclarar que tienen la calidad de afiliados, tanto los beneficiarios de los cotizantes (en el régimen contributivo) como todos los del régimen subsidiado.</p>

<p>Ahora bien, en relación con el párrafo primero de ese artículo, se entendería que se está proponiendo un igual reconocimiento del componente variable para la red prestadora de servicios de salud de las EPS; dada la redacción ambigua del texto no está claramente determinado si ese reconocimiento se pagaría en forma adicional o por el traslado de los recursos de la EPS a sus IPS, caso que parecería más adecuado en dicho contexto.</p> <p>En cuanto al párrafo 2, la equidad ya está garantizada en la prestación de los servicios de salud en los siguientes términos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Como principio del Sistema General de Seguridad Social en Salud (numeral 3.7 del artículo 153 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 3º de la Ley 1438 de 2011): "El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe garantizar el acceso al Plan de Beneficios a los afiliados, independientemente de su capacidad de pago y condiciones particulares, evitando que prestaciones individuales no pertinentes de acuerdo con criterios técnicos y científicos pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población". - Como principio de derecho fundamental a la salud (numeral c) del artículo 6º de la Ley 1751 de 2015): "El Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección" - Sobre el párrafo tercero, la función de definición de la metodología de cálculo de la UPC ha venido siendo propia de este Ministerio desde los albores del modelo de aseguramiento que nos rige, únicamente interrumpida durante el ejercicio de la Comisión de Regulación en Salud, entidad de carácter eminentemente técnico, que hizo buen recaudo de la gestión del organismo rector y perfiló la metodología de cálculo hasta su disolución y liquidación. Esto, con el importante antecedente de haber sido otrora la definición de la UPC una de las funciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud -CNSSS- con fundamento en los estudios realizados por esta cartera ministerial. - Esta competencia se deriva de la misión del organismo rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud y guarda congruencia con su rol como cabeza del sector administrativo de la protección social. No es dable que un Ministerio se aparte de su competencia administrativa para abarcar la de otro, puesto que cada cartera ministerial cumple sus funciones en el marco de sus materias conforme las políticas sectoriales y en gracia al objetivo con el cual fue creada. <p>De otra parte, dicho párrafo amerita un comentario adicional. La propuesta contempla un plan básico de salud para la financiación de todos los servicios que estén dentro del mismo. Al respecto, una disposición como la que se analiza resulta regresivo y contrario a nuestro ordenamiento, al tener en cuenta lo indicado por la Corte Constitucional respecto del artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 en los siguientes términos:</p> <p><i>En cuanto al inciso 4º que incorpora un mecanismo para definir las prestaciones de salud cubiertas, considera la Corte que al especificarse como finalidad la anotada, resulta manifiestamente opuesto a lo considerado en esta providencia, pues, parte del inaceptable presupuesto de servicios y tecnologías no cubiertos</i></p>	<p>por el sistema pero que tampoco corresponden a las limitaciones taxativamente señaladas por el legislador. La presencia de esta finalidad comporta una restricción indeterminada al acceso a los servicios y tecnologías en materia de salud, lo cual ya ha sido objeto de consideración y estimación en otros enunciados del proyecto como el caso de los incisos 2º y 3º del artículo 8º.</p> <p>Para la Sala, la configuración por el legislador ordinario de un mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente para el logro progresivo de beneficios no resulta inconstitucional, lo que resulta inconstitucional es que el proyecto estime que se deben definir las prestaciones de salud cubiertas por el sistema, cuando, en el mismo artículo 15 se ha establecido un régimen taxativo de exclusiones. Por ello, en aras del goce efectivo del derecho y, atendiendo que salvo lo excluido, lo demás está cubierto, se impone, excluir del ordenamiento jurídico la expresión "para definir las prestaciones de salud cubiertas por el sistema". Con ello, se preserva un mecanismo ajustado a la constitución y se retira del proyecto un telos que no se corresponde con lo dispuesto en los artículos 2º y 49 de la Carta.</p> <p>La definición de un plan básico de salud va decididamente en contra de lo indicado por la Corte Constitucional pues está limitado el alcance del derecho fundamental a la salud.</p> <p>iv. En cuanto al giro directo, se retoman los comentarios ya indicados en el punto 2.3.4. Así mismo, propone el giro del 90% de la UPC directamente desde la ADRES, para el pago de los servicios de salud financiados con dicha prima, sobre lo cual es pertinente mencionar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El artículo propuesto en el proyecto de ley no establece los actores beneficiarios de la medida de giro directo. En este contexto, el artículo debe ser explícito respecto a los actores objeto de la medida, como lo son los prestadores y proveedores de servicios y tecnologías en salud y considerar los efectos que tenga en los diferentes actores. - La propuesta fija un único porcentaje de giro directo para todas las EPS sin considerar la normatividad vigente sobre la materia, y por tanto requiere una armonización con establecido en los artículos 13 de la Ley 1122 de 2007, 29 de la Ley 1438 de 2011, 10 de la Ley 1608 de 2013, 12 de la Ley 1966 de 2019, 2 de la Ley 2026 de 2020 y 150 de la Ley 2294 de 2023. <p>De otra parte, no es claro que la EPS sean los ordenadores del gasto de unos recursos que son públicos y dicha declaración estaría en contradicción con el artículo 2º de la Ley 1751 de 2015.</p> <p>2.4.4. Modelo de atención en salud y prestación de servicios</p> <p>i. En cuanto al artículo 10º del proyecto, sobre Gestión Integral del Riesgo en Salud, se precisa que este último corresponde a un instrumento de planeación de la política pública, que no puede ser entendido como la orientación del modelo de atención primaria en salud renovada, ya que, como se establece en el artículo 12 de la Ley 1438 de 2011, la Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública y todos los niveles de atención, incluido el componente de promoción</p>
<p>y prevención.</p> <p>Siendo así, la Atención Primaria en Salud renovada no se orienta a la gestión del riesgo en salud, sino a la garantía del derecho fundamental en el marco de la solidaridad y equidad, afectando positivamente los determinantes en salud. Por tanto, no se considera pertinente lo propuesto en este artículo, toda vez que se desconoce la integralidad intersectorial, la participación social, comunitaria y ciudadana.</p> <p>Aunado a lo anterior, en el inciso segundo de este mismo artículo, se propone que: "Toda persona estará adscrita a un prestador primario y a un médico con enfoque de familia y comunidad (...)". La adscripción a un médico con enfoque de familia se considera inconveniente puesto que, en primer lugar, desconoce las recomendaciones internacionales sobre dicha adscripción frente a equipos de salud (ya sean básicos, multidisciplinarios, interdisciplinarios, etc.) debido a que solo de esta manera puede lograrse la atención integral pretendida. Por otra parte, el "médico con enfoque de familia y comunidad" no existe en el país.</p> <p>ii. Ya con respecto a la conformación de las redes integrales e integradas de servicios de salud, el artículo 11 de la propuesta es, como ya se adelantó, contraria a lo previsto en los artículos 48 y 49 de Constitución Política y sus modificaciones, así como del artículo 2º de la Ley 1751 de 2015.</p> <p>En este sentido, la Ley 1438 de 2011 establece la conformación de redes integradas de servicios de salud bajo el liderazgo de las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal, los criterios determinantes para su conformación y la articulación de la red a cargo de aquellas en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud, razón por la cual no se considera pertinente lo dispuesto en este artículo, ya que pudiera resultar contrario al ordenamiento en términos de la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.</p> <p>Sobres los artículos 12 a 14 se reiteran que no son normas de carácter estatutario.</p> <p>iii. El proyecto solo alude marginalmente a las Empresas Sociales del Estado en relación con el nombramiento de gerentes. Para el análisis es importante resaltar la importancia de estas entidades (que en todo caso no tendría un carácter empresarial) y resulta de la mayor relevancia hacer énfasis en el enfoque de capacidades, que aporta una descripción parcial de la justicia social básica, que dista de la racionalidad económica que ha afectado sensiblemente la gestión estatal en la materia.</p> <p>Al respecto, en el capítulo III del Libro Segundo de la Ley 100 de 1993, se dispuso que dichas empresas se financiarían, básicamente, con la venta de servicios (art. 195, numeral 7). En adelante, se desarrolló un proceso de adecuación de estas entidades, tanto nacionales como territoriales, a esa lógica, aspecto que se vio recientemente reforzado con el Acuerdo Extendido de Colombia con el Fondo Monetario Internacional, suscrito en 1999. A través del mismo, el Estado colombiano se comprometió a cambiar el régimen de participación de las entidades territoriales (que efectivamente realizó a través del Acto Legislativo 1 de 2001) y reducir el gasto público tanto a nivel central como en los niveles territoriales, aspecto que se implementó con la draconiana Ley 617 de 2000.</p> <p>En relación con las Empresas Sociales del Estado, el artículo 14 de la Ley 617 de 2000 dispuso la liquidación de las empresas prestadoras de servicios de salud que generan pérdidas durante tres años seguidos pues "se presume de pleno derecho que no es viable y deberá liquidarse o enajenarse la participación estatal en ella,</p>	<p>en ese caso sólo procederán las transferencias, aportes o créditos necesarios para la liquidación".</p> <p>Pero fue indudable que la interpretación gubernamental del cambio constitucional y su afán racionalizador resultó en contravía del Estado Social de derecho y del entendimiento del mismo por parte de la Corte Constitucional. Respecto del mencionado artículo 14, esa Alta Corporación precisó lo siguiente:</p> <p>"[...] las Empresas Prestadoras del Servicio de Salud a que alude el artículo 14 de la Ley 617, cuya finalidad prioritaria no es la de reportar utilidades económicas sino beneficio social. Su función está directamente vinculada al cumplimiento de los fines esenciales y de las obligaciones sociales del Estado, en el marco general del Estado social de derecho (C.P., arts. 1, 2 y 49). Además de no estar comprendidas en las actividades señaladas en el artículo 336 de la Constitución, por la naturaleza de su actividad, los criterios para determinar su eficiencia no pueden ser exclusivamente de carácter económico ni de rentabilidad financiera". (Se resalta)</p> <p>A pesar de esa decisión, la política de ajuste se mantuvo casi inmutable y fue así como en aplicación de la misma se adoptaron los Documentos CONPES 3175 de 15 de julio de 2002 y 3204 de 6 de noviembre de 2002 en los cuales se persiste en la política de ajuste fiscal sin considerar el beneficio social. En el último de los documentos se precisa que</p> <p>"La operación de los hospitales públicos en el mercado, será tal que éstos financien sus gastos a través de los ingresos generados por la venta de servicios a las Entidades Promotoras de Salud, Administradoras del Régimen Subsidiado, Entidades Obligadas a Compensar, entidades territoriales y demás pagadores del sistema. En el caso de las entidades territoriales, éstas deberán soportar su gasto en la compra de servicios de salud mediante modalidades de pago diferentes a la transferencia directa, y será consistente con la cantidad y valor de los servicios efectivamente prestados.</p> <p>Por su parte, el Documento 3447 de 30 de octubre de 2006 analizó el problema de la deuda hospitalaria y consideró que el mismo estaba asociado a "la regulación del Sistema, la vigilancia y control, la deficiente gestión de facturación y recaudo por parte de las IPS."</p> <p>La Ley 1122 de 2007 pretendió dar respuesta a estas falencias a través de medidas exógenas como el pago de las deudas del régimen subsidiado (art. 12), el giro directo a los prestadores (art. 13), la regulación de la integración vertical (art. 15), la contratación obligatoria del 60% por parte de las EPS del régimen subsidiado y del 100% a cargo de las entidades territoriales en lo que se refiere a la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada (arts. 16 y 20). Adicionalmente, se fortalecieron las funciones de inspección, vigilancia y control (arts. 35 y 42), entre lo que se destaca la función jurisdiccional asignada a esta. A nivel endógeno, dispuso que la prestación de servicios de salud por parte de Instituciones públicas sería a través de Empresas Sociales del Estado (art. 26 y 31), señalando, además que "En cada municipio existirá una ESE o una unidad prestadora de servicios integrante de una ESE". Dispuso, así mismo, que "cuando por las condiciones del mercado de su área de influencia, las ESE no sean sostenibles financieramente en condiciones de eficiencia, las entidades territoriales podrán transferir recursos que procuren garantizar los servicios básicos requeridos por la población, en las condiciones y requisitos que establezca el reglamento" (art. 26), sin dejar de lado el proceso de selección de gerentes de</p>

<p>estas empresas (art. 28). Así mismo, se impulsó el fortalecimiento de asociaciones y cooperativas de las Empresas Sociales del Estado (art. 30). En esta norma, se evidenció el problema de ciertas zonas de alta dispersión poblacional tal y como se observa en el artículo 14, literal l), de la misma en relación con los departamentos de Amazonas, Caquetá, Guaviare, Guainía, Putumayo, Vichada y Vaupés.</p> <p>Si bien el mensaje ya incorporaba elementos de beneficio social, estos quedaron relegados por la filosofía general de apartamiento financiero del Estado, un aspecto que se incorpora a la ley del plan nacional de desarrollo adoptada en 2007. En efecto, el artículo 36 de la misma establecía lo siguiente:</p> <p>“ARTÍCULO 36. Ajuste de las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud. Las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud que a 31 de diciembre de 2006 no demuestren condiciones de sostenibilidad financiera entre los gastos comprometidos y los ingresos recaudados, deben desarrollar las acciones necesarias para garantizar su equilibrio financiero.</p> <p>Lo anterior deberá realizarse en un proceso de transición que garantice su sostenibilidad de acuerdo con las condiciones, plazo, criterios, procedimientos e incentivos que establezca el Gobierno Nacional.</p> <p>Lo anterior sin perjuicio de lo establecido en los convenios suscritos en el marco del Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes”.</p> <p>Respecto de esta norma, la Corte Constitucional declaró su exequibilidad condicionada. Si bien no la retiró del ordenamiento, su constitucionalidad se supeditó a que se entendiera que “(a) las acciones necesarias para garantizar la sostenibilidad y el equilibrio financiero, no pueden comprender negarse a prestar eficiente y oportunamente todos los servicios de salud debidos a cualquier usuario, sin necesidad de acudir a la acción de tutela, y (b) tales criterios no justifican el incumplimiento del deber social del Estado de asegurar el acceso de las personas a la red hospitalaria y su financiación”. En esa ocasión, señaló lo siguiente:</p> <p>En la sentencia C-559 de 2004, la Corte Constitucional condicionó la exequibilidad de la expresión “y financiera” para impedir que esta fuera interpretada en el sentido de darle prelación a la reducción de costos y la disminución del gasto sobre la debida atención a los pacientes y demás usuarios de las Empresas Sociales del Estado ESE. La expresión “y financiera” fue incluida en el numeral 7 del artículo 4° y en el artículo 6° del Decreto 1750 de 2003 y orientaba el manejo gerencial a garantizar “la rentabilidad social y financiera” de cada ESE. [...]</p> <p>Ahora bien, frente a los principios de universalidad y de solidaridad una interpretación acorde con la Constitución de la expresión acusada impone que la cobertura del servicio de salud frente a las limitaciones financieras del sistema se depure de cualquier tendencia discriminatoria y se haga prevalecer un criterio de sostenibilidad entendido bajo parámetros de largo plazo.</p> <p>Así las cosas, la rentabilidad financiera como objetivo de rango legal para la administración de las Empresas Sociales del Estado a que se alude no debe ser entendida como una suerte de parámetro</p>	<p>de gestión preponderante de naturaleza netamente especulativa y que tiende a toda costa a la obtención de beneficios cuya constatación sólo sea posible reflejar en los estados contables, y en un año determinado, ni mucho menos como argumento oponible a los usuarios del sistema de seguridad social en salud para justificar el sacrificio de los demás principios superiores que gobiernan el ejercicio de esta actividad.</p> <p>Téngase en cuenta que el principio de solidaridad en materia de salud impone que “no siempre la capacidad de pago es condición para acceder al derecho a la salud porque hay circunstancias en las cuales la salud debe protegerse aunque no haya capacidad de pago, como lo ha hecho la Corte en muchos casos en que a través de la acción de tutela se concede el amparo del derecho fundamental a la salud a quienes no tienen capacidad de pago y que requieren la atención en salud”. [...]</p> <p>Ahora bien, la norma acusada también ofrece una interpretación que podría ser contraria a los deberes sociales del Estado, a las finalidades sociales del mismo y al goce efectivo del derecho a la salud por parte de personas que acceden a la red pública de hospitales, las cuales son usualmente de escasos recursos. Esta interpretación constitucionalmente inadmisibles es la de que los hospitales y centros de salud públicos deben siempre autofinanciarse o producir excedentes. Los criterios de sostenibilidad financiera o equilibrio financiero aplicados a instituciones públicas en el ámbito del derecho fundamental a la salud, no pueden tener un alcance ni un efecto que traslade a los mismos la lógica del sector privado. En un Estado Social de Derecho el Estado debe en ciertos lugares del territorio nacional donde el sector privado no está dispuesto a financiar hospitales o centros de salud asegurar que las personas que allí habitan tengan acceso a la salud, incluso si para ello es necesario subsidiar el hospital o el centro que es deficitario. [...]</p> <p>Por lo tanto, también es necesario condicionar la norma para excluir aquella interpretación de los criterios mencionados que conduce a sacrificar tanto el acceso a la salud de las personas a la red pública de hospitales como a impedir que el estado financie instituciones prestadoras de salud públicas. Se resolverá, entonces, condicionar la exequibilidad de la norma en el sentido de que (a) las acciones necesarias para garantizar la sostenibilidad y el equilibrio financiero, no pueden comprender negarse a prestar eficiente y oportunamente todos los servicios de salud debidos a cualquier usuario, sin necesidad de acudir a la acción de tutela, y (b) tales criterios no justifican el incumplimiento del deber social del Estado de asegurar el acceso de las personas a la red hospitalaria y su financiación.</p> <p>Tomando en cuenta lo anterior, y aclarando que tampoco es una norma estatutaria, debe indicarse que el nombramiento de Gerentes de estas instituciones ha variado en el curso de cuatro décadas. La Ley 10 de 1990 estableció un sistema de designación de una terna de candidatos que cumplan con los requisitos, propuesta por la Junta Directiva de la Institución (art. 19). La reforma de 2007, contempló la realización de un concurso de méritos, producto del cual la Junta Directiva elaborara una terna (art. 28). Con base en esa terna se nombraría el Director, sistema que fue modificado mediante el artículo 72 de la</p>
<p>Ley 1438 de 2011, que obligaba a seleccionar a la persona de la terna que hubiese obtenido el mayor puntaje en el concurso. Este esquema de elección fue modificado por el artículo 20 de la Ley 1797, de la siguiente manera:</p> <p>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, solo 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.</p> <p>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 período para el cual fueron nombrados o reelegidos.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Se aclara que el proyecto de ley 312 presentado por el Gobierno Nacional, plantea un proceso de selección de las Instituciones de Salud del Estado (art. 48), es decir, retoma el modelo de concurso y meritocrático que, como lo ha precisado la Corte Constitucional, es un elemento estructural de nuestro ordenamiento constitucional.</p>	<p>2.4.5. Capítulo V. Talento humano en salud.</p> <p>Los tres artículos de este capítulo pretenden regular dignamente las relaciones laborales del talento humano en salud y garantizar su presencia en todo el territorio nacional. Estos propósitos, sin embargo, se ven afectados por la forma en que opera en modelo que hace que los mismos no sean prioritarios y queden relegados, dejándolos en ese anaquel de buenas intenciones.</p> <p>i. En relación con el artículo 16, sobre prohibición de tercerización laboral, de acuerdo con el artículo 25 de la Constitución Política el trabajo “es un derecho y una obligación social y goza, en todas sus modalidades, de la especial del Estado”. Así lo ha destacado la Organización Internacional del Trabajo OIT, en sus más de cien años de existencia, tanto en la protección que debe brindarse al trabajador como en las condiciones de prestación del servicio, a través de sendos convenios, varios de ellos incorporados a nuestro orden interno y que, de acuerdo con el artículo 93 de nuestro estatuto fundamental, forman parte del bloque de constitucionalidad en lo que atañe al alcance de dicha protección.</p> <p>En cuanto a esto último, dicha organización y refiriéndose al talento humano en salud, ha precisado:</p> <p>El trabajo decente para estos trabajadores es esencial para con el fin de proporcionar una atención de salud de calidad. Los servicios de salud son entornos laborales únicos y complejos con oportunidades y desafíos inherentes. La OIT apoya la mejora de las condiciones de trabajo y de las relaciones de trabajo en el sector de la salud a través de normas laborales sectoriales, y del diálogo social, y colabora con la OMS, a fin de promover unos entornos de trabajo favorables, adecuados y saludables para la fuerza de trabajo de este sector.</p> <p>En lo que se refiere a dicho Talento Humano, especialmente los profesionales, las personas que ejercen ocupaciones del área de la salud, y demás personal vinculado directamente al servicio de salud, conducente a conservar o restablecer la salud de los pacientes, es necesario reiterar la exigencia del respeto de unas condiciones dignas y justas en el desarrollo de su actividad, máxime por el progresivo avance en los requerimientos de este tipo de servicios en las situaciones de emergencia sanitaria como la que se presenta en la actualidad y en atención a las quejas sobre posibles violaciones a sus derechos. Este sector ha debido afrontar el rigor de esta situación y, en este sentido, se encuentra expuesto a condiciones extremas en su labor. En consecuencia, se debe recordar y hacer énfasis en la protección de los derechos del Talento Humano, tanto en el sector público como en el sector privado del Servicio de Salud, en todas las relaciones de trabajo que impliquen la prestación de estos servicios.</p> <p>Por lo anterior, es necesario reiterar el postulado constitucional según el cual los trabajadores y, en general, el talento humano en salud, estarán amparados por condiciones laborales justas y dignas, con vocación de estabilidad y facilidades para incrementar los conocimientos de acuerdo con las necesidades institucionales (Ley Estatutaria 1751 de 2015 art. 18), teniendo como elemento esencial del mismo la progresividad del derecho, entre otros, mediante el mejoramiento del talento humano (idem artículo 6 literal i.). Debe tenerse en cuenta, al respecto, lo precisado por la Corte Constitucional en la sentencia por medio de la cual se revisó la mencionada ley estatutaria, en los siguientes términos:</p> <p>En lo que atañe a su contenido, la norma consagra el respeto a los</p>

<p>profesionales y trabajadores de la salud, quienes deben laborar bajo condiciones justas y dignas, tal como lo dispone el Texto Superior frente a todos los trabajadores de Colombia.</p> <p>Adicionalmente, debe manifestarse por parte de esta Corte que el enunciado normativo se encuentra en consonancia con los artículos 1°, 2°, 25, 53 y 54 Superiores, toda vez que Colombia, al ser un Estado social de derecho, tiene la obligación de garantizar el respeto por la dignidad humana; el trabajo debe gozar de especial protección; se debe garantizar la estabilidad en el empleo, un pago oportuno de la remuneración, al igual que es una obligación del Estado y los empleadores brindar formación y capacitación profesional y técnica a quienes lo requieran.</p> <p>Asimismo, la disposición es respetuosa con la jurisprudencia constitucional en la materia, pues esta Corporación, en múltiples pronunciamientos, ha sostenido que el derecho al trabajo en condiciones dignas y justas se traduce en una labor que no implica cargas que vayan más allá de lo que puede soportar quien las desempeña y que, por tanto, hagan su existencia indigna.</p> <p>De una interpretación del enunciado normativo conforme al Texto Superior, se tendría que el trabajador no puede verse expuesto a arriesgar su integridad física, su salud, ni su vida en condiciones dignas, ni verse sometido a padecer dolores, ni incomodidades excesivas, ni a arriesgar el funcionamiento de su organismo.</p> <p>De igual manera, cabe mencionar que, indudablemente, la falta de capacitación, los bajos salarios, la tardanza en el pago y la insuficiencia de personal idóneo, son factores que van en detrimento de la prestación de un servicio de salud de calidad, pues, tal como lo señaló la OMS en el ya citado informe sobre la salud en el mundo 2006 "Colaboremos por la salud", producto de una evaluación realizada por expertos acerca de la crisis de personal sanitario por la que se atraviesa a nivel universal, se puede recurrir a diversos instrumentos en aras de conseguir un mejor desempeño, tanto a nivel individual como respecto del conjunto del personal médico, tales como: i) elaborar las descripciones claras de los puestos de trabajo, ii) normas de apoyo y códigos deontológicos, iii) adecuar las aptitudes a las tareas, iv) llevar a cabo una supervisión que brinde apoyo, v) garantizar una remuneración adecuada, vi) garantizar una información y una comunicación suficientes, vii) mejorar las infraestructuras y los suministros, viii) fomentar el aprendizaje permanente, ix) establecer una gestión eficaz de los equipos y, x) combinar responsabilidad y rendición de cuentas.</p> <p>Adicionalmente, es importante señalar que los prestadores de servicios de salud que habiliten un servicio son los responsables 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 estos y de las figuras contractuales o acuerdos de voluntades que se utilicen para tal fin (artículo 9 de la Resolución 3100 de 2019 de Minsalud), en todo caso, deben observar el cumplimiento de los mandatos previstos para que las relaciones de trabajo del talento humano se cumplan en forma digna y justa según el tipo de prestación de servicio de salud habilitado y su nivel de complejidad.</p> <p>En primer lugar, es importante recordar que las relaciones de trabajo, en sentido genérico, deben entenderse como aquel esfuerzo físico o intelectual que realiza una persona a cambio de una retribución o compensación, la cual se formaliza a</p>	<p>través de las distintas modalidades de contratación previstas en la Constitución y las leyes. La regla general es la vinculación mediante contrato de trabajo. No obstante, el ordenamiento jurídico prevé otras modalidades de vinculación para la prestación de servicios que pueden ser de naturaleza administrativa, civil o comercial, o a través de los contratos colectivos de trabajo del Código Sustantivo de Trabajo o aquellos que surjan de convenios o contratos de asociación o colaboración para la prestación de un servicio entre públicos, privados o la asociación entre estos.</p> <p>La Honorable Corte Constitucional ha advertido a los empleadores tanto del sector público como del privado sobre la obligatoriedad de dar cumplimiento a los artículos 1, 25, 53, 123 y 125 de la Constitución Política, especialmente en lo referido a la prohibición derivada de contratar funciones permanentes y propias de las entidades públicas y privadas, a través del contrato de prestación de servicios, así como mediante otras modalidades permitidas en el ordenamiento jurídico, pero que en el fondo entrañan los elementos que configuran una verdadera relación de carácter laboral, especialmente el de subordinación.</p> <p>De la jurisprudencia señalada se extraen los siguientes criterios, que deben observarse en la prestación de los servicios de salud que se habiliten a entidades privadas y de derecho público, así como en las relaciones contractuales que existan entre estos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La vinculación laboral es la modalidad de contratación indicada cuando se trata del personal que realiza actividades misionales o que participa directamente en los servicios de salud habilitados en los prestadores de servicios de salud, públicos y privados, o en los cuales el talento humano va a estar subordinado a las órdenes del prestador de servicios de salud. - Cuando se trata de talento humano que no realiza actividades misionales, o que no participa de los servicios de salud habilitados en los prestadores de servicios de salud, y dependiendo de la capacidad instalada, de la relación entre oferta y demanda, de la oportunidad en la prestación, el tiempo de la atención y el riesgo en la atención, el prestador de servicios de salud determinará la cantidad necesaria de talento humano requerido, pudiendo hacerlo mediante vinculación laboral o en otras modalidades contractuales previstas en el ordenamiento jurídico para la prestación de estos servicios, atendiendo a la regla general previamente mencionada. <p>Es importante traer a colación lo dicho por la Honorable Corte Constitucional en la sentencia C-171 de 2012, que establece los criterios que se deben aplicar y para qué tipo de actividades se pueden o no contratar, de manera tal que no se vayan a vulnerar los derechos fundamentales de los trabajadores:</p> <p>Acerca del esclarecimiento de qué constituye una función permanente, la jurisprudencia constitucional ha precisado los criterios para determinarla, los cuales se refieren (i) Criterio funcional, esto es, si la función contratada está referida a las que usualmente debe adelantar la entidad pública, en los términos señalados en el reglamento, la ley y la Constitución, será de aquellas que debe ejecutarse mediante vínculo laboral; (ii) Criterio de igualdad: Si las labores desarrolladas son las mismas que las de los servidores públicos vinculados en planta de personal de la entidad y, además se cumplen los tres elementos de la relación laboral, debe acudirse a la relación legal y reglamentaria o al contrato laboral y no a la contratación pública; (iii) Criterio temporal o de la habitualidad: si las funciones contratadas se asemejan a la constancia o cotidianidad, que conlleva el cumplimiento de un horario de trabajo o la realización frecuente de la labor,</p>
<p>surge una relación laboral y no contractual, o sea que si se suscriben órdenes de trabajo sucesivas, que muestra el indiscutible ánimo de la administración por emplear de modo permanente y continuo los servicios de una misma persona, y no se trata de una relación o vínculo de tipo ocasional o esporádico, es lógico concluir que nos referimos a una verdadera relación laboral; (iv) Criterio de la excepcionalidad: si la tarea acordada corresponde a actividades nuevas y éstas no pueden ser desarrolladas con el personal de planta o se requieren conocimientos especializados o de actividades que, de manera transitoria, resulte necesario redistribuir por excesivo recargo laboral para el personal de planta, puede acudirse a la contratación pública; pero si la gestión contratada equivale al giro normal de los negocios de una empresa debe corresponder a una relación laboral y no puramente contractual; (v) Criterio de la continuidad: si la vinculación se realizó mediante contratos sucesivos de prestación de servicios pero para desempeñar funciones del giro ordinario de la administración, esto es, para desempeñar funciones de carácter permanente, la verdadera relación existente es de tipo laboral."</p> <p>ii. En cuanto al Sistema de información, de que trata el artículo 17, es importante destacar que su finalidad no se limita al desarrollo de la Política de Tanto Humano en salud, sino que ese puede ser uno de sus propósitos.</p> <p>iii. Respecto de la oferta de programas, a que se hace referencia en el artículo 18, una parte de la dificultad es que los incentivos que se prevén no son claros y se dejan a una reglamentación que resulta ser bastante limitada y sin ningún impacto real para transformar una realidad de mercado y mercantilizada.</p> <p>2.4.6. Financiación y otras disposiciones</p> <p>i. Este capítulo del proyecto de ley refleja la intención de continuar incorporando conceptos, lógicas y perspectivas del aseguramiento comercial en la prestación de servicios de salud, como si fuese parte de la garantía del derecho fundamental a la salud, lo cual, por años, ha significado la restricción en el acceso real y efectivo a las personas, frente a los servicios de salud, debido a que se desarrolla desde la perspectiva de la utilidad económica y la rentabilidad y no desde su perspectiva actual, es decir, como la prestación de un derecho constitucional, fundamental y autónomo, que es lo que actualmente es el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo señalado en la Sentencia T-760 de 2008 proferida por la Corte Constitucional, lo cual fue ratificado en la Ley Estatutaria 1751 de 2015.</p> <p>ii. En relación con el Fondo de Garantías del Sector Salud, propuesto en el artículo 19 del proyecto, es pertinente indicar que no es claro el objeto y lo que busca asegurar, así como tampoco, un análisis de suficiencia y sostenibilidad del mismo, teniendo en cuenta que se establece como objeto del fondo "garantizar la continuidad de prestación de servicios de salud al usuario cuando esta pueda verse amenazada por la imposibilidad de pago por parte de las EPS o prestadores". Al respecto, es necesario tener en cuenta que, en cuanto a las funciones del Fondo, se establece asegurar recursos y prestar apoyos financieros, lo cual, no implica per se la garantía en la continuidad de la prestación de servicios de salud al usuario.</p> <p>Cabe anotar que con la creación del Fondo de Garantías del Sector Salud se pretenden emular las funciones del Fondo de Garantías de Instituciones Financieras – FOGAFIN, que existe en el Sector Financiero, por cuanto busca el amparo del seguro de acreencias para las IPS y proveedores de servicios y tecnologías en salud, lo cual es una copia desafortunada del seguro de depósitos de los ahorradores en el Sistema Financiero, dado que lo que debe buscar el</p>	<p>Sistema de Salud y Protección Social, más que amparar los créditos de los acreedores del segundo grado, en el marco de prelación de créditos en los procesos de liquidación de las IPS y de las EPS, previsto en el literal b) del artículo 12 de la Ley 1797 de 2016, es garantizar de manera efectiva, en nuestro sistema, la prestación oportuna y con calidad de los servicios de salud, el cual es actualmente un derecho constitucional, fundamental y autónomo en los términos de la Sentencia T-760 de 2008.</p> <p>De igual manera, es preciso señalar que el citado artículo del proyecto de ley estatutaria, tampoco define las fuentes de financiación de este, pese a encontrarse en el Capítulo VI sobre Financiación del Sistema de Salud y Protección Social, con lo cual, en lugar de solucionar el complejo tema financiero a cargo de nuestro sistema, que es lo que pretende, paradójicamente lo hace más inviable por aumentar sus costos, haciéndolo más oneroso, por cuanto la creación de un nuevo fondo, necesariamente, supone en todo caso la erogación de nuevos recursos del Sistema de Salud y Protección Social.</p> <p>Adicionalmente, es perjudicial por cuanto termina flexibilizando las condiciones de las EPS al asumir el pago cuando estas no cumplan con sus obligaciones. Para ello, inclusive, ya se establece en el artículo 9 del mismo proyecto de ley estatutaria, el giro directo cuando las EPS no cumplan con las condiciones de habilitación financiera, razón por la que este artículo tampoco cumple con su propósito.</p> <p>iii. Respecto al artículo 20 del proyecto de ley, Regulación de Conglomerados Empresariales del Sector Salud, (una norma de carácter ordinario), cabe anotar que dicha norma es muy general y no profundizó en el amparo de los recursos que forman parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los cuales son recursos parafiscales. Dicha norma debe prever el tema de la regulación de conglomerados empresariales en el sector salud, con el ánimo de, por ejemplo, identificar a los beneficiarios reales de las operaciones o transacciones realizadas por personas jurídicas y naturales y/o patrimonios autónomos, para identificar a los grupos empresariales y de ser el caso, decretar el levantamiento del velo corporativo y por ende la desestimación de la personalidad jurídica identificando a los controlantes, asociados, aportantes o beneficiarios reales, en desfalcos, determinando, en algunos casos, si procede su responsabilidad en los actos que provocaron la cesación de pagos de la entidad vinculada o relacionadas, ante la inminencia de pérdida de activos por la indebida aplicación de los recursos de la salud, por tratarse de recursos parafiscales.</p> <p>Aunado a lo anterior, el artículo no realiza ningún tipo de restricción, en materia de regulación de conglomerados y grupos empresariales del Sector Salud, frente a las restricciones que deberían para evitar que se reinviertan los recursos en salud, que como se mencionó son de naturaleza parafiscal y no privada, razón por la que únicamente pueden ser previstos y empleados para garantizar la prestación de los servicios de salud, sin que quepa destinarlos para otros presupuestos o rubros.</p> <p>Adicionalmente, respecto de la definición por parte de la SNS de los requerimientos de capital y la autorización de las inversiones que hagan en otras empresas del sector salud, el artículo 75 de la Ley 1955 de 2019 estableció las competencias de inspección, vigilancia y control de la SNS respecto de la composición de capital o del patrimonio de las EPS. En específico, establece que se requerirá la aprobación de dicha superintendencia frente a todo acto jurídico, sin consideración a su naturaleza, de nacionales o extranjeros, que tenga por objeto o efecto la adquisición directa o indirecta del diez por ciento (10%) o más de la composición del capital o del patrimonio de una entidad promotora de salud.</p>

Asimismo, mediante el Decreto 256 de 2021 y la Resolución 1197 de 2021 este Ministerio reglamentó el mencionado artículo.

En este sentido, no se evidencian aspectos normativos adicionales a la regulación mencionada, por lo tanto, se sugiere eliminar este artículo.

De otra parte, los recursos de la UPC ostentan la condición de ingresos no gravados fiscalmente, pues su naturaleza parafiscal, establecida en la Ley 100 de 1993, en desarrollo de los artículos 48 y 49 constitucional, prohíbe su destinación y utilización para fines distintos a los consagrados en la Carta Política en materia de salud. Ha indicado la Corte Constitucional:

20. El gravamen al movimiento financiero que pesa sobre las transacciones hechas entre las EPS y las IPS que no hace distinción entre los contratos de prestación de servicios de salud cubiertos por el POS y los contratos de sobreaseguramiento en salud propios de los planes complementarios y demás servicios ofrecidos por los entes de salud, grava recursos que sí le pertenecen al sistema y los destina para fines diferentes a los de la Seguridad Social lo cual, constituye una violación a lo previsto en el artículo 48 de la Constitución Política. Así, como también grava las transacciones entre las ARS y las IPS cuando son operaciones que pertenecen al régimen subsidiado.

21. De otra parte, supongamos que el GMF no afecta los recursos previstos en el cálculo de la UPC porque debido al carácter indirecto del impuesto éste (GMF) se traslada o bien al usuario cuando paga las cuotas moderadoras o bien a las IPS cuando facturan el pago de los servicios de salud prestados a los afiliados en razón al Plan Obligatorio de Salud. Ambas situaciones, previstas dentro del ciclo que siguen los recursos, igualmente afectarían las rentas parafiscales o recursos propios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

21. La configuración del Sistema General de Seguridad Social en Salud en forma de administración delegada debe mantener un equilibrio económico que le permita cumplir con los propósitos constitucionales. La Corte ha sostenido de manera sistemática que: "hacer efectivo el derecho a la seguridad social (CP art. 49) de quienes oportuna y cumplidamente cotizan con las entidades administradoras de salud, con lo cual se pretende, además, proteger los recursos parafiscales de la seguridad social y exigir un grado importante de eficiencia en el pago y las transferencias de las cotizaciones, las cuales, en virtud del principio de solidaridad, revierten en beneficio no sólo del asalariado y su familia sino también de otras personas, en virtud de la existencia del régimen subsidiado de salud. Se trata pues de finalidades que no sólo son jurídicamente legítimas sino que tienen gran importancia, conforme a los valores constitucionales, puesto que la Carta establece que la eficiencia y la solidaridad son principios que orientan el sistema de seguridad social en salud (CP arts 48 y 49), por lo cual se deben proteger los recursos económicos que financian el sistema". Sentencia C-177 de 1998.

Las consideraciones entorno al equilibrio y estabilidad el Sistema General de Seguridad Social en Salud no son en ningún momento ajenas a la imposición del GMF. El impuesto indirecto

establecido para las transacciones financieras que afecta las relaciones entre las EPS y las IPS altera las condiciones de prestación del servicio de salud y saca del ciclo del mandato recursos indispensables para cumplir con el mandato constitucional de universalizar y optimizar el servicio de seguridad social en salud. [...]

iv. Por su parte, el artículo 21 del proyecto de ley señala que a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud se les aplicarán las reglas del régimen de insolvencia empresarial establecidas en la Ley 1116 de 2006, lo cual sería un error, por cuanto la Ley 1116 de 2006 que corresponde al Régimen de Insolvencia Empresarial, es una norma que expresamente no aplica para los sujetos vigilados por la Superintendencia Nacional de Salud, como las EPS e IPS, por exclusión expresa realizada en los numerales 1 y 9 del artículo 3° de la referida ley, la cual señala lo siguiente:

"ARTÍCULO 3o. PERSONAS EXCLUIDAS. No están sujetas al régimen de insolvencia previsto en la presente ley:

1. Las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. [...]

9. Las demás personas jurídicas que estén sujetas a un régimen especial de recuperación de negocios, liquidación o intervención administrativa para administrar o liquidar. (...)" (Subrayado fuera del texto).

De lo anterior se sigue que la exclusión es doble, por cuanto por una parte hay exclusión directa y expresa en el citado numeral 1 del artículo 3 de la Ley 1116 de 2006, y por otro lado existe una exclusión indirecta, del numeral 9, dado que las EPS, IPS y demás entidades descritas en el numeral 1, tienen un régimen especial que las rige que es el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, lo cual se evidencia de conformidad con lo señalado en el parágrafo 2° del artículo 233 de la Ley 100 de 1993, el cual dispone:

"ARTÍCULO 233. DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. La Superintendencia Nacional de Salud es un organismo adscrito al Ministerio de Salud con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente. (...)

PARÁGRAFO 2o. El procedimiento administrativo de la Superintendencia Nacional de Salud será el mismo que se consagra por las disposiciones legales para la Superintendencia Bancaria. Los actos de carácter general que expida la Superintendencia Nacional de Salud no producirán efectos legales mientras no se publiquen en el boletín del Ministerio de Salud, Capítulo Superintendencia Nacional de Salud, el cual podrá ser editado y distribuido a través de esta." (Subrayado fuera del texto).

Para los fines pertinentes, el procedimiento administrativo de la Superintendencia Bancaria (hoy Superintendencia Financiera) es el Decreto – Ley 663 de 1993 que corresponde al Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y sus decretos reglamentarios, como es el caso del Decreto 2555 de 2010, entre otros.

v. Si bien se está en desacuerdo con la concepción total del proyecto, el artículo 22 fija, sin una fundamentación muy clara, un término de tres (3) años como periodo

de transición. Las actividades que involucran la transición como son los equipos de atención comunitaria, equipos extramurales y redes de prestación ya se están adelantando actualmente por lo que esto implicaría un nuevo retroceso en la garantía del derecho fundamental a la salud.

Ahora bien, en el siguiente cuadro se presentan las consideraciones jurídicas a cada uno de los artículos de los proyectos de ley acumulados:

PROYECTO DE LEY 054 DE 2024	PROYECTO DE LEY 059 DE 2024	OBSERVACIONES
"Por la cual se modifica la ley 1751 de 2015 y se dictan otras disposiciones en materia de salud y seguridad social en salud".	"Por medio de la cual se modifica la ley 1751 de 2015 y se dictan otras disposiciones orientadas a fortalecer el sistema de seguridad social en salud".	
ARTÍCULO 1. La presente Ley tiene por objeto adoptar disposiciones y medidas tendientes a fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizando su progresividad y el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de las personas.	Artículo 1. Objeto. La presente ley tiene por objeto modificar la Ley 1751 de 2015 para garantizar el derecho fundamental a la salud, fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en salud, mejorar sus resultados, aumentar la satisfacción del usuario y del talento humano en salud, así como garantizar la sostenibilidad del sistema.	Sobre el artículo 1 de los P.L. acumulados, se resalta que ambos están enfocados en fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, mejorar sus resultados, aumentar la satisfacción del usuario y del talento humano en salud, así como garantizar la sostenibilidad del sistema. En consecuencia, se debe advertir que ninguna de estas iniciativas legislativas reúne los presupuestos para considerar que deban estar sometidos a la reserva de ley estatutaria, postura que se explicó en el acápite anterior y que se fortalece a continuación: La Corte Constitucional, en reiterada jurisprudencia se ha referido a la reserva de ley estatutaria y ha definido criterios para identificar cuando una materia debe ser tramitada por ley estatutaria, así, en sentencia C-374 de 1997, con M.P. José Gregorio Hernández Galindo, manifestó: Si bien es cierto el artículo 152 de la Constitución Política exige el trámite de ley estatutaria para la regulación de los derechos fundamentales y de los

		mecanismos mediante los cuales ellos se protegen, lo que implica el cumplimiento de los requisitos exigidos por el artículo 153 ibidem -mayoría absoluta de los miembros del Congreso, trámite dentro de una sola legislatura y revisión previa de esta Corte-, no todo cuanto se refiere a tales derechos afecta su núcleo esencial, ni toda disposición del orden jurídico alusiva a ellos tiene que sufrir tan especial trámite. (Subrayado fuera de texto).
		Por otro lado, en sentencia C-687 de 2002, con M.P. Eduardo Montealegre Lynett, se indicó: En sentencia de esta Corporación, se sistematizó los criterios básicos por medio de los cuales puede determinarse si una norma está sometida a reserva de ley estatutaria. Tal situación ocurre cuando (i) el asunto trata de un derecho fundamental y no de un derecho constitucional de otra naturaleza, (ii) cuando por medio de la norma está regulándose y complementándose un derecho fundamental, (iii) cuando dicha regulación toca los elementos conceptuales y estructurales mínimos de los derechos fundamentales, y (iv) cuando la normatividad tiene una pretensión de regular integralmente el derecho fundamental. (Subrayado fuera de texto)
		Igualmente, en sentencia C-791 de 2011, con M.P. Humberto Sierra Porto, se indicó al respecto: Sobre el alcance de la reserva de ley estatutaria se ha ocupado profusamente la jurisprudencia constitucional a

		<p>lo largo de estos años, y en general los diversos pronunciamientos han defendido la tesis que dicha reserva no ha de interpretarse de manera restrictiva, en el sentido que cualquier regulación que se ocupe de las materias contempladas por el artículo 152 constitucional requiera ser expedida por medio de ley estatutaria, pues dicha interpretación conduciría a un vaciamiento de las competencias de legislador ordinario y a que se produzca el fenómeno que ha sido denominado en el derecho comparado como la "congelación del rango".</p> <p>(...)</p> <p>En resumen, la jurisprudencia ha sostenido que los criterios determinantes para identificar si una disposición que regule derechos y deberes fundamentales y debió ser tramitada como ley estatutaria son los siguientes: (i) en primer la materia regulada pues ha de tratarse de derechos y deberes de carácter fundamental, (ii) que trate sobre los elementos estructurales y los principios básicos del derecho o deber en cuestión, (iii) que se refiera los contenidos esenciales del derecho, (iv) que regule aspectos inherentes al ejercicio del derecho, (v) que consagre límites, restricciones, excepciones y prohibiciones que delimiten el núcleo esencial, (vi) cuando se trate de un cuerpo normativo que pretenda regular de manera integral, estructural y completa un derecho fundamental (vi) que aludan a la estructura general y principios reguladores pero no al desarrollo integral y detallado (vii) que la disposición se refiera a situaciones principales e</p>			<p><u>importantes de los derechos.</u> (Subrayado fuera de texto)</p> <p>(...)</p> <p>Del mismo modo se ha sostenido de manera simultánea que la reserva de ley estatutaria se aplica cuando se trate de un cuerpo normativo que pretenda regular de manera integral, estructural y completa un derecho fundamental, y de aquellas disposiciones que aludan a la estructura general y principios reguladores de un derecho fundamental pero no a su desarrollo integral y detallado, lo que suscita dudas en cuanto al grado de detalle que ha de tener una regulación de un derecho fundamental para que respecto de ella se aplique la reserva de ley estatutaria. (Subrayado fuera de texto)</p> <p>(...)</p> <p>Desde esta perspectiva, la afirmación contenida en la sentencia C-013 de 1993, a la cual ya se hizo alusión, en el sentido que "las leyes estatutarias no pueden pretender desarrollar de manera exhaustiva y casuística todos los aspectos ligados con los derechos fundamentales, pues de llegarse a tal extremo se entorpecería la labor del legislador ordinario ya que toda legislación en mayor o menor medida requiere abordar aspectos relacionados con derechos fundamentales", constituye un punto de partida en torno al cual parece existir consenso jurisprudencial. El anterior aserto significa la aplicación flexible del principio de reserva de ley estatutaria en materia de derechos y deberes fundamentales, en aras de preservar la</p>
		<p><u>competencia del legislador ordinario.</u> (Subrayado fuera de texto)</p> <p>(...)</p> <p>Guarda así mismo, similitud con otros dos criterios propuestos jurisprudencialmente cuales son que la reserva se aplica respecto de los elementos estructurales y los principios básicos del derecho o deber en cuestión y respecto de los aspectos inherentes al ejercicio del derecho. En esa medida la reserva de ley estatutaria abarcaría los aspectos cercanos al núcleo o contenido esencial, los elementos estructurales y los principios básicos, y los aspectos inherentes al ejercicio del derecho o deber fundamental. (Subrayado fuera de texto)</p> <p>(...)</p> <p>En conclusión, el ámbito propio de la reserva de ley especial establecida en el artículo 152 literal a) obliga a tramitar como estatutaria las leyes que configuren o actualicen derechos fundamentales, en la medida en que estas actividades conllevan necesariamente la regulación de aspectos que pueden ser considerados como contenido o núcleo esencial de los derechos fundamentales. (Subrayado fuera de texto).</p> <p>Teniendo en cuenta lo anterior, se puede afirmar que el objeto del P.L. (fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, mejorar sus resultados, aumentar la satisfacción del usuario y del talento humano en salud, así como garantizar la sostenibilidad del sistema) no contempla elementos</p>	<p>estructurales ni principios básicos del Derecho fundamental a la Salud, tampoco regula aspectos inherentes al ejercicio del derecho, ni consagra límites, restricciones, excepciones y prohibiciones que delimiten el núcleo esencial del derecho, por el contrario se refiere a aspectos concretos del derecho fundamental a la salud, que pretenden desarrollarlo integral y detalladamente.</p> <p>Por tal razón, se considera que se está vulnerando la competencia del legislador ordinario de desarrollar el derecho fundamental a la salud, reglamentando aspectos específicos del mismo. También, se advierte una clara extralimitación del legislador al pretender concederle la exclusividad de la ley estatutaria a modificaciones que no afectan el núcleo esencial del derecho fundamental a la salud, y que como lo ha manifestado el órgano de cierre en repetidas ocasiones, puede ser tramitado como ley ordinaria.</p>	<p>ARTÍCULO 2. Modifíquese el artículo 4 de la Ley 1751 de 2015, el cual quedará así:</p> <p>"ARTÍCULO 4. DEFINICIÓN DE SISTEMA DE SALUD. Es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; entidades públicas, privadas y mixtas; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación que el Estado disponga para la Gestión Integral del Riesgo en Salud y del riesgo financiero, que permitan garantizar y</p>	<p>Artículo 2. Modifíquese el artículo 4 de la Ley 1751 de 2015, el cual quedará así:</p> <p>"Artículo 4. Sistema General de Seguridad Social en Salud. Es el conjunto articulado y armónico de principios, normas, políticas públicas, instituciones públicas, privadas y mixtas, competencias y procedimientos, facultades, obligaciones, derechos y deberes, financiamiento, controles, información y evaluación que el Estado dispone para garantizar el derecho fundamental a la salud, la gestión integral del riesgo en salud y del riesgo</p> <p>La definición del Sistema General de Seguridad Social en salud, es una materia propia del legislador ordinario, pese a estar contemplada en la Ley 1751 de 2015; así lo manifestó la Corte Constitucional en sentencia C-313 de 2014, al pronunciarse frente a la constitucionalidad del art.4 de la ley ibidem:</p> <p>"Para la Sala, este mandato podía ser del resorte del legislador ordinario, pues, no establece prerrogativas básicas, ni principios que quien el derecho, así como tampoco excepciones o limitaciones de orden general del mismo."</p>

<p>materializar el derecho fundamental de la salud."</p>	<p>financiero. Este sistema deberá coordinarse con las políticas públicas que afectan o intervienen los determinantes sociales de la salud."</p>	<p>Por tal razón, se reitera el argumento mencionado en el artículo anterior, debido a que la definición del Sistema de Seguridad Social en Salud, no es un elemento estructural ni esencial del Derecho Fundamental a la Salud. Por otro lado, es importante manifestar que el Sistema General de Seguridad Social en Salud, está conformado por múltiples componentes amplios e interminables, y describirlos todos en el artículo 4 de la Ley 1751, es una tarea inagotable, pues cada especificidad y objetivo del sistema podría agregarse como un componente del mismo. En ese orden de ideas, la definición planteada en el artículo 4 es enunciativa, general y abstracta; se entiende que los componentes del Sistema desarrollado en otras normas, así no estén enunciados taxativamente, hacen parte del mismo; considerar lo contrario, es un error. Adicionalmente, si se revisa la definición establecida en la vigente Ley 1751 de 2015: 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. Y se compara con las dos propuestas de los P.L. acumulados, se advierte de la simple lectura que ninguno</p>	<p>ARTÍCULO 3. Adiciónense los literales k), l) y m) al artículo 5 de la Ley 1751 de 2015, el cual quedará así: "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: k) Garantizar el derecho de los ciudadanos a elegir libremente entre las diferentes entidades encargadas del aseguramiento y de la Gestión Integral del Riesgo en Salud, las cuales serán públicas, privadas o mixtas. l) Ajustar el valor de la Unidad de Pago por Capacitación -UPC que reciban las entidades encargadas del aseguramiento y de la Gestión Integral del Riesgo en Salud, para garantizar la adecuada prestación de los servicios de</p>	<p>Artículo 3. Adiciónense los literales k), l), m), n) y o) al artículo 5 de la Ley 1751 de 2015, el cual quedará así: "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: (...) k) Garantizar el derecho de los ciudadanos a elegir libremente entre las diferentes entidades encargadas del aseguramiento y de la Gestión Integral del Riesgo en Salud, las cuales serán públicas, privadas o mixtas. l) Ajustar cada año con fundamento en la información de la vigencia anterior el valor de la Unidad de Pago por Capacitación -UPC que reciban las entidades encargadas del aseguramiento y de la Gestión</p>	<p>incluye un cambio sustancial en la definición del SGSS. Por otro lado, la inclusión de la gestión integral del riesgo en salud y del riesgo financiero como un elemento definitorio del SGSS se considera un error, teniendo en cuenta que estos son instrumentos de planeación de la política pública para lograr el acceso oportuno, efectivo, equitativo, eficiente de todas las personas al sistema, y no pueden estar concebidos dentro de la definición del mismo, al punto de considerarse un limitante para la garantía de un derecho fundamental. Conforme a lo anterior, se considera desacertado proponer la presente modificación. Frente a la modificación del artículo 5 de la Ley 1751 de 2015, se debe aclarar que si bien fijar las obligaciones del Estado en relación con el derecho fundamental y señalar los elementos esenciales del mismo, es potestativo del legislador estatutario, no es obligatorio agotar una lista específica de obligaciones, pues al igual que los componentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las responsabilidades del estado en materia de salud son infinitas, por tal razón, las obligaciones contempladas en la Ley 1751 de 2015, son generales, sin perjuicio de que el legislador ordinario desarrolle obligaciones legales específicas a través de las cuales tiene lugar la realización de las obligaciones legales de carácter general. Al respecto, la Corte Constitucional en sentencia C-313 de 2014, se ha</p>
<p>salud, para lo cual deberá tener en cuenta, como factores de riesgo, las condiciones en salud de los individuos, los factores socio-demográficos y de zona geográfica. m) Adoptar medidas tendientes a garantizar la equidad en la salud de los habitantes de las zonas marginadas o de baja densidad poblacional, en cada territorio, de acuerdo con sus condiciones geográficas, socio demográficas, culturales, necesidades en salud, las capacidades de atención y las condiciones de acceso a los servicios de salud."</p>	<p>Integral del Riesgo en Salud, para garantizar la adecuada prestación de los servicios de salud, para lo cual deberá tener en cuenta, como factores de riesgo, los factores socio-demográficos y de zona geográfica. m) Garantizar, a las aseguradoras y/o prestadoras, el pago oportuno de los recursos derivados de la prestación de los servicios y tecnologías excluidos del Plan de Beneficios en Salud. n) Adoptar medidas tendientes a garantizar la equidad en la salud de los habitantes de las zonas marginadas o de baja densidad poblacional, en cada territorio, de acuerdo con sus condiciones geográficas, socio demográficas, culturales, necesidades en salud, las capacidades de atención y las condiciones de acceso a los servicios de salud. o) Garantizar la atención primaria en salud, entendida como la estrategia transversal que permite lograr el acceso efectivo de todos los colombianos al sistema de salud y una herramienta de la gestión de riesgo que busca garantizar la atención e intervenciones que cada uno requiere o necesita. La atención primaria se desarrollará de manera articulada con los actores del sistema, la comunidad y las entidades del territorio con un enfoque de salud familiar y comunitaria y responderá a las características y necesidades del individuo, comunidades, población y el territorio además de las características sociales y culturales de cada uno de ellos."</p>	<p>manifestado al estudiar la constitucionalidad del art.5 de la Ley 1751 de 2015: <i>Con estos presupuestos, procede la Corte, a valorar las obligaciones de las cuales se hace responsable al Estado, en el artículo 5 en evaluación. El precepto señala al Estado como responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho. Para la Corte, tales responsabilidades de respeto, protección y garantía son congruentes con las obligaciones legales de carácter general de respeto protección y cumplimiento, establecidas en la observación 14. No encuentra la Sala razones para censurar ninguna de las tres responsabilidades que el legislador estatutario le endilga al Estado colombiano en materia de la búsqueda del goce efectivo del derecho. Ahora, advierte la Corporación que el precepto adoptado por el legislador debe comportar una interpretación amplia del derecho objeto de regulación, por ende, la norma, según la cual, únicamente serían responsabilidad del Estado las tres obligaciones estipuladas en el enunciado legal, no es de recibo en el ordenamiento constitucional colombiano. En sentido distinto, cabe una lectura, según la cual, las responsabilidades consignadas en la preceptiva legal, no son taxativas, sino que hacen parte de un conjunto de obligaciones abierto y orientado por lo preceptuado en la observación 14, de tal modo que las obligaciones legales específicas, las obligaciones internacionales y las obligaciones básicas, incorporadas en el pronunciamiento internacional hacen parte de las obligaciones del Estado</i></p>		<p>colombiano en materia de salud, acorde con los principios de progresividad y no regresividad, propios de derechos como el que aquí se analiza. Adicional a lo anterior, se presenta una serie de comentarios frente algunos de los literales planteados en los literales de los P.L.:</p> <p>El texto propuesto en el literal K) del art.3 de ambos P.L. si bien no contraría ninguna disposición constitucional, es reiterativo, pues el art. 6 de la Ley 1751 de 2015, contempla el principio de libertad de elección. Frente al literal l) se debe advertir que la regulación de materias específicas como lo es la regulación de la UPC, corresponde al legislador ordinario, y no al legislador estatutario, como se ha venido explicando a lo largo del texto, pues únicamente cumplen los presupuestos de reserva de ley estatutaria las materias que establezcan elementos estructurales del Derecho Fundamental a la Salud, los derechos o deberes frente al Derecho, y los procedimientos y recursos para su protección. Por tal razón, no se debe considerar la aprobación del presente literal. Frente a literal m) del P.L. 059 de 2024, se debe manifestar que es contrario a la Constitución, específicamente al art. 48 modificado por el A.L.1 de 2005, que manifiesta expresamente que no se podrán utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella. Por tal razón el art.15 de la Ley 1751 de 2015, estableció un principio</p>	

	<p>de exclusión, con la finalidad de depurar aquellos servicios y tecnologías que no hacen parte del Derecho Fundamental a la Salud, por lo tanto, garantizar el pago de los recursos de los servicios y tecnologías excluidos del PBS, es improcedente. Así, se ha manifestado la Corte Constitucional en sentencia C-313 de 2014, al estudiar la constitucionalidad del artículo 15 de la Ley 1751 de 2015:</p> <p><i>Para la Corte, la definición de exclusiones resulta congruente con un concepto del servicio de salud, en el cual la inclusión de todos los servicios, tecnologías y demás se constituye en regla y las exclusiones en la excepción. Si el derecho a la salud está garantizado, se entiende que esto implica el acceso a todos los elementos necesarios para lograr el más alto nivel de salud posible y las limitaciones deben ser expresas y taxativas. Esta concepción del acceso y la fórmula elegida por el legislador en este precepto, al determinar lo que está excluido del servicio, resulta admisible, pues, tal como lo estimó la Corporación al revisar la constitucionalidad del artículo 8º, todos los servicios y tecnologías se entienden incluidos y las restricciones deben estar determinadas.</i></p> <p>Frente al literal m) del P.L. 054 de 2024 y el literal n) del P.L. 059 de 2024, se debe manifestar que son reiterativos, pues el literal c) del artículo 6 de la Ley 1751 de 2015, contempla el principio de equidad.</p>	<p>Frente al artículo 4 del P.L. 054 de 2024 el cual propone la modificación del artículo 13 de la Ley 1751 de 2015, se debe</p>	<p>ARTÍCULO 4. Modifíquese el artículo 13 de la Ley 1751 de 2015, el cual quedará así:</p>	<p>Artículo 4. Adiciónese el literal o) al artículo 6 de la Ley 1751 de 2015, el cual quedará así:</p>	
	<p>especificidad y desarrollo de los principios se encuentra en leyes ordinarias.</p> <p>Ahora bien, el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015, contempla los siguientes principios:</p> <p>"a) Disponibilidad. El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente;"</p> <p>"c) Accesibilidad. Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información;"</p> <p>"j) Interculturalidad. Es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global;"</p> <p>Por su parte, el principio de Territorialización propone que el Sistema de Salud, se promueva y garantice reconociendo las distintas interacciones que se dan entre personas y comunidades con sus espacios geográficos y determinantes en salud, más</p>				
<p>*ARTÍCULO 13. REDES DE SERVICIOS. La prestación y provisión de los servicios y tecnologías no excluidos del Plan de Beneficios en Salud, será organizada por la respectiva entidad aseguradora, en redes integrales e integradas, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas y estarán organizadas territorialmente de acuerdo con las necesidades de la población y las condiciones geográficas de acceso en cada territorio."</p>	<p>*Artículo 6. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:</p> <p>(...)</p> <p>o) Territorialización. El Estado deberá garantizar y promover que el Sistema de Salud, desde las acciones promocionales, pasando por el aseguramiento del riesgo y la operación de redes hasta la prestación del servicio de salud, tendrá como principio la territorialización, esto es, el reconocimiento de las distintas interacciones que se dan entre las personas y comunidades con sus espacios geográficos y determinantes sociales en salud, más allá de las fronteras político-administrativas".</p>	<p>aclara que, si bien la temática incide directamente en la garantía y eficacia y acceso a los servicios que permiten materializar el derecho fundamental a la salud, la definición contemplada en el mencionado artículo es general, y establece a grandes rasgos la naturaleza de las redes integrales e integradas de servicios de salud. Tampoco se está planteando un cuerpo normativo que pretenda regular de manera integral, estructural y completa el derecho fundamental a la salud, sino que se añaden aspectos específicos a la organización del sistema de salud.</p> <p>Por tal razón se considera, que sus especificaciones pueden ser reguladas por el legislador ordinario y no necesariamente tramitarse por medio de una ley estatutaria.</p> <p>Frente al artículo 4 del P.L. 059 de 2024, el cual modifica el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015, es importante señalar que la incorporación de un principio del derecho fundamental a la Salud, debe ser acorde a la esencia del derecho y justificar su creación amparado en motivos de actualización u otros motivos de peso. Igualmente, se debe verificar que el nuevo principio no pueda ser contenido en otro; lo anterior, considerando que el concepto de principio es el más amplio y comprende otros conceptos. Entonces, si el concepto de territorialización definido en el art.4 puede ser comprendido en el concepto de alguno de los principios del art.6, sería innecesaria su creación; añadiendo a lo anterior, que las disposiciones de la ley estatutaria son generales, pues la</p>			
		<p>allá de las fronteras político-administrativas.</p> <p>Un análisis superficial, permite afirmar que los principios de disponibilidad, accesibilidad e interculturalidad comprenden el reconocimiento de las interacciones entre las personas y los espacios en los que conviven, pues la accesibilidad implica el respeto al pluralismo cultural y el principio de interculturalidad a las diferencias culturales existentes en el país; esto quiere decir que se debe garantizar la existencia del servicio y tecnologías de salud reconociendo el respeto por las diferentes culturas, los territorios que ocupan, la interacción entre ellas, etc. Esto indica que bajo los principios consagrados en el art.6 de la Ley 1751 de 2015, se puede profundizar, por medio de disposiciones reguladas en leyes ordinarias, en el desarrollo de la territorialización.</p> <p>Frente al artículo 5 del P.L. 054 de 2024, sobre las modificaciones realizadas al art.24 de la Ley 1751 de 2015, propuestas en el P.L. especialmente, la parte que incorpora principios rectores para determinar el modelo de aseguramiento y prestación de servicios de salud, se debe manifestar que el planteamiento de principios rectores es desacertado, pues se proponen instrumentos jurídicos para la garantía de disponibilidad del servicio de salud y no mandatos de optimización; Robert Alexy distingue principios y reglas conforme al siguiente criterio: <i>"El punto decisivo para la distinción entre reglas y principios es que los principios son normas que ordenan que algo sea realizado en la mayor medida posible, dentro de las</i></p>			

<p>ARTÍCULO 5. Modifíquese el artículo 24 de la Ley 1751 de 2015, el cual quedará así:</p> <p>"ARTÍCULO 24. DEBER DE GARANTIZAR LA DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS EN ZONAS MARGINADAS O DE BAJA DENSIDAD POBLACIONAL.</p> <p>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</p>	<p>Artículo 5. Gobernanza y Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. La gobernanza del Sistema General de Seguridad Social en Salud estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social quien contará con el Consejo Nacional de Seguridad Social como órgano asesor.</p> <p>Créase el Consejo Nacional de Seguridad Social en salud que tendrá por objeto recomendar la adopción e implementación de las políticas públicas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, definir la evaluación de las políticas de salud pública, aseguramiento, atención en salud, talento</p>	<p><i>posibilidades jurídicas y reales existentes. Por lo tanto, los principios son mandatos de optimización que están caracterizados por el hecho de que pueden ser cumplidos en diferente grado y que la medida debida de su cumplimiento no sólo depende de las posibilidades reales sino también de las jurídicas."</i> (Subrayado fuera de texto)</p> <p>Conforme a lo anterior, los principios planteados en el presente artículo no permiten realizar esa distinción de principio, pues al revisarlos no permiten proyectar un cumplimiento en mayor o menor grado de los mismos. Verbigracia, el numeral dos propone que el modelo de atención podrá hacer uso del mecanismo de APP para la gestión del riesgo y prestación de servicios de salud; no es posible extraer un marco rector para lograr su ejecución, pues no se podría plantear que entre más uso del mecanismo APP hay mayor cumplimiento del derecho fundamental a la Salud.</p> <p>Sobre el artículo 5 del P.L. 054 de 2024 y las modificaciones realizadas al art.24 de la Ley 1751 de 2015, propuestas allí, especialmente, la parte que incorpora principios rectores para determinar el modelo de aseguramiento y prestación de servicios de salud, se debe manifestar que el planteamiento de principios rectores es desacertado, pues se proponen instrumentos jurídicos para la garantía de disponibilidad del servicio de salud y no mandatos de optimización; Robert Alexy distingue principios y reglas conforme al siguiente criterio: "El punto decisivo para la distinción entre reglas y</p>	<p>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.</p> <p>El Gobierno Nacional determinará el modelo de aseguramiento y prestación de servicios de salud para las zonas marginadas o de baja densidad poblacional, teniendo en cuenta los siguientes principios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reconocimiento de las condiciones geográficas, de acceso y capacidad de oferta en los ámbitos territoriales y de los diferentes grupos poblacionales que habitan en los mismos; así como la interculturalidad, prácticas tradicionales, alternativas y complementarias. 2.El modelo de atención deberá ser implementado por las Entidades Territoriales y podrá hacer uso del mecanismo de Asociaciones Público Privadas para la gestión del riesgo y prestación de servicios en salud en los términos de la Ley 1508 de 2012; en ellas podrán participar Instituciones de Educación Superior, con el fin de aportar a la formación y educación del Talento Humano en Salud y la transferencia de conocimientos. 3. El Gobierno Nacional operativará las condiciones regulatorias, administrativas, técnicas y financieras bajo las cuales se registrarán estas opciones. Para efectos de la financiación del modelo, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá establecer el valor de la 	<p>humano, calidad e investigación en salud y proponer los ajustes de la política pública en salud que considere pertinentes.</p> <p>El Consejo Nacional de Seguridad Social, estará conformado por quince (15) miembros, así:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Un representante designado por la Academia Nacional de Medicina. 2. Un representante de la Asociación de Sociedades Científicas. 3. Un representante de las facultades de medicina, elegido por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. 4. Un representante designado por las Asociaciones de Pacientes. 5. Un representante designado por las Asociaciones de Usuarios. 6. Un representante de las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal. 7. Un representante de las Direcciones Municipales de Salud. 8. Un representante de los prestadores y proveedores de servicios y tecnologías de salud públicos y mixtos. 9. Un representante de 	<p><i>principios es que los principios son normas que ordenan que algo sea realizado en la mayor medida posible, dentro de las posibilidades jurídicas y reales existentes. Por lo tanto, los principios son mandatos de optimización que están caracterizados por el hecho de que pueden ser cumplidos en diferente grado y que la medida debida de su cumplimiento no sólo depende de las posibilidades reales sino también de las jurídicas."</i> (Subrayado fuera de texto)</p> <p>Conforme a lo anterior, los principios planteados en el presente artículo no permiten realizar esa distinción de principio, pues al revisarlos no permiten proyectar un cumplimiento en mayor o menor grado de los mismos. Verbigracia, el numeral dos propone que el modelo de atención podrá hacer uso del mecanismo de APP para la gestión del riesgo y prestación de servicios de salud; no es posible extraer un marco rector para lograr su ejecución, pues no se podría plantear que entre más uso del mecanismo APP hay mayor cumplimiento del derecho fundamental a la Salud.</p> <p> Frente al artículo 5, del P.L. 054 de 2024 se debe manifestar que no cumple los presupuestos de reserva de ley estatutaria, esto es; (i) la materia regulada no trata del derecho fundamental a la Salud, (ii) no regula elementos estructurales ni principios básicos del derecho fundamental en cuestión, (iii) no se refiere a los contenidos esenciales del derecho fundamental a la salud, (iv) no regula aspectos inherentes al ejercicio del derecho fundamental a la salud, (v) no</p>
<p>Unidad de Pago por Capitación - UPC especial, así mismo, canalizará los recursos de cooperación internacional destinados a dicho fin y determinará el porcentaje de recursos del Sistema General de Participaciones que las Entidades Territoriales deben destinar a la financiación de estos modelos.</p> <p>4. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá incentivos para el talento humano en salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS que presten sus servicios en estas zonas."</p>	<p>los prestadores y proveedores de servicios y tecnologías de salud privados, designado por las agremiaciones y asociaciones que los congreguen.</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Un representante de las Entidades Promotoras de Salud. 11. Un representante de los trabajadores de la salud elegido por las organizaciones sindicales. 12. Un representante de los empleadores elegido por las asociaciones que los agrupan. 13. El Ministro de Salud y Protección Social o su delegado, quien lo presidirá. 14. El Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado. 15. El Director del Departamento Nacional de Planeación o su delegado. <p>Parágrafo. El Gobierno Nacional dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente Ley definirá las funciones y el mecanismo de designación de los miembros del Consejo.</p>	<p>consagra límites, restricciones, excepciones y prohibiciones que delimiten el núcleo esencial del derecho fundamental a la Salud, (vi) no se trata de un cuerpo normativo que pretenda regular de manera integral, estructural y completa el derecho fundamental a la salud, (vii) no alude a la estructura general y principios reguladores del derecho fundamental pero sí al desarrollo integral y detallado del mismo (viii) y la disposición no refiere a situaciones principales e importantes del Derecho."</p> <p>Por lo tanto, la creación de actores del Sistema de Seguridad Social en Salud, le corresponde al legislador ordinario y no al legislador estatutario como se pretende.</p> <p>Por otro lado, no sobra traer a colación que el artículo 171 de la Ley 100 de 1993, que creó el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, fue derogado por el artículo 3 de la Ley 1122 de 2007, que creó la Comisión de Regulación en Salud (CRES), que a su vez fue suprimido por el artículo 1 del Decreto 2560 de 2012 y que dispuso que el Ministerio de Salud y Protección Social asumiera las funciones que le sean transferidas en el mismo. Información que se debe tener en cuenta en caso de tramitarse cualquier asunto relacionado.</p> <p>Frente al artículo 6 del P.L. 054 de 2024, se debe señalar que en su mayoría es reiterativo, ya que no tiene en cuenta que al día de hoy, la actualización del UPC se lleva a cabo anualmente bajo los criterios señalados en la Resolución 2364 de 2023 "Por la cual se</p>	<p>incremento en el valor de la UPC, dicho valor se incrementará automáticamente en la inflación causada.</p> <p>A partir del año 2024, para efectos del cálculo de la Unidad de Pago por Capitación, se adicionarán las condiciones en salud de la población, perfil epidemiológico, como factor de ajuste de riesgo individual, además de los factores sociodemográficos y de zona geográfica.</p> <p>La Unidad de Pago por Capitación contemplará la financiación de todos los servicios y tecnologías en salud que se utilicen y prescriban en el país, a excepción de los relacionados directamente con la atención de las enfermedades huérfanas y los servicios sociales complementarios, para lo cual el Ministerio de Salud y Protección Social deberá establecer las fuentes y los mecanismos de financiación.</p>	<p>familias y comunidades, con el fin de intervinientos de forma integral.</p> <p>La Nación, las Entidades Territoriales, Entidades Promotoras de Salud - EPS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS, Administradoras de Riesgos Laborales - ARL, los individuos y las familias son responsables de la Gestión Integral del Riesgo en Salud, en aras de garantizar el goce efectivo del derecho fundamental de la salud, en los términos establecidos en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, lograr resultados en salud que contribuyan al bienestar de la población, con costos acordes a la sostenibilidad financiera del sistema.</p>	<p><i> fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC para financiar los servicios y tecnologías de salud de los regímenes subsidiado y contributivo del Sistema General de Seguridad en Salud para la vigencia 2024 y se dictan otras disposiciones".</i></p> <p>No obstante, es menester resaltar que en su parte final este artículo alude a la prestación de todos los servicios y tecnologías en salud, sin tener en cuenta los excluidos del Plan de Beneficios en Salud y no resulta claro qué asumiría el costo de los procedimientos, insumos y medicamentos no incluidos en el Plan de Beneficios, ni cómo se financiarían los que se incluyan de manera gradual. Por lo anterior, es claro que contiene una flagrante inconstitucionalidad pues la Corte Constitucional en reiterada jurisprudencia ha establecido los criterios para que proceda una excepción a las exclusiones del PBS, estas son:</p> <p><i>i) que la falta de acceso al servicio o tecnología en salud, pone en riesgo la vida o la integridad física; ii) que no exista dentro del plan de beneficios otro servicio o tecnología en salud que supla al excluido; iii) que el paciente carezca de los recursos económicos para sufragar el costo del servicio y no tenga forma de conseguirlo por medio de otros planes de salud; y, iv) que el servicio de salud haya sido ordenado por el médico tratante.</i></p> <p>Es claro, entonces, que la norma proyectada contiene dos impresiones básicas que la tornan no solo en inconveniente sino claramente</p>
<p>ARTÍCULO 6. ACTUALIZACIÓN VALOR UPC. El Ministerio de Salud y Protección Social actualizará como mínimo una vez al año el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC. Si a 31 de diciembre de cada año el Ministerio no ha aprobado un</p>	<p>Artículo 6. Gestión Integral del Riesgo en Salud. La gestión integral del riesgo en salud corresponde a la articulación y coordinación de los diferentes actores del sistema para identificar, analizar, y clasificar los riesgos para la salud de los individuos.</p>	<p>Frente al artículo 6 del P.L. 054 de 2024, se debe señalar que en su mayoría es reiterativo, ya que no tiene en cuenta que al día de hoy, la actualización del UPC se lleva a cabo anualmente bajo los criterios señalados en la Resolución 2364 de 2023 "Por la cual se</p>			

		<p>inconstitucional.</p> <p>Frente al artículo 6, del P.L. 059 de 2024, se debe manifestar que no cumple los presupuestos de reserva de ley estatutaria, esto es: (i) la materia regulada no trata del derecho fundamental a la Salud, (ii) no regula elementos estructurales ni principios básicos del derecho fundamental cuestión, (iii) no se refiere a los contenidos esenciales del derecho fundamental a la salud, (iv) no regula aspectos inherentes al ejercicio del derecho fundamental a la salud, (v) no consagra límites, restricciones, excepciones y prohibiciones que delimiten el núcleo esencial del Derecho Fundamental a la Salud, (v) no se trata de un cuerpo normativo que pretenda regular de manera integral, estructural y completa el derecho fundamental a la salud, (vi) no alude a la estructura general y principios reguladores del derecho fundamental pero sí al desarrollo integral y detallado del mismo (vii) y la disposición no refiere a situaciones principales e importantes del Derecho.”</p> <p>Por lo tanto, la definición Gestión Integral del Riesgo en Salud, es un aspecto específico relacionado con el derecho fundamental, por tal razón, le corresponde al legislador ordinario y no al legislador estatutario como se pretende.</p> <p>Por otro lado, la redacción del texto propuesto en el art.6 que expresa “en los términos establecidos en la Ley Estatutaria 1751 de 2015”, se presta para confusión pues se refiere a la Ley 1751 de 2015.</p>	<p>ARTÍCULO 7. Modifíquese el artículo 10 de la Ley 1608 de 2013, el cual quedará así:</p> <p>“ARTÍCULO 10. Giro Directo de EPS. El mecanismo de giro directo se aplicará a las Entidades Promotoras de Salud - EPS que no cumplan las normas de habilitación financiera, o se encuentren en medidas de vigilancia especial, intervenidas o en liquidación.</p> <p>Con el fin de garantizar el adecuado flujo de recursos financieros bajo el mecanismo de giro directo, el Gobierno Nacional determinará el porcentaje máximo de la UPC que debe ser girado directamente por parte de la ADRES a los prestadores y proveedores de tecnologías y servicios en salud, de acuerdo con la concentración de cartera de la respectiva Entidad Promotora de Salud - EPS y el porcentaje de UPC destinado para gastos de administración.</p> <p>Los recursos objeto del giro directo serán computados dentro de la inversión que soporta la reserva técnica que deben hacer las Entidades Promotoras de Salud - EPS.”</p>	<p>Artículo 7. Modifíquese el artículo 24 de la Ley 1751 de 2015, el cual quedará así:</p> <p>“Artículo 24. Deber de garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas, en la zona rural y dispersa. El Estado deberá garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en zonas marginadas, zonas rurales y dispersas. La extensión de la red pública hospitalaria no depende de la rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social. En estas zonas el Estado deberá adoptar medidas razonables, eficaces, progresivas y continuas para garantizar opciones con el fin de que sus habitantes accedan oportunamente a los servicios de salud que requieran.</p> <p>En estos casos, el aseguramiento podrá ser administrado por una única empresa promotora de salud que recibirá una Unidad de Pago por Capitación -UPC- de manera diferencial para cada territorio ajustado al riesgo, las condiciones de dispersión y de oferta de servicios”.</p>	<p>como si se tratara de una normatividad diferente y no a la reforma de la misma.</p> <p>Respecto al artículo 7 del P.L. 054 de 2024, se avizora que lo que se pretende es la modificación de aspectos contemplados en el Decreto Único Reglamentario 780 de 2021 del Sector Salud, modificado por el Decreto No. 489 de 2024, lo cual no está sujeto a reserva de ley estatutaria como erróneamente se pretende.</p> <p>Sobre el artículo 7 del P.L. 059 de 2024 y las modificaciones realizadas al art.24 de la Ley 1751 de 2015, propuestas allí, especialmente, la parte que incorpora principios rectores para determinar el modelo de aseguramiento y prestación de servicios de salud, se debe manifestar que el planteamiento de principios rectores es desacertado, pues se proponen instrumentos jurídicos para la garantía de disponibilidad del servicio de salud y no mandatos de optimización; Robert Alexy distingue principios y reglas conforme al siguiente criterio: “El punto decisivo para la distinción entre reglas y principios es que los principios son normas que ordenan que algo sea realizado en la mayor medida posible, dentro de las posibilidades jurídicas y reales existentes. Por lo tanto, los principios son mandatos de optimización que están caracterizados por el hecho de que pueden ser cumplidos en diferente grado y que la medida debida de su cumplimiento no sólo depende de las posibilidades reales sino también de las jurídicas.” (Subrayado fuera de texto)</p> <p>Conforme a lo anterior, los</p>
<p>ARTÍCULO 8. SALARIOS DEL PERSONAL EN SALUD. El Gobierno Nacional establecerá un piso mínimo de salarios para el personal médico en salud, que tendrá un escalafón por grado de especialización. Cada año el piso aumentará como mínimo la inflación de final de año, y será costado con una parte de la Unidad de Pago por Capitación-UPC-.</p>	<p>Artículo 8. Unidad de Pago por Capitación- UPC. El Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el Ministerio de Hacienda definirá el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación, la cual tendrá un componente fijo y uno variable. Para determinar el componente fijo se realizarán estudios actuariales y se reconocerá un monto por cada persona de acuerdo con la clasificación o respectivo ajustador del riesgo. El componente fijo tendrá en cuenta como base mínima las condiciones en salud de la población como factor de riesgo individual, los perfiles epidemiológicos, las condiciones geográficas y demográficas, adicionando indicadores que evalúen la suficiencia de los recursos para la garantía del derecho a la salud como el aumento en frecuencia, de uso y los mayores costos que se deriven de esta. Este componente fijo deberá ser suficiente para la adecuada protección integral de la salud de los afiliados y beneficiarios.</p>	<p>principios planteados en el presente artículo no permiten realizar esa distinción de principio, pues al revisarlos no permiten proyectar un cumplimiento en mayor o menor grado de los mismos. Verbigracia, el numeral dos propone que el modelo de atención podrá hacer uso del mecanismo de APP para la gestión del riesgo y prestación de servicios de salud; no es posible extraer un marco rector para lograr su ejecución, pues no se podría plantear que entre más uso del mecanismo APP hay mayor cumplimiento del derecho fundamental a la Salud.</p> <p>El artículo 8 del P.L. 054 de 2024 es a todas luces inconstitucional, pues desconoce la autonomía administrativa y financiera de las entidades prestadoras de servicios de salud públicas, privadas o mixtas contratantes del personal de talento humano en salud.</p> <p>A su vez, desconoce las disposiciones constitucionales y legales vigentes sobre la remuneración salarial, por lo que se torna ambiguo y, si se quiere, simbólico, al no enunciar ni el fundamento ni el procedimiento a seguir para la fijación de los salarios del personal de salud.</p> <p>Cabe mencionar al respecto de la remuneración salarial lo mencionado por la Corte Constitucional en sentencia 408 de 2021:</p> <p><i>Dentro de los principios mínimos consagrados en el artículo 53 de la Constitución se encuentra el que establece que todo trabajador tiene derecho a una remuneración mínima, vital y móvil, proporcional a la cantidad y</i></p>	<p>Adicionalmente, el Ministerio de Salud y Protección Social reconocerá un componente variable de incentivos con base en la gestión y el resultado que se efectúe en el territorio por parte de las entidades promotoras de salud, de acuerdo con el resultado integral en salud, que incluye el resultado de metas de promoción y prevención, cumplimiento de rutas integrales e individuales, satisfacción del usuario, entre otros, según la reglamentación del Gobierno Nacional.</p> <p>Parágrafo 1. Los recursos que se obtengan por el componente variable deberán ser reconocidos de igual forma a la red de prestadores involucrada en la atención de la población.</p> <p>Parágrafo 2. Con el fin de garantizar la equidad en la prestación de servicio, la Unidad de Pago por Capitación contemplará la financiación de todos los servicios y tecnologías en salud dentro del Plan Básico de Salud del régimen contributivo y subsidiado.</p> <p>Parágrafo 3. Dentro de los (6) seis meses siguientes a la vigencia de esta ley, el Ministerio de Salud y Protección Social, en conjunto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, determinarán la metodología de cálculo de la UPC para el financiamiento del Plan de Beneficios en Salud a partir de un análisis actuarial, así como las fuentes de información, seguimiento y monitoreo a indicadores trazadores que sean necesarios.</p> <p>Parágrafo 4. El Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el Ministerio de</p>	<p>calidad de trabajo. Este último aspecto se expresa, en palabras de esta Corte, en términos de igualdad: “a trabajo igual, salario igual”.</p> <p>(...)</p> <p>La Corte Constitucional ha señalado que con este mandato “no se trata de instituir una equiparación o igualdad matemática y ciega, que disponga exactamente lo mismo para todos, sin importar las diferencias fácticas entre las situaciones jurídicas objeto de consideración. Estas, por el contrario, según su magnitud y características, ameritan distinciones y grados en el trato, así como disposiciones variables y adaptadas a las circunstancias específicas, sin que por el sólo hecho de tal diversidad se vulnere el postulado de la igualdad ni se desconozcan los mandatos constitucionales.” (subrayado agregado)</p> <p>Frente al art.8 del P.L. 059 de 2024, se debe advertir que la regulación de materias específicas como lo es la regulación de la UPC, corresponde al legislador ordinario, y no al legislador estatutario, como se ha venido explicando a lo largo del texto, pues únicamente cumplen los presupuestos de reserva de ley estatutaria las materias que establezcan elementos estructurales del derecho fundamental a la Salud, los derechos o deberes frente al derecho, y los procedimientos y recursos para su protección. Por tal razón, no se debe considerar la aprobación del presente literal.</p>	

	<p>Hacienda como mínimo cada dos (2) años deben revisar y ajustar los factores de ajuste de riesgo con los cuales se calcula la Unidad de Pago por Capitación - UPC.</p>				<p>Salud, es un componente específico y concreto del desarrollo del Derecho a la Salud, y es competencia del legislador ordinario y no del legislador estatutario como se pretende.</p>
<p>ARTÍCULO 9. VIGENCIA Y DEROGATORIAS. La presente Ley rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.</p>	<p>Artículo 9. Giro Directo. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud será la entidad que en nombre de las aseguradoras en salud hará el giro del 90% de los recursos de UPC destinados para el pago de servicios de salud. El 100% de los recursos girados bajo esta modalidad deberán ser auditados.</p>	<p>Respecto al artículo 9 del P.L. 059 de 2024, se avizora que lo que se pretende es la modificación de aspectos contemplados en el Decreto Único Reglamentario 780 de 2021 del Sector Salud, modificado por el Decreto No. 489 de 2024, lo cual no está sujeto a reserva de ley estatutaria como erróneamente se pretende.</p>	<p>Artículo 11. Modifíquese el artículo 13 de la Ley 1751 de 2015, el cual quedará así:</p> <p>"Artículo 13. Redes integrales e integradas de prestación de servicios de salud. La prestación y provisión de los servicios y tecnologías no excluidos del Plan de Beneficios en Salud, será organizada y coordinada por la respectiva entidad aseguradora, en redes integrales e integradas, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas y estarán organizadas territorialmente de acuerdo con las necesidades de la población y las condiciones geográficas de acceso en cada territorio.</p> <p>Las redes se gestionarán bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, acceso efectivo y calidad en los servicios de salud, con una atención oportuna, continua, integral y resolutiva de las necesidades y contingencias que se puedan presentar en materia de salud.</p> <p>Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá indicadores para el monitoreo y seguimiento de las redes integrales e integradas de prestación de servicios de salud, los cuales servirán de insumo para el diseño de estímulos de resultados a dichas redes."</p>	<p>Frente a la modificación del artículo 13 de la Ley 1751 de 2015, se debe aclarar que, si bien la temática incide directamente en la garantía y eficacia y acceso a los servicios que permiten materializar el derecho fundamental a la salud, la definición contemplada en el mencionado artículo es general, y establece a grandes rasgos la naturaleza de las redes integrales e integradas de servicios de salud. Tampoco se está planteando un cuerpo normativo que pretenda regular de manera integral, estructural y completa el derecho fundamental a la salud, sino que se añaden aspectos específicos a la organización del sistema de salud.</p> <p>Por tal razón se considera, que sus especificaciones pueden ser reguladas por el legislador ordinario y no necesariamente tramitarse por medio de una ley estatutaria.</p>	
	<p>Artículo 10. Modelo de Atención en Salud. El Sistema de Salud en el marco del SGSS se desarrollará con base en la estrategia de la Atención Integral Primaria en Salud (APS) renovada con enfoque de salud familiar y comunitaria, orientado hacia la promoción de la salud y la gestión integral del riesgo en salud, operativizado por medio de rutas integrales de atención y a través de redes integradas e integrales de servicios en salud.</p>	<p>El artículo 10 del P.L. 059 de 2024 no cumple los presupuestos de reserva de ley estatutaria, esto es; (i) la materia regulada no trata del Derecho Fundamental a la Salud, (ii) no regula elementos estructurales ni principios básicos del derecho fundamental cuestión, (iii) no se refiere a los contenidos esenciales del derecho fundamental a la salud, (iv) no regula aspectos inherentes al ejercicio del derecho fundamental a la salud, (v) no consagra límites, restricciones, excepciones y prohibiciones que delimiten el núcleo esencial del derecho fundamental a la Salud, (vi) no se trata de un cuerpo normativo que pretenda regular de manera integral, estructural y completa el derecho fundamental a la salud, (vii) no alude a la estructura general y principios reguladores del derecho fundamental pero sí al desarrollo integral y detallado del mismo (vii) y la disposición no refiere a situaciones principales e importantes del derecho."</p> <p>Por lo tanto, la incorporación de un Modelo de Atención en</p>		<p>Artículo 12. Prestador primario. El prestador primario es el componente básico del servicio de salud que velará por la promoción, prevención,</p>	<p>Frente al artículo 12, del P.L. se debe manifestar que no cumple los presupuestos de reserva de ley estatutaria, esto es; (i) la materia regulada no</p>
<p>diagnóstico, tratamiento, rehabilitación en individuos, familias y comunidad, con capacidad resolutoria para atender la mayor parte de los eventos en salud, para lo cual contará con la capacidad humana, técnica, tecnológica, administrativa y financiera suficiente.</p> <p>Los prestadores primarios en lo ambulatorio, contarán con el apoyo de especialistas en medicina familiar y comunitaria y especialidades básicas, otras profesiones relacionadas con el servicio de salud, apoyo diagnóstico y terapéutico, y tecnologías necesarias para la atención de la población a su cargo y en los servicios de atención extramural contará con servicios de telesalud, equipos móviles de atención, atención domiciliaria tanto ambulatoria como hospitalaria, de manera que se garantice el acceso oportuno de la atención.</p>	<p>trata del derecho fundamental a la Salud, (ii) no regula elementos estructurales ni principios básicos del derecho fundamental cuestión, (iii) no se refiere a los contenidos esenciales del derecho fundamental a la salud, (iv) no regula aspectos inherentes al ejercicio del derecho fundamental a la salud, (v) no consagra límites, restricciones, excepciones y prohibiciones que delimiten el núcleo esencial del derecho fundamental a la Salud, (vi) no alude a la estructura general y principios reguladores del derecho fundamental pero sí al desarrollo integral y detallado del mismo (vii) y la disposición no refiere a situaciones principales e importantes del derecho."</p> <p>En consecuencia, la definición del Prestador Primario, es un aspecto específico relacionado con el Derecho Fundamental, por tal razón, le corresponde al legislador ordinario regular la temática y no al legislador estatutario como se pretende.</p>	<p>Frente al artículo 13, del P.L. se debe manifestar que no cumple los presupuestos de reserva de ley estatutaria, esto es; (i) la materia regulada no trata del Derecho Fundamental a la Salud, (ii) no regula elementos estructurales ni principios básicos del derecho fundamental cuestión, (iii) no se refiere a los contenidos esenciales del derecho fundamental a la salud, (iv) no regula aspectos inherentes al ejercicio del derecho fundamental a la salud, (v) no consagra límites, restricciones, excepciones y</p>	<p>Artículo 14. Centros de Excelencia. Los Centros de Excelencia son prestadores complementarios que pueden ser prestadores independientes o subredes de atención que se caracterizan por su capacidad de integrar la asistencia, la investigación y la docencia alrededor de la enfermedad o conjuntos de enfermedades que requieran de alto aporte en tecnología y especialización médica.</p> <p>Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá y reglamentará, dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, los grupos de enfermedad o procedimientos que para su manejo requieran la incorporación de Centros de Excelencia, así como los regímenes de transición para su creación y habilitación.</p>	<p>prohibiciones que delimiten el núcleo esencial del Derecho Fundamental a la Salud, (v) no se trata de un cuerpo normativo que pretenda regular de manera integral, estructural y completa, el derecho fundamental a la salud, (vi) no alude a la estructura general y principios reguladores del Derecho Fundamental pero sí al desarrollo integral y detallado del mismo (vii) y la disposición no refiere a situaciones principales e importantes del Derecho."</p> <p>En consecuencia, la definición del Prestador Complementario, es un aspecto específico relacionado con el Derecho Fundamental, por tal razón, le corresponde al legislador ordinario regular la temática y no al legislador estatutario como se pretende.</p> <p>Frente a este artículo se debe manifestar que no cumple los presupuestos de reserva de ley estatutaria, esto es; (i) la materia regulada no trata del Derecho Fundamental a la Salud, (ii) no regula elementos estructurales ni principios básicos del derecho fundamental cuestión, (iii) no se refiere a los contenidos esenciales del derecho fundamental a la salud, (iv) no regula aspectos inherentes al ejercicio del derecho fundamental a la salud, (v) no consagra límites, restricciones, excepciones y prohibiciones que delimiten el núcleo esencial del Derecho Fundamental a la Salud, (vi) no se trata de un cuerpo normativo que pretenda regular de manera integral, estructural y completa el derecho fundamental a la salud, (vii) no alude a la estructura general y principios reguladores del Derecho Fundamental pero sí al</p>	
<p>Artículo 13. Prestadores complementarios. Los prestadores complementarios son aquellos prestadores con capacidad para atender el manejo de enfermedades y condiciones que requieran aporte continuo de mediana y alta complejidad, ambulatorio, de internación y ejecución de procedimientos quirúrgicos. Deberán garantizar la integralidad de la atención y su complementariedad a través del sistema de referencia y contrarreferencia dentro de la Red Integrada e Integral de Servicios de Salud definida.</p>	<p>Frente al artículo 13, del P.L. se debe manifestar que no cumple los presupuestos de reserva de ley estatutaria, esto es; (i) la materia regulada no trata del Derecho Fundamental a la Salud, (ii) no regula elementos estructurales ni principios básicos del derecho fundamental cuestión, (iii) no se refiere a los contenidos esenciales del derecho fundamental a la salud, (iv) no regula aspectos inherentes al ejercicio del derecho fundamental a la salud, (v) no consagra límites, restricciones, excepciones y</p>				

		<p>desarrollo integral y detallado del mismo (vii) y la disposición no refiere a situaciones principales e importantes del Derecho.”</p> <p>En consecuencia, la creación de Centros de Excelencia, es un aspecto específico relacionado con el Derecho Fundamental, por tal razón, le corresponde al legislador ordinario regular la temática y no al legislador estatutario como se pretende.</p>		<p>empezará con la posesión y culminará tres (3) meses después del inicio del periodo institucional del Presidente de la República. 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.”</p>	<p>restricciones, excepciones y prohibiciones que delimiten el núcleo esencial del Derecho Fundamental a la Salud, (v) no se trata de un cuerpo normativo que pretenda regular de manera integral, estructural y completa el derecho fundamental a la salud, (vi) no alude a la estructura general y principios reguladores del Derecho Fundamental pero si al desarrollo integral y detallado del mismo (vii) y la disposición no refiere a situaciones principales e importantes del Derecho.”</p> <p>Así, la modificación de leyes ordinarias, es competencia del legislador ordinario y no del legislador estatutario como se pretende.</p>
	<p>Artículo 15. Modifíquese el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016, el cual quedará así:</p> <p>“Artículo 20. Nomenclatura 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 según el perfil del gerente y la tipología de la ESE, a través de concurso de méritos adelantado por la Comisión Nacional del Servicio Civil, para periodos institucionales de cuatro (4) años. El nombramiento se realizará en los términos del artículo 72 de la Ley 1438 de 2011.</p> <p>En el nivel nacional los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados por el Presidente de la República, dentro de los tres (3) meses siguientes a su posesión, previo concurso de méritos adelantado por la Comisión Nacional del Servicio Civil, para periodos institucionales de cuatro (4) años.</p> <p>Los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados para periodos institucionales de cuatro (4) años, el cual</p>	<p>El objeto del P.L. es modificar la Ley 1751 de 2015; en el presente artículo se realiza la modificación al artículo 20 de la Ley 1797 de 2016, por lo que no guarda concordancia con el objeto propuesto en el P.L. Adicionalmente, se trata de un tema operativo no contemplado en la ley estatutaria 1751 de 2015, que no regula elementos esenciales o estructurales del derecho fundamental a la salud. Se considera que la regulación del nombramiento de gerentes o directores de la ESE, no es un elemento esencial ni de protección ni garantiza el derecho fundamental a la Salud y no coincide con el objeto del P.L.</p> <p>En consecuencia, se trata de un artículo que no cumple los presupuestos de reserva de ley estatutaria, esto es; (i) la materia regulada no trata del derecho fundamental a la Salud, (ii) no regula elementos estructurales ni principios básicos del derecho fundamental cuestión, (iii) no se refiere a los contenidos esenciales del derecho fundamental a la salud, (iv) no regula aspectos inherentes al ejercicio del derecho fundamental a la salud, (v) no consagra límites,</p>	<p>Artículo 16. Prohibición de tercerización laboral para el Talento Humano en Salud. El personal requerido en toda institución o empresa pública o privada que preste servicios en salud para el desarrollo de actividades misionales permanentes no podrá estar vinculado a través de figuras que hagan intermediación laboral. Conforme a lo anterior, el personal asistencial deberá ser contratado bajo un contrato laboral con todos los requisitos contemplados en el Código Sustantivo del Trabajo.</p>	<p>El artículo es ambiguo y desconoce que las instituciones de conformidad con su naturaleza jurídica cuentan con autonomía administrativa y financiera, tal y como lo manifestó la Corte Constitucional en Sentencia C-064 de 2008, en donde estableció que:</p> <p><i>Las Instituciones Prestadoras de Salud son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dentro de las Entidades Promotoras de Salud o fuera de ellas. Son entidades organizadas para la prestación de los servicios de salud, que tienen como principios básicos la calidad y la eficiencia, cuentan con autonomía administrativa, técnica y financiera, y deben propender por la libre concurrencia de sus acciones. El legislador ha considerado que se trata de</i></p>	
	<p>Artículo 17. Sistema de información para la gestión, planificación y formación del Talento Humano en Salud. El</p>	<p><i>entidades que prestan servicios en el área de la salud, compiten en este mercado, deben respetar las reglas que impiden el monopolio y garantizan la libertad de competencia en la prestación de sus servicios, con lo cual queda demostrado que jurídicamente son valoradas como empresas creadas, entre varios fines, con el propósito de obtener lucro económico, salvo claro está aquellas entidades sin ánimo de lucro. (subrayado fuera del texto).</i></p> <p>Adicionalmente, se trata de un artículo que no cumple los presupuestos de reserva de ley estatutaria, esto es; (i) la materia regulada no trata del derecho fundamental a la Salud, (ii) no regula elementos estructurales ni principios básicos del derecho fundamental cuestión, (iii) no se refiere a los contenidos esenciales del derecho fundamental a la salud, (iv) no regula aspectos inherentes al ejercicio del derecho fundamental a la salud, (v) no consagra límites, restricciones, excepciones y prohibiciones que delimiten el núcleo esencial del Derecho Fundamental a la Salud, (v) no se trata de un cuerpo normativo que pretenda regular de manera integral, estructural y completa el derecho fundamental a la salud, (vi) no alude a la estructura general y principios reguladores del Derecho Fundamental pero si al desarrollo integral y detallado del mismo (vii) y la disposición no refiere a situaciones principales e importantes del Derecho.”</p> <p>Este artículo es reiterativo de lo ya contemplado en el artículo 19 de la Ley 1751 de 2015:</p>	<p>Gobierno Nacional en un plazo no mayor a un año a partir de la entrada en vigencia de la presente ley deberá tener un sistema interoperable de información del Talento Humano en Salud, haciendo uso del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud - ReTHUS, el Servicio Social Obligatorio (SSO) y las residencias médicas, con el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), el Sistema de Información para la Protección Social (SISPRO), el Sistema Nacional de Educación Superior (SNIES), Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (SACES) y el Sistema de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (SIET) del Ministerio de Educación Nacional, con el fin de desarrollar la política nacional del Talento Humano en Salud.</p>	<p>Artículo 19. Política para el manejo de la información en salud. Con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los actores, en sus diferentes niveles y su transformación en información para la toma de decisiones, se implementará una política que incluya un sistema único de información en salud, que integre los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros.</p> <p>Los agentes del Sistema deben suministrar la información que requiera el Ministerio de Salud y Protección Social, en los términos y condiciones que se determine.</p> <p>Y si bien el mismo no sería inconstitucional, si responde a la competencia del legislador ordinario y no el estatutario como erróneamente se plantea.</p>	
			<p>Artículo 18. Oferta de programas de especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina. Las Instituciones de Educación Superior -IES- que ofrezcan especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina y las instituciones con las cuales establezcan los convenios de docencia-servicio en el marco del Sistema Nacional de Residentes recibirán incentivos para el establecimiento de compromisos de formación de especialistas de acuerdo con el análisis disponibilidad del Talento Humano en Salud en el territorio nacional. El Gobierno Nacional diseñará los incentivos para las</p>		

	Instituciones de Educación Superior y las instituciones con las cuales establezcan los convenios de docencia-servicio.			proveedores de servicios y tecnologías en salud, con el fin de cubrir el pago de las obligaciones en los montos que se definan, garantizando en todo momento que exista un riesgo asegurable para el Fondo.	
	<p>Artículo 19. Creación y objeto del Fondo de Garantías del Sector Salud. Créase el Fondo de Garantías del Sector Salud como una entidad del nivel descentralizado, de naturaleza única, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa, presupuestal y patrimonio independiente, sometida al derecho público y vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con su objeto y naturaleza. Deberán inscribirse obligatoriamente en el Fondo, las EPS y de forma voluntaria los prestadores de servicios y otros proveedores de servicios y tecnologías en salud.</p> <p>El Fondo tiene por objeto garantizar la continuidad de prestación de servicios de salud al usuario cuando esta pueda verse amenazada por la imposibilidad de pago de obligaciones por parte de las EPS o prestadores de servicios como resultado de problemas financieros.</p> <p>Parágrafo 1. Las operaciones del Fondo se registrarán por esta Ley, por las normas del derecho privado y por el reglamento que expida el Gobierno Nacional dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley.</p> <p>Parágrafo 2. El Gobierno Nacional reglamentará, dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, las condiciones de amparo del seguro de acreencias para las IPS y</p>	<p>Frente a este artículo se debe manifestar que no cumple los presupuestos de reserva de ley estatutaria, esto es; (i) la materia regulada no trata del Derecho Fundamental a la Salud, (ii) no regula elementos estructurales ni principios básicos del derecho fundamental cuestión, (iii) no se refiere a los contenidos esenciales del derecho fundamental a la salud, (iv) no regula aspectos inherentes al ejercicio del derecho fundamental a la salud, (v) no consagra límites, restricciones, excepciones y prohibiciones que delimiten el núcleo esencial del Derecho Fundamental a la Salud, (vi) no se trata de un cuerpo normativo que pretenda regular de manera integral, estructural y completa el derecho fundamental a la salud, (vii) no alude a la estructura general y principios reguladores del Derecho Fundamental pero si al desarrollo integral y detallado del mismo (vii) y la disposición no refiere a situaciones principales e importantes del Derecho.”</p> <p>En consecuencia, la creación de Fondo de Garantías del Sector Salud, es un aspecto específico relacionado con el Derecho Fundamental, por tal razón, le corresponde al legislador ordinario regular la temática y no al legislador estatutario como se pretende.</p>	<p>Artículo 20. Regulación de Conglomerados Empresariales del Sector Salud. La Superintendencia Nacional de Salud tendrá a cargo la regulación de todas las empresas que manejen recursos de la UPC y de sus holdings en lo concerniente al uso de los recursos de la UPC. Asimismo, definirá los requerimientos de capital y autorizará las inversiones que hagan en otras empresas del sector salud, buscando reducir el riesgo endógeno y su transmisión a lo largo del sector.</p> <p>Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud expedirán, en un plazo no mayor a un año, la reglamentación correspondiente.</p>	<p>Frente a este artículo se debe manifestar que no cumple los presupuestos de reserva de ley estatutaria, esto es; (i) la materia regulada no trata del Derecho Fundamental a la Salud, (ii) no regula elementos estructurales ni principios básicos del derecho fundamental cuestión, (iii) no se refiere a los contenidos esenciales del derecho fundamental a la salud, (iv) no regula aspectos inherentes al ejercicio del derecho fundamental a la salud, (v) no consagra límites, restricciones, excepciones y prohibiciones que delimiten el núcleo esencial del Derecho Fundamental a la Salud, (vi) no se trata de un cuerpo normativo que pretenda regular de manera integral, estructural y completa el derecho fundamental a la salud, (vii) no alude a la estructura general y principios reguladores del Derecho Fundamental pero si al desarrollo integral y detallado del mismo (vii) y la disposición no refiere a situaciones principales e importantes del Derecho.”</p> <p>En consecuencia, la Regulación de Conglomerados Empresariales del Sector Salud es un aspecto específico relacionado con el Derecho Fundamental, por tal razón, le corresponde al legislador ordinario regular la temática y no al legislador estatutario como se pretende.</p>	
			<p>Artículo 21. Régimen de Insolvencia. A las</p>		
	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud se les aplicarán las reglas del régimen de insolvencia empresarial establecidas en la Ley 1116 de 2006 previa armonización con la regulación aplicable.			<p>14 de 2000 del CDESC, en un esfuerzo vano. En el mismo, no subyacen los elementos que materialicen el goce efectivo del derecho a toda la población residente en el país y en todo el territorio nacional.</p>	
<p>3. Conclusiones</p> <p>Teniendo en cuenta el análisis jurídico anterior, se puede concluir sobre el P.L. No.054 de 2024 Senado acumulado con el P.L. No. 059 de 2024 Senado, que son INCONVENIENTES, de acuerdo a las siguientes conclusiones:</p> <p>3.1 El Viceministerio de Protección Social concluyó en el concepto técnico al proyecto de ley lo siguiente:</p> <p>3.1.1. <i>Lo primero que se destaca es que las normas propuestas no son normas estatutarias a pesar del esfuerzo de confusión que se ha tratado de inocular con el fin de torpedear una reforma estructural al Sistema de Salud en el marco de la Ley 1751 de 2015. Se recuerda que el proyecto 059 retoma múltiples aspectos de uno presentado en 2020 como norma ordinaria y desarrollo de dicha ley y no regula el núcleo esencial del derecho. Desde su título entra en una contradicción insalvable pues supuestamente desarrollaría la Ley 1751 (art. 1°) pero a la vez la modifica en un error de técnica legislativa. Es notorio el error cuando se pretende subir al nivel de estatutario al Sistema General de Seguridad Social en Salud (que es uno de los sistemas posible de organización de la salud) y a las EPS.</i></p> <p>3.1.2. <i>Se trata de proyectos de ley que puede considerarse regresivos respecto a las condiciones de acceso al derecho fundamental a la salud, toda vez que, como se establece en el presente escrito, este derecho debe ser garantizado bajo la coordinación y regulación del Estado, con enfoque territorial y articulación con los determinantes en salud, pudiendo ser contrario a términos del amparo del derecho constitucional, fundamental y autónomo a la salud, en el marco de lo establecido tanto en la Sentencia T-760 de 2008, como en la Ley Estatutaria 1751 de 2015.</i></p> <p>3.1.3. <i>Su visión es el propio a la visión mercantil del derecho pretendiendo que, con una serie de ajustes, el modelo que se estructuró en 1993 puede adecuarse a los elementos básicos de contenidos en el Ley 1751 de 2015 y que retoman la Observación General</i></p>	<p>Artículo 22. Periodo de transición. Después de la entrada en vigencia de la presente ley, el Gobierno Nacional y los demás actores competentes tendrán hasta tres (3) años de transición para la puesta en marcha del Modelo de Atención previsto en la presente ley.</p> <p>Artículo 23. Vigencia y derogatorias. La presente Ley rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.</p>			<p>3.1.4. <i>Mantienen un rol directriz en las EPS, como un rasgo que está a lo largo de todo el proyecto, sin tener en cuenta que las labores de direccionamiento supervisión, organización, regulación, coordinación y control son propias del Estado, en los términos de los artículos 49 de la Constitución Política, modificado por el A.L 2 de 2009, y 2° de la Ley 1751 de 2015.</i></p> <p>3.1.5. <i>El enfoque de la salud que contienen los proyectos de ley se orienta hacia el paradigma positivista de la prestación de servicios y medicalización, alejándose de los aspectos esenciales del derecho a la salud.</i></p> <p>3.1.6. <i>Adicionalmente, va en contravía de la sentencia C-313 de 2014 cuando establece una limitación sensible a los servicios cubiertos pues el parágrafo 2° del artículo 18 de la propuesta restringe el alcance del derecho fundamental a un Plan Básico de Salud. Debe recordarse que, de acuerdo con la mencionada sentencia y el alcance del artículo 15 de la Ley 1751, lo que no está excluido, tomando en cuenta los parámetros allí establecidos, se encuentra incluido. Introducen, así, elementos regresivos del derecho.</i></p> <p>3.1.7. <i>Las iniciativas persisten en la introducción de lógicas del aseguramiento desde una perspectiva eminentemente comercial y económica, desconociendo que en la actualidad el derecho a la salud ya no es solo un derecho económico, social y cultural, sino un derecho constitucional, fundamental y autónomo, tal como se dispone en la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y lo indicado lo Corte Constitucional, reiteradamente.</i></p> <p>3.1.8. <i>La iniciativa deja de lado la aplicación correcta del régimen de insolvencia aplicable a las IPS, entre otras entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, también realiza un deficiente desarrollo en materia de regulación de Conglomerados Empresariales del Sector Salud.</i></p> <p>3.1.9. <i>Plantea transitoriedades de aspectos como la territorialización y los equipos que ya se encuentran previstos y en implementación, dilatando el cumplimiento de los mismos sin justificación alguna.</i></p> <p>3.1.10. <i>No es claro frente a la medida de giro directo, como tampoco lo es frente a las en que está definido la creación y operación del Fondo de Garantías, pues se definen claramente el objeto, las fuentes y los análisis de suficiencia y sostenibilidad.</i></p> <p>3.1.11. <i>Incorpora al Ministerio de Hacienda y Crédito Público en decisiones propias del sector, creando una tutela que afecta la rectoría de este Ministerio.</i></p>	<p>3.2. Se reitera que los proyectos de ley 054 de 2024 (S) y 059 de 2024 (S), acumulados son INCONVENIENTES, ya que no reúnen los presupuestos de reserva de ley estatutaria contemplados en la sentencia C-791 de 2011, porque en todo el cuerpo normativo no se regulan elementos estructurales ni principios básicos del derecho fundamental a la salud; no se hace referencia a los contenidos esenciales del derecho fundamental a la salud; no se regulan aspectos inherentes al ejercicio del derecho fundamental a la salud; no consagran límites, restricciones, excepciones y prohibiciones que delimiten el núcleo esencial del derecho fundamental a la Salud; no se trata de un cuerpo normativo que pretenda regular de manera integral, estructural y completa el derecho fundamental a la salud; y no alude a la estructura general y principios reguladores del derecho fundamental.</p>
			<p>4. Solicitud de publicación de concepto institucional</p>		

En vista de la relevancia del proyecto de ley aquí conceptuado, y en cumplimiento de lo establecido en el numeral 7 del artículo 6 del Decreto 4107 el cual preceptúa:

ARTÍCULO 6°. Funciones del Despacho del Ministro de Salud y Protección Social. Además de las señaladas por la Constitución Política y el artículo 61 de la Ley 489 de 1998, el Despacho del Ministro de Salud y Protección Social tendrá las siguientes funciones:

(...) 7. Presentar, orientar e impulsar los proyectos de actos legislativos y de ley ante el Congreso de la República, en las materias relacionadas con los objetivos y funciones del Ministerio.

Solicitamos amablemente se realice la publicación del presente concepto en la gaceta oficial del Senado de la República y se vincule el concepto institucional de esta cartera ministerial a los proyectos de ley acumulados en mención.

En estos términos, se emite el concepto institucional, componente jurídico, por parte de la Dirección Jurídica del Ministerio de Salud y Protección Social en lo relativo a la iniciativa de la referencia.

Cordialmente,

 Firmado digitalmente por Rodolfo Enrique Salas Figueroa

RODOLFO ENRIQUE SALAS FIGUEROA
Director Jurídico (E)