



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° 1317

Bogotá, D. C., martes, 10 de septiembre de 2024

EDICIÓN DE 29 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
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

PROYECTOS DE LEY ESTATUTARIA

PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA NÚMERO 59 DE 2024 SENADO

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.

<p style="text-align: right;">PC. 59/24</p>  <p style="text-align: center;">I. TEXTO PROPUESTO</p> <p style="text-align: center;">PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA No. _____ DE 2024 "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".</p> <p style="text-align: center;">EL CONGRESO DE COLOMBIA DECRETA CAPÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES</p> <p>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.</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 financiero.</p> <p>Este sistema deberá coordinarse con las políticas públicas que afectan o intervienen los determinantes sociales de la salud".</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:</p> <p>"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:</p> <p>(...)</p>	<p>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.</p> <p>l) Ajustar cada año con fundamento en la información de la vigencia anterior el valor de la Unidad de Pago por Capitación - 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 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.</p> <p>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.</p> <p>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, sociodemográficas, culturales, necesidades en salud, las capacidades de atención y las condiciones de acceso a los servicios de salud.</p> <p>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>Artículo 4. Adiciónense el literal o) al artículo 6 de la Ley 1751 de 2015, el cual quedará así:</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 style="text-align: center;">CAPÍTULO II GOBERNANZA Y ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.</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 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 los prestadores y proveedores de servicios y tecnologías de salud privados, designado por las agremiaciones y asociaciones que los congreguen. 10. Un representante de las Entidades Promotoras de Salud. 	<ol style="list-style-type: none"> 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, quién 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 style="text-align: center;">CAPÍTULO III GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD – GIRS Y ASEGURAMIENTO</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, familias y comunidades, con el fin de intervenirlos 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>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>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>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 Hacienda con 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>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</p>	<p>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 style="text-align: center;">CAPÍTULO IV MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS</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>Toda persona estará adscrita a un prestador primario y a un médico con enfoque de familia y comunidad altamente resolutivo, de su libre elección, ubicado cerca al lugar de residencia o trabajo, de acuerdo con la reglamentación que el Ministerio de Salud y Protección expida.</p> <p>La coordinación de la atención individual primaria y complementaria estará a cargo de las EPS y deberá ser ejecutada de manera integrada por los diferentes miembros de su red de servicios.</p> <p>Para garantizar la atención primaria en salud se deberá tener actualizada la Historia Clínica Electrónica Interoperable, que trata la Ley 2015 de 2020, de cada uno de los afiliados al sistema.</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>

Artículo 12. Prestador primario. El prestador primario es el componente básico del servicio de salud que velará por la promoción, prevención, 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.

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 tele salud, equipos móviles de atención, atención domiciliaria tanto ambulatoria como hospitalaria, de manera que se garantice el acceso oportuno de la atención.

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.

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.

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.

Artículo 15. Modifíquese el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016, el cual quedará así:

“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 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.

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.

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. 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.”

**CAPITULO V.
TALENTO HUMANO EN SALUD.**

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.

Artículo 17. Sistema de información para la gestión, planificación y formación del Talento Humano en Salud. El 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.

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 Instituciones de Educación Superior y las instituciones con las cuales establezcan los convenios de docencia- servicio.

**CAPITULO VI.
FINANCIACIÓN Y OTRAS DISPOSICIONES**

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.

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.

Parágrafo 1. Las operaciones del Fondo se regirán 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.

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 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.

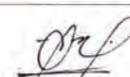
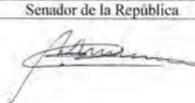
Artículo 20. Regulación de Conglomerados Empresariales del Sector Salud. La Superintendencia Nacional de Salud tendrá a cargo la regulación de todas las empresas que manejen recursos de la UPC y de sus holdings en lo concerniente al uso de los recursos de la UPC. Asimismo, definirá los requerimientos 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.

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.

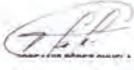
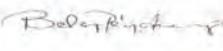
Artículo 21. Régimen de Insolvencia. A las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud se les aplicarán las reglas del régimen de insolvencia empresarial establecidas en la Ley 1116 de 2006 previa armonización con la regulación aplicable.

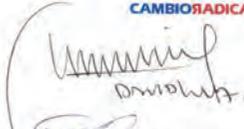
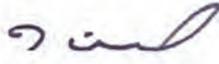
Artículo 22. Período de transición. Después de la entrada en vigencia de la presente ley, el Gobierno Nacional y los demás actores competentes tendrán hasta tres (3) años de transición para la puesta en marcha del Modelo de Atención previsto en la presente ley.

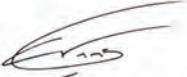
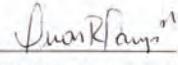
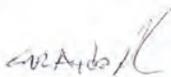
Artículo 23. Vigencia y derogatorias. La presente Ley rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

	
CARLOS F MOTOA SOLARTE Senador de la República	CARLOS MARIO FARELO DAZA Senador de la República
	
ANA MARÍA CASTAÑEDA GÓMEZ Senadora de la República	ANTONIO ZABARAÍN GUEVARA Senador de la República
	
CARLOS JULIO GONZÁLEZ VILLA Senador de la República	CARLOS ABRAHAM JIMÉNEZ Senador de la República

	
EDGAR JESÚS DÍAZ CONTRERAS Senador de la República	JORGE BENEDETTI MARTELO Senador de la República

 JOSE LUIS PÉREZ OYUELA Senador de la República	 ADRIANA CAROLINA ARBELÁEZ GIRALDO Representante a la Cámara Bogotá D.C.
 BAYARDO GILBERTO BETANCOURT Representante a la Cámara Departamento de Nariño	 BETSY JUDITH PÉREZ ARANGO Representante a la Cámara Departamento de Atlántico
 CARLOS ALBERTO CUENCA CHAUX Representante a la Cámara Departamento de Guanía	 GERSEL LUIS PÉREZ ALTAMIRA Representante a la Cámara Departamento de Atlántico
 HERNANDO GONZÁLEZ Representante a la Cámara Departamento de Valle del Cauca	 JAIME RODRÍGUEZ CONTRERAS Representante a la Cámara Departamento de Meta

 JAIRO HUMBERTO CRISTO CORREA Representante a la Cámara Departamento de Norte de Santander	  JAVIER ALEXANDER SÁNCHEZ REYES Representante a la Cámara Departamento de Vichada
 JOHN EDGAR PÉREZ ROJAS Representante a la Cámara Departamento de Quindío	 JORGE MÉNDEZ HERNÁNDEZ Representante a la Cámara Departamento de San Andrés y Providencia
 JULIO CÉSAR TRIANA QUINTERO Representante a la Cámara Departamento de Huila	 LINA MARÍA GARRIDO MARTÍN Representante a la Cámara Departamento de Arauca
 MAURICIO PARODI DÍAZ Representante a la Cámara Departamento de Antioquia	 MODESTO ENRIQUE AGUILERA VIDES Representante a la Cámara Departamento de Atlántico

 NESTOR LEONARDO RICO RICO Representante a la Cámara Departamento de Cundinamarca	 OSCAR RODRIGO CAMPO HURTADO Representante a la Cámara Departamento de Cauca
 SANDRA MILENA RAMÍREZ CAVIEDES Representante a la Cámara Departamento de Magdalena	 LUZ AYDA PASTRANA LOAIZA Representante a la Cámara Departamento de Huila

SENADO DE LA REPÚBLICA
Secretaría General (Art. 139 y ss Ley 5ª de 1.992)
El día 31 del mes Julio del año 2024
se radicó en este despacho el proyecto de ley
Nº 059 Acto Legislativo N° _____, con todos y
cada uno de los requisitos constitucionales y legales
por H. Carlos Fernando Hoyos Sobrte
y otros congresistas

SECRETARIO GENERAL

2. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA No. ____ DE 2024
"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".

La discusión sobre el avance de Colombia en diversos indicadores de salud pública ha sido compleja, se ha caracterizado por ignorar los logros alcanzados y desconocer los avances de un sistema dinámico que constantemente se ve exigido a adaptarse a las crecientes demandas en salud, y preferir plantear la noción de sistema fracasado y en crisis que debe ser reemplazado. Para bien de las justas proporciones, una revisión precisa a la evolución de distintos datos empíricos a lo largo de estos 30 años permite exponer un sistema con notables logros en salud y materia social, pero con una serie de problemas y retos por afrontar, lo que nos obliga a definir, ajustar y orientar el funcionamiento del Sistema de Salud, solucionando los problemas actuales y acumulados del Sistema, sin perder de vista los avances y ganancias sociales alcanzadas hasta ahora como son la cobertura universal, el financiamiento progresivo del sistema, la protección financiera de los hogares y el mayor acceso a los servicios.

A. Evolución y fortalecimiento del esquema de aseguramiento en salud

En Colombia al igual que los demás países del contexto latinoamericano, durante la última década del siglo XX se llevaron a cabo diferentes iniciativas de reforma a los sistemas de salud. Para ese entonces, el sistema de salud operante, conocido como Sistema Nacional de Salud, se caracterizaba por grupos de riesgo atomizados, poca eficiencia, ausencia de subsidios públicos para los pobres, grandes desembolsos directos de particulares, y una enorme desigualdad, pues la población pobre era la más afectada (Escobar, Giedion, Giuffrida & Glassman, 2010).

En 1992 alrededor del 80% de la población rural y el 45% de la urbana no estaba cubierta por sistema alguno y dependían únicamente de los servicios prestados por las entidades públicas de salud. Además de esta inequidad en la cobertura, la poca que había se materializaba a través de la prestación de servicios inequitativos, como lo refleja que el 12% de las hospitalizaciones y 20% de las cirugías hechas por el sector público, eran percibidas por el quintil más rico de la población (Zapata, 2012).

En este contexto la reforma a la salud de 1993 (Ley 100) apuntó principalmente a dos objetivos: la universalización de la cobertura de sistema y el logro de la equidad en el acceso entre grupos sociales (Ruiz, 2010) mediante unos nuevos arreglos contractuales que

alentarían la eficiencia y estimularían la calidad (Londoño y Frenk, 1997 citado en Escobar et al, 2010).

Teniendo de presente las limitaciones que se han presentado en la implementación de este sistema y sus objetivos, que de hecho motivan en parte esta iniciativa, una importante literatura especializada ha hecho referencia a la efectividad de esta reforma sobre el incremento de la cobertura, especialmente para la población más vulnerable, sobre el incremento en el acceso de los servicios y sobre los avances en protección financiera de los hogares y reducción del gasto catastrófico. A su vez, el avance normativo que ha implicado el reconocimiento de la salud como derecho fundamental, la cobertura casi universal por encima del 98% no solo para nacionales sino para residentes, la ampliación de beneficios, el aumento en oferta en la prestación de servicios y la mejoría de los resultados en salud de la población.

A pesar de lo anterior, persisten serios problemas en la calidad, oportunidad e integralidad de la atención médica y en el desarrollo y formalización del talento humano. Barreras para el acceso a procedimientos, especialistas y medicamentos, que pueden ser aún mayores en ciertas regiones, la baja detección del riesgo en el ciudadano y discontinuidad en el paciente, el cual enfrenta un sistema fragmentado, y la baja tasa de consultas de promoción y prevención dan muestra de las tareas inacabadas y retos a solucionar por parte de la institucionalidad rectora y que son objeto de abordaje por parte de las propuestas definidas en la presente iniciativa legislativa.

B. Cobertura del aseguramiento

Para 1991, sólo se reportaban como beneficiarios de la seguridad social a través del Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS) al 28% de la población (DNP, 2000)¹, mientras que hoy se habla de una cobertura del 97,6%. (Min Salud, 2020)². De igual forma esta cobertura se caracterizaba por enfocarse en la población con mayor capacidad económica, en detrimento de la afiliación de los sectores más vulnerables. Mientras el 47% del quintil poblacional más rico tenía cobertura en salud mientras que solo el 4,3% del quintil más pobre tenía este tipo de protección.

En los primeros años de implementación de la reforma, durante 1993 y 1997 la cobertura del aseguramiento pasó del 20 al 57 por ciento de la población debido a la extensión de la cobertura a los dependientes o grupo familiar de los individuos que cotizaban a una de más de 1000 instituciones de seguridad que existían con anterioridad a 1993; y, el otorgamiento

¹ DNP. (2000). Gasto Público en Salud 1990-1999. Claudio René Karl. Unidad de Análisis Macroeconómico. Min Salud (2020). SERIE ANUAL DE AFILIACIÓN A NIVEL NACIONAL 1995-2020 (octubre). https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/consulta.faces?_afiliacion-contributivo-2005-2016.pdf

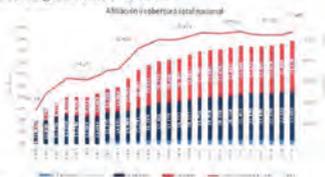
de subsidios a cerca de 7,0 millones de colombianos (Céspedes Londoño, Jaramillo & Castaño, 2002)³. En contraste, el SNS solo afilió al 18% de los dependientes de sus afiliados.

La afiliación al SGSS se ha incrementado en todos los quintiles de ingreso, pero más intensamente en los quintiles de menor ingreso, en los cuales predomina el régimen subsidiado. Para el año 2008 y tras 15 años de operación del sistema, la cobertura total, llegó al 90% de la población, principalmente por el crecimiento de la afiliación al régimen subsidiado, a partir del año 2003, explicado en gran medida por el aumento en la cobertura de la población sin capacidad de pago, pues en este periodo de tiempo el régimen subsidiado creció 2,8 veces más que el régimen contributivo.

La cobertura también ha sido equitativa, superando la situación en la que se encontraba la población más pobre cincuenta puntos porcentuales más abajo que la del quintil de más altos ingresos en 1995. Tras la implantación del esquema de aseguramiento las brechas de cobertura entre la población con distintos niveles de ingreso se han venido disminuyendo. Para 2004 la cobertura del seguro en el grupo de ingresos más bajo se había multiplicado unas 18 veces respecto del nivel de 1993, mientras que la cobertura en el grupo de ingresos más altos aumentó 1,4 veces (Giedion, Díaz & Savedoff, 2010). Para el 2016, tanto el 92,6% de la población con menores ingresos como el 91,1% de la población con mayores ingresos contaba con cobertura de afiliación al SGSS. (Min. Salud 2017).⁴

A su vez ha sido un elemento que ha incidido sobre el cierre de las brechas regionales. En 11 departamentos (Cauquetá, La Guajira, Sucre, Amazonas, Nariño, Arauca, Putumayo, Chocó, Guainía, Vaupés y Vichada) que corresponden a su vez a zona rural o alta dispersión y con presencia de grupos de especial protección, más del 80% de la población afiliada es atendida por el régimen subsidiado (DANE-ECV, 2019).

Gráfico 1. Cobertura del aseguramiento 1995-2020.



Fuente: MinSalud, 2020.

³ Céspedes Londoño, J. Jaramillo I & Castaño, R. (2002). Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia. ⁴ Ministerio de Salud. (2017). Boletín del Aseguramiento en Salud.

En últimas se puede evidenciar cómo la cobertura del aseguramiento ha venido aumentando en todos los grupos de ingresos desde 1993. Dicha mejora ha sido especialmente pronunciada entre los más pobres y en las regiones menos desarrolladas.

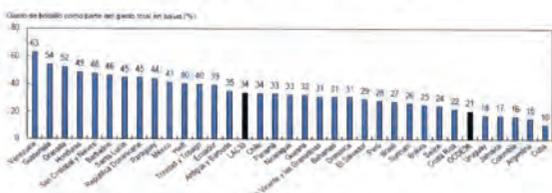
C. Protección financiera

La protección financiera en salud implica que, las personas indistintamente de sus condiciones socioeconómicas y políticas puedan obtener los servicios de atención médica que requieren sin experimentar dificultades financieras o comprometer su capacidad adquisitiva. Es tal su importancia en cualquier sistema de salud que ha sido incluido dentro de los Objetivos de Desarrollo Sustentables -ODS-2030- (OPS, 2020).⁵

Una de las principales barreras para acceder a la atención y servicios de salud surge de los gastos de bolsillo en salud, pues si este gasto sobrepasa cierto umbral del ingreso disponible de los hogares, puede ser un generador potencial de pobreza, adoptando la definición de gasto catastrófico. Un alto nivel de estos gastos es indicador de sistemas de salud débiles, niveles más bajos de cobertura de servicios y, en general, un peor escenario de referencia para enfrentar coyunturas como la pandemia actual (OCDE, 2020).

Colombia, a pesar de su desigualdad e inequidad histórica, ha logrado reducir dicho gasto a un nivel más que reconocible, pasando de 52% en 1993 a un 16% en la actualidad, valor muy inferior al promedio de Latinoamérica y el Caribe (LAC) donde representa el 34% del gasto total en salud, e incluso muy por debajo del 21% en los países OCDE que contrasta en gran medida con el promedio regional. (OCDE, 2020).

Gráfico 2. Gasto de bolsillo en Colombia, Latinoamérica y promedio OCDE



Fuente: OCDE. (2020). Repositorio Global de Gasto en Salud, OMS 2020.

⁵ OPS. (2020). La OPS trabaja con los países para desarrollar capacidades para calcular e informar indicadores de protección financiera para el desarrollo de políticas.

Con el aumento en la cobertura y alta protección financiera, el país también avanzó en la atención y prestación de servicios de salud. Por ejemplo, en 1993, de las personas que manifestaron haber estado enfermas, el 60 % no asistió a un servicio médico por falta de dinero, a 2016 este porcentaje solo llegaba al 6,7% (Min Salud, 2017).

Esta mejora ostensible de la protección financiera ha implicado el esfuerzo en la consecución e inversión de recursos por parte del Estado, el cual con el pasar de los años ha venido aumentando, ubicándose en la actualidad en un 7,2% del PIB, inversión superior al promedio regional que para el año 2017 (última medición) alcanzó el 6,6% del PIB. (OCDE, 2020).

Gráfico 3. Gasto en salud como porcentaje del PIB Colombia.



Fuente Min Salud.

D. Ampliación de beneficios

La ampliación de la cobertura de aseguramiento hizo notable la obtención de beneficios en salud para la población, especialmente para la que se encontraba en condición de pobreza. Independientemente de su capacidad de aporte al Sistema, desde 1993 hasta el 2011, el Sistema se enfocó en la cobertura total de condiciones específicas para dicho régimen y en la cobertura parcial del plan de beneficios. En este sentido se dio la adopción del manual de medicamentos en 1997 y su posterior actualización en 2002, la política de atención integral de patologías de alto costo en 2003 y la aclaración y compilación de los contenidos del POS subsidiado en 2005. Para el 2009 el contenido del POS del régimen subsidiado representaba cerca del 60% del que tenía el régimen contributivo (Restrepo-Zea, Casas & Espinal, 2018).⁶

⁶ Cobertura universal y acceso efectivo a los servicios de salud. ¿Qué ha pasado en Colombia después de diez años de la Sentencia T-760?

Para los años 2011 y 2012, como respuesta las limitaciones de años previos, se dio la unificación para toda la población del Plan de Beneficios (PBS antes POS), primero mediante la unificación plan de beneficios entre mayores de 60 años y luego para la población entre los 18 y 59 años y desde 2017 se definió un listado explícito de exclusiones que implica la cobertura de prestación de servicios y tecnologías estructurados sobre una concepción integral de la salud, independiente de la capacidad de pago del afiliado.

Dicha ampliación de beneficios estuvo acompañada de ajustes en la Unidad de Pago por Capitalización del régimen subsidiado, de manera que esta pasó del 56,3% de la UPC contributiva en 2008 al 89,5% en 2018. (Restrepo-Zea, Casas & Espinal, 2018). Para la fecha, el reto del sistema es obtener los recursos que permitan la puesta en marcha de los instrumentos técnicos para la nivelación plena de la UPC.

E. Aumentado en la oferta y acceso a servicios de salud

Para finales de 1993 cuando entraba en vigor la reforma, la prestación de servicios para la población se caracterizaba por la limitada infraestructura para la prestación de los servicios y la discordancia entre la oferta hospitalaria y los subsidios destinados a cubrir estos costos que a su vez no reflejaban las necesidades y demandas de la población. La implantación del aseguramiento ha traído consigo una mayor oferta y acceso a atenciones y procedimientos médicos por medio de la reducción en las barreras socioeconómicas en el acceso y la dotación de infraestructura que limitaban el modelo de salud previo a la reforma.

En términos de acceso a estos servicios, como lo señala Escobar, et al. (2010) si bien el esquema normativo definía que los hospitales públicos debían ser gratuitos y dar cobertura a los pobres y a personas sin cobertura de seguro, tan solo el 20% de las admisiones a hospitales públicos correspondía a población situada en el quintil más pobre y el 91% de los pacientes más pobres hospitalizados debía afrontar costos directos.

En este sentido, el instrumento de subsidio público era ineficiente y regresivo pues beneficiaba a pacientes con capacidad económica. Casi un 60% de las admisiones a hospitales públicos correspondía a personas de los quintiles cuarto y quinto de ingresos, pero tan solo el 69% de los pacientes con más recursos que estaban hospitalizados realizaba desembolsos directos (Molina et al 1993, citado en Escobar et al. 2010). Así, las principales razones por las cuales la población enferma no accedía a estos servicios era el costo de los servicios y la limitada oferta hospitalaria, pues los primeros niveles de atención en los centros existentes no daban solución a las necesidades de las personas y en los niveles superiores eran rechazados por su capacidad de pago u ocupación (DNP, 2000).

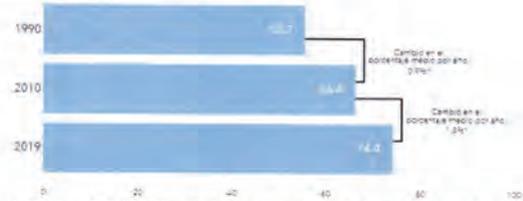
Para los años previos a la implementación del modelo de aseguramiento social, casi el 35% de los colombianos más pobres no iba ni una vez al médico y casi el 60% de las personas que

reportaron una enfermedad que requería consulta en un centro de salud en 1993 no utilizó estos servicios debido a los altos costos que esto implicaba.

Esta situación se ha corregido y a la fecha el 96% de las personas que enferman consultan a través del SGSSS (Min Salud, 2020). De este total el 66% de las personas considera que es fácil o muy fácil acceder a un servicio de salud, lo que significa un avance en la percepción de acceso a los servicios de salud pues en los últimos 5 años pues en el 2015 solo el 43% lo consideraba.

En este sentido, como lo evidencian distintos estudios y evidencia, Colombia ha presentado importantes avances medibles, tal como lo refleja el índice de cobertura efectiva de la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) que representa la cobertura de servicios para todas las necesidades sanitarias poblacionales y la medida en que esos servicios podrían contribuir a mejorar la salud, que para 1990 llegaba a un 55.7% y para 2019 alcanza el 74,4%.

Gráfica 4. Avance en cobertura sanitaria universal CSU.



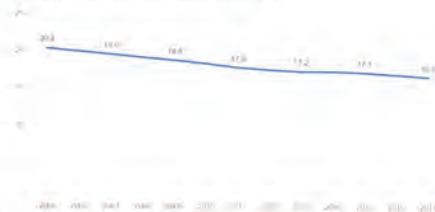
Fuente: IHME, 2020; ¿Qué tan bien proporciona este país o territorio servicios de salud esenciales y eficaces?

F. Resultados en salud

Las anteriores secciones demuestran cómo a lo largo de estas tres décadas de implementación del esquema de aseguramiento social en Colombia, ha habido una mejora sistemática en la mayoría de los indicadores de salud pública. En palabras del Banco Mundial (2019)⁷ la Cobertura Universal en Salud está sólidamente arraigada. Los resultados han mejorado en mortalidad materna, mortalidad infantil y tasas de vacunación.

⁷ Banco Mundial. (2019). Evaluación Externa de la Calidad de la Atención en el Sector Salud en Colombia

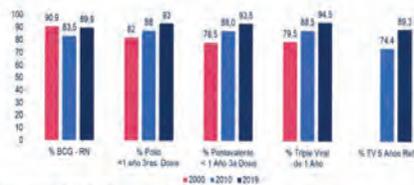
Gráfica 5. Tasa de mortalidad infantil (ajustada) x 1000 N.V.



Fuente: Min Salud, 2020.

Además, Colombia ha avanzado en la puesta en marcha del programa de vacunación más extenso de la región con 21 biológicos para 26 eventos inmunoprevenibles, con cobertura que ha ido aumentando desde el año 2000, superando el 90% en varios casos.

Gráfico 6. Cobertura de vacunas trazadoras.



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

El aumento en la cobertura de los programas de vacunación y la mejoría general de las condiciones de vida de las personas han permitido disminuir indicadores trazadores como es la mortalidad en menores de 5 años por infección respiratoria aguda la cual pasó de 35 niños por cada 100.000 en dicha década a 11,7 en 2019.

Los distintos indicadores trazadores al mirarse de forma completa inciden en uno de los indicadores de la salud del país dado como es la expectativa de vida de las personas. En este

sentido Colombia ha venido mejorando de forma importante la expectativa de vida de su población a un ritmo similar al de otros países de la región.

Gráfico 7. Expectativa de vida al nacer. 1985-2020.

PERIODO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
1985-1990	64,65	71,52	67,99
1990-1995	65,34	73,37	69,25
1995-2000	67,07	74,95	70,90
2000-2005	69,00	76,31	72,56
2005-2010	70,67	77,51	74,00
2010-2015	72,07	78,54	75,22
2015-2020	73,08	79,39	76,15

Fuente Dane (1993, 2020).

G. Derecho fundamental

Este es tal vez uno de los aspectos en el que, si bien hay avances notorios y marcos de acción definidos, el camino por recorrer es amplio. Si bien la Constitución de 1991 en su artículo 49 planteó que todos los ciudadanos tienen acceso a los servicios de salud y que es responsabilidad del Estado su provisión, nunca se habló de un derecho a la salud ni de la exigibilidad del derecho a los servicios de salud a través de las cortes por mecanismos expeditos para su reclamo como la tutela, tutela que sentó las bases para un reconocimiento, a través de jurisprudencia, en donde la Corte Constitucional estableció el derecho a la salud como un derecho fundamental en conexión con la vida y la dignidad y, por lo tanto, tutelable (Lamprea, 2017; Gutiérrez, 2018).⁸

Este protagonismo de la salud como derecho fundamental autónomo se cristalizó en las sentencias C-463 de 2008 y T-760 de 2008, en donde se definió el derecho a la salud como "la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser" (Corte Constitucional. Sentencia T-760 de 2008).

Los anteriores avances sentaron las bases para que en 2015 se adoptara la Ley Estatutaria 1751 de 2015 en la que el legislador definió, reconoció y reguló los elementos esenciales de este derecho fundamental, específicamente, su naturaleza y el alcance de esta garantía, la definición de sistema de salud, las obligaciones del Estado, sus elementos esenciales y sus

⁸Lamprea. (2017) The Judicialization of health care: A global and comparative perspective. Annual Review of Law and Social Science.

principios, los derechos y deberes específicos, así como la intersectorialidad. Se consagró así el derecho en su dimensiones individual y colectiva: como derecho fundamental autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo y como servicio público el cual debe ser prestado de manera oportuna, eficaz y con calidad por parte del Estado (Defensoría, 2019).

H. Aumento en las demandas de salud, nuevas dinámicas y necesidades de ajustes y evolución.

Esta combinación de mayor cobertura, menor gasto por parte de la población y la promesa de acceso universal incluida en la Ley 100 de 1993, han tenido como consecuencia que la demanda de servicios haya aumentado de manera significativa, incrementando sustancialmente el acceso a los servicios curativos, y por tanto la exigencia al sistema y sus capacidades, que con el tiempo se tradujeron en fallas en la accesibilidad, continuidad, calidad, equidad y cobertura territorial y en el ámbito del derecho.

Estas fallas se atribuyen, en parte, a la ausencia de una política pública en salud que trabaje sobre los determinantes sociales de la salud junto al compromiso de los sectores diferentes al sector salud para el logro progresivo de la garantía de dicho derecho; la limitada competencia, el divorcio entre el esquema de aseguramiento, el esquema de prestación de servicios concentrado en la curación, y las funciones de salud pública a cargo de entidades territoriales con muy limitada capacidad de intervención; la no exigencia de una mayor gestión del riesgo clínico y financiero realizada por algunas EPS; la carencia de un modelo de atención integral enfocado en la atención primaria; las falencias en la planeación y empleabilidad digna del recurso humano del país; la ausencia incentivos financieros y no financieros para premiar la calidad de atención en salud y la escasez de fuentes de financiamiento en salud.

Nuestro sistema de aseguramiento social se ha caracterizado entonces por su baja reputación y legitimidad ciudadana, desconfianza entre los actores, intervención limitada sobre los determinantes sociales de la salud y muertes evitables, existencia de barreras administrativas, geográficas y económicas para el acceso a ciertos servicios, escasez y distribución ineficiente del recurso humano en salud y por ver constantemente amenazada su sostenibilidad financiera.

Este contexto implica que, tras tres décadas de operación del modelo de aseguramiento, las expectativas de los colombianos respecto al Sistema han cambiado, por lo que el sistema de salud debe evolucionar de forma dinámica y superar los problemas que impiden una atención integral en salud con atributos de oportunidad, eficacia y calidad, consolidando una visión de largo plazo del sistema.

Dichos cambios deben partir del reconocimiento de los éxitos alcanzados y lecciones aprendidas en estas 3 décadas, de forma que las falencias sean subsanadas de forma estructural y las nuevas expectativas sean realizables.

I. Ajustes transversales necesarios para la evolución del Sistema

Partiendo de la ponderación entre los alcances y evolución de nuestro sistema de salud y sus retos y tareas pendientes, la alternativa a las propuestas de acabar con lo construido radica en consolidar un esquema sistémico regulado que module los fallos de mercado y provea elementos para estandarizar los procesos de atención, de acuerdo con las definiciones de sistema e integralidad contenidas en la Ley Estatutaria de la Salud (Ruiz, 2018).

En este sentido se hace necesario primero reconocer el protagonismo de la salud como derecho fundamental autónomo alcanzado con la Ley 1751 de 2015 y desarrollar su concepto de Sistema de Salud tal y como se colige del artículo 4º de dicha norma, mediante una serie de ajustes transversales y generales al sistema y las interacciones que se dan entre sus actores, incorporando a lo largo del sistema elementos mínimos que intervengan en la relación de los aseguradores, prestadores, entidades territoriales y personas, tal como son: un modelo de atención, la gestión integral del riesgo en salud, la planeación integral en salud pública, la interoperabilidad de la información a través de un sistema de información y el ajuste de estas estrategias, mecanismos y procesos, a la visión de las poblaciones en las distintas regiones del país.

i) Modelo de atención integral y diferenciado

La baja implementación de un modelo de atención enfocado en la prevención y el manejo racional de los pacientes en los niveles primarios ha determinado un gasto excesivo en servicios hospitalarios que se han transformado en la puerta de entrada del sistema y desaprovechando la capacidad del sistema de salud de prevenir y tratar oportunamente a los pacientes, comprometiendo continuidad de los servicios y privilegiando el evento en salud y sus costos como forma de atención.

En efecto mientras sólo 1 de cada 2 colombianos asiste a una consulta de prevención al año, la tasa de hospitalización anual es de cerca del 10%, más del doble de la tasa de hospitalización de México o Brasil (Ruiz y Zapata, 2017), lo que además ha determinado un gasto excesivo en los servicios hospitalarios. Otros datos de resultados evitables nos muestran los impactos negativos resultantes de la ausencia de un modelo enfocado en la atención primaria:

"(...) 235 por cada 100.000 personas entre los 30 y 70 años mueren por causas evitables (enfermedades isquémicas del corazón, accidentes cerebrovasculares, EPOC y enfermedad renal crónica en aumento). Fuente: ECVY, DANE, IHME.

Solo el 72% de los pacientes hipertensos diagnosticados están controlados.

Incremento de la Razón de Mortalidad Materna: 6,5% en 2019 en comparación con el 2018. Principalmente por muertes en Cesar, La Guajira, Cundinamarca y Tolima.

Bajas tasas de detección temprana: sólo el 49% de los pacientes con cáncer de mama son detectados en estados tempranos. Coberturas deficientes de tamizaje: inferiores al 47% para el tamizaje de cáncer de mama.

El tiempo promedio de espera entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento en cáncer de cuello uterino es, en promedio, de 70 días.

Incidencia de sífilis congénita en aumento (3,1 x 1.000 n.v.; meta: < 0,5).

Ocupación subóptima de los niveles de atención hospitalaria, donde el primer nivel de atención no alcanza el 40%, mientras que los otros niveles superan el 78%, teniendo el segundo nivel una ocupación por encima de 97% y 91% el tercer nivel, en el periodo 2007 - 2012 (...)" (Ministerio de Salud, 2016).

En este sentido, la propuesta apunta a definir un modelo de atención que orienta el sistema hacia la prevención, promoción y mantenimiento de la salud, cerca al lugar de residencia, trabajo o recreación, a cargo de un prestador primario que le asignará a cada persona y su grupo familiar, un médico con enfoque de salud familiar y comunitario, de su libre elección, que apoyado por un Equipo Multidisciplinario de Salud (EMS) con capacidad resolutiva superior al 70%, capacitados para atender la gran mayoría de los pacientes con diabetes, integrando la prevención a un costo mucho menor con mayor oportunidad y continuidad en la atención.

Este modelo ha sido propuesto como un sistema moderno en Inglaterra, Holanda y Canadá, con resultados excelentes. (Ruiz, 2018, p. 13),⁹ y busca garantizar una atención en salud con equidad, centrada en las personas, con estándares de oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad e incorporando las necesidades propias de cada territorio. A su vez favorece al mejoramiento de la prestación del servicio al usuario y a la sostenibilidad del sistema pues al brindar una asistencia primaria integral desde el primer nivel, desconggestionando los otros niveles de complejidad que son saturados por los usuarios al no encontrar solución a su problema en el primer nivel de atención.

⁹ Ruiz, Fernando, Zapata, Teana, García, Liz, 2013 "Colombian health care system: results on equity for five health dimensions, 2003-2008." Pan American Journal of Public Health 33 (2):107-15. Ruiz, Fernando, Zapata, Teana, 2015. La equidad en salud para Colombia: desafíos internacionales y territoriales. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DP/Equidad-en-salud-para-colombia.pdf>

ii) Planeación integral de la salud pública

En Colombia el abordaje a la salud pública se ha realizado desde una visión exclusiva del sector salud, lo que ha limitado la resolución de problemas en salud más allá de lo prestacional y reducido el flujo compartido de recursos, saberes y experiencias de los demás sectores. Esto ha generado que la búsqueda de soluciones integrales en las distintas políticas públicas del sector salud, y los demás sectores donde se puede y debe incorporar el enfoque de "salud en todas las políticas" planteando por la OMS en la Declaración de Adelaida de 2010, tal como esta pandemia nos ha evidenciado que sí se puede hacer.

A esto se le suma que las condiciones históricas del desarrollo regional han generado una heterogeneidad entre las capacidades territoriales de las diferentes entidades territoriales en materia de planeación y ejecución de intervenciones colectivas oportunas y costo-efectivas (Vecino, Puerto, Lucumi & Mosquera, 2020) lo que en conjunto ha impactado de forma problemática en la articulación de los distintos actores intervinientes -directa o indirectamente- en el goce el derecho fundamental a la salud, en torno a metas y soluciones comunes.

Un ejemplo de esta ausencia de coordinación entre las acciones de los diferentes agencias sectoriales e intersectoriales que intervienen directa o indirectamente en la garantía del derecho fundamental a la salud, es que las 10 causas principales del número total de muertes en 2019 (con cambio en el porcentaje entre 2009 y 2019), están relacionados con intervenciones y decisiones que rara vez pueden ser implementadas por el sector salud y usualmente el manejo de estas problemáticas depende directamente del sistema de salud cuando la enfermedad se encuentra en estado avanzado. En síntesis, el sistema de salud se ha convertido en un receptor de personas con afectaciones cuyo origen está en factores de riesgo en los que otros sectores tienen mayor incidencia.

Gráfico 8. Las 10 causas principales del número total de muertes en 2019 y cambio en el porcentaje entre 2009 y 2019, para todas las edades mixtas.



Fuente: IHME. ¿Qué causa la mayoría de las muertes?

<p>Lo anterior se refleja en indicadores como:</p> <p>Alta mortalidad por accidente de tránsito → 14,53 x 100.000.</p> <p>Prevalencia de exceso de peso alta → viene con un incremento de un punto porcentual aprox. en cada año desde 2005 para adultos y escolares (prevalencia 2015: 56,4% en adultos; 17% en adolescentes, 24% en escolares y 7% en niños).</p> <p>Tal como se evidenció con anterioridad, por su limitado rol en otros sectores, el sector salud no puede desarrollar intervenciones de salud pública comprensivas. Esto pone de presente la necesidad de ubicar a la salud pública como función y objetivo central del sistema, por medio de mecanismos e instrumentos de planeación y gestión de la salud pública a nivel colectivo e individual, integrando tanto las metas nacionales con las necesidades y objetivos en los territorios, los objetivos del sector salud con los de los demás sectores concurrentes en los determinantes sociales de la salud y el fortalecimiento de las capacidades técnicas de los entes territoriales.</p> <p>iii) Integralidad en la gestión del riesgo</p> <p>La desarticulación de los actores es una limitante para superar en la integralidad en la gestión del riesgo, siendo una característica de la relación entre los agentes que tienen la responsabilidad de gestionar la salud como son los aseguradores, las Entidades Territoriales y las personas, que termina por afectar el marco de acción por medio de la descoordinación y desconfianza mutua. Se evidencia entonces la necesidad de instrumentos y mecanismos que permitan definir adecuadamente los roles y competencias de cada actor y que el cumplimiento de estos tenga como fin último el logro de resultados en salud y el bienestar de las personas, poblaciones y comunidades.</p> <p>En este sentido se propone la gestión integral del riesgo como estrategia que permite identificar, evaluar, medir, intervenir (desde la prevención hasta la paliación) y llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, por medio de la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores con la visión de lograr resultados en salud y bienestar en las poblaciones.</p> <p>Esta gestión integral del riesgo se desarrolla desde un modelo de atención enfocado en la prevención y el manejo racional de los pacientes en los niveles primarios, la salud individual, familiar y comunitaria y que se centre en las personas, sus cursos de vida e interacciones con los lugares donde viven trabajan o se recrean, con estándares de oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad e incorporando las necesidades propias de cada territorio.</p>	<p>En términos de competencias, la Nación y las Entidades Territoriales serán las responsables del riesgo colectivo en coordinación con las EPS y los prestadores, y de articular y coordinar estas acciones con las intervenciones para el manejo del riesgo individual, que son responsabilidad de las aseguradoras, las Administradoras de Riesgos Laborales -ARL-, los prestadores y la población.</p> <p>Por su parte los aseguradores son los responsables del riesgo individual, a través de los diferentes prestadores de servicios de salud de su red, responsables del seguimiento, búsqueda activa, educación y reforzamiento en riesgos de sus afiliados. Así mismo las Administradoras de Riesgos Laborales deberán coordinar las acciones relacionados con los riesgos laborales de sus afiliados, con las aseguradoras a la cual se encuentren estos afiliados. Por último, las personas y comunidades tendrán la responsabilidad de su autocuidado, la adherencia al tratamiento y el cumplimiento de citas; lo cual se incentivará y promocionará con medidas de estímulo.</p> <p>En términos operativos cada asegurador deberá ser capaz de monitorear el riesgo de los pacientes a nivel individual, identificando riesgos individuales, hacer seguimiento de intervenciones y sus efectos, así como para el seguimiento de pacientes, identificar su adherencia al tratamiento, así como la evaluación de la calidad y oportunidad en la atención por parte de los prestadores primarios y complementarios. Dichos sistemas de información y monitoreo del riesgo individual de los pacientes deberán estar integrados en el marco del Sistema Único Interoperable.</p> <p>J. Ajustes específicos: Fortalecimiento del aseguramiento, prestación de servicios integrales e integrados, talento humano suficiente y resolutivo, sostenibilidad y otras disposiciones.</p> <p>Los ajustes transversales al sistema van acompañados de una serie de ajustes específicos al esquema de aseguramiento que permita recuperar el rol asegurador y sus actividades de gestión individual y poblacional, la prestación de los servicios y sus problemas de calidad en la atención y fragmentación mediante las redes integrales e integradas en salud, la toma de decisiones en torno a la planificación, gestión y formación del THS.</p> <p>i) Mecanismos de pago en función de resultados en salud y calidad en la atención.</p> <p>En el sistema actual, aunque las UPC recibidas por las EPS se ajustan (imperfectamente) a los riesgos de los individuos, están calculadas sobre la base de una calidad promedio ofrecida por las EPS, lo que conlleva a que haya una situación de subsidios cruzados (no deseable) entre las EPS que ofrecen una mejor calidad hacia las EPS que ofrecen una calidad baja de tal forma. Así, los resultados económicos dependen mucho menos de la calidad ofrecida a</p>
<p>sus usuarios respectivos y más control de gasto, lo que incentiva estrategias de negación de servicios (Bardey, 2015).</p> <p>Por lo anterior, se busca establecer el pago de una parte de la UPC con base en los resultados en salud de los afiliados. Dicho esquema de pago obligaría a que los resultados económicos de las EPS obedezcan al cumplimiento de metas sanitarias.</p> <p>ii) Giro directo</p> <p>Ante la preocupación por la transparencia en la asignación de los recursos por parte de las EPS, se determina que la Administradora de los recursos de la salud ADRES será la entidad que en nombre de las aseguradoras en salud hará el giro del 90% de los recursos de UPC destinados para salud, permitiendo monitorear en tiempo real la aplicación de los recursos.</p> <p>iii) Modelo de atención y Prestación de servicios de salud</p> <p>El modelo de atención primaria para su funcionamiento óptimo implica el desarrollo de las Redes Integradas de Servicios, las cuales pueden contribuir de manera sustancial a reducir el uso de los servicios de emergencia como puerta de entrada al sistema, reduciendo las hospitalizaciones evitables, y previniendo la aparición de enfermedades crónicas y sus complicaciones (Gutiérrez, 2018 p. 10). En este sentido, para superar la fragmentación de servicios y barreras en la atención y su continuidad que han significado vulneraciones al mandato expreso del Artículo 14 de la Ley 1751 de 2015 respecto a la prohibición de la negación de prestación de servicios, se propone la operativización de los modelos de atención integrales y diferenciados por territorios a través de la constitución de las redes integrales e integradas de servicios para la atención, que responde a las necesidades en salud de las personas, familias y comunidades, de acuerdo con las condiciones propias de cada región y territorio.</p> <p>En este modelo como puerta de acceso al sistema se ubica el Prestador Primario, encargado de promover la salud individual, mitigar los riesgos en salud de la población, atender y resolver la mayor parte de las enfermedades, y concertar y concurrir en modelos de atención primaria extramural. Este prestador primario se encuentra integrado en una Red Integral de Servicios de Salud definida en la que los prestadores complementarios, través del sistema de referencia y contrarreferencia, estarán en la capacidad de atender el manejo de enfermedades y condiciones que requieran aporte continuo de media y alta complejidad, ambulatorio, de internación y ejecución de procedimientos quirúrgicos.</p> <p>Teniendo en cuenta los episodios en salud y enfermedades catastróficas, toda red contará con Centros de Excelencia, como prestadores complementarios independientes o subredes de atención que se caracterizan por su capacidad de integrar la asistencia, investigación y</p>	<p>docencia alrededor de la enfermedad o conjuntos de enfermedades que requieran de alto aporte en tecnología y especialización médica.</p> <p>Las redes integradas de servicios vienen operando con relativa novedad en el Sistema de Salud Colombiano. De acuerdo con la Resolución 1441 de 2016 las RIPS "son el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados; ubicados en un ámbito territorial definido (...) con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario (...) que busca garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutiva a la población, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención, así como de los resultados en salud" (Min Salud, 2016).</p> <p>De esta forma se busca mejorar las condiciones de salud de la población a través de acciones articuladas y coordinadas entre los agentes del sistema y la población, bajo el liderazgo del departamento o del distrito como instancia rectora a nivel regional capaz de identificar prioridades operativizar acuerdos interinstitucionales y comunitarios.</p> <p>iv) Talento humano suficiente y resolutivo</p> <p>Independiente del modelo de organización y funcionamiento de los sistemas de salud, el talento humano es el pilar de este, pues, es través de su acción que se garantiza el acceso y calidad del servicio y se materializa el derecho a la salud (Ministerio de Salud, 2013). Es tal la importancia de este sector, que la demanda y la oferta de trabajadores sanitarios han aumentado con el tiempo en todos los países de la OCDE, con puestos de trabajo en el sector de la salud y la contabilidad social en 2014 para más del 10% del empleo total en la mayoría de los países que para entonces eran miembros de dicha organización (OCDE, 2019).</p> <p>Sin embargo, la planeación, formación y empleabilidad en condiciones dignas de este recurso humano es uno de los principales retos al interior de todos los sistemas de salud. De acuerdo con el "Proyecto de estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030" de la Organización Mundial de la Salud, para mantener e impulsar la meta de la cobertura sanitaria universal hay un déficit de personal sanitario de casi 18 millones de profesionales de la salud, principalmente en los países de ingresos bajos y medianos-bajos (OMS, 2016).</p> <p>En Colombia, varios estudios han señalado un déficit en gran parte de los recursos humanos en salud, especialmente en las especialidades médicas (Cendex, 2013; Observatorio de Talento Humano en Salud, 2018). Al comparar con la experiencia internacional, de acuerdo con datos del Banco Mundial (9) se observa el retraso de Colombia en materia de talento humano. En nuestro país, por cada 1000 habitantes hay 1,47 médicos, mientras que en países</p>

como Cuba (7,5), Alemania (4,12), Argentina (4,03), España (3,8), Estados Unidos (2,5) y México (2,5), esta proporción es mayor.

Fallas en la regulación de la educación superior, inequidades en el acceso a las residencias médicas, poca oferta de plazas laborales, y condiciones de trabajo poco dignas, son factores críticos que derivan en mayores problemas en la calidad, oportunidad y continuidad de los servicios de salud. Como lo reveló recientemente el Colegio Médico Colombiano (CMC) el Talento Humano en Salud ha visto meradas sus condiciones laborales de forma estructural, lo que ha generado efectos directos sobre su salud como el "burnout" o el síndrome del quemado y se refleja en un nivel alto de estrés vinculado al trabajo. La mayor parte de las veces se da por exceso de horas laborando, sumado al poco descanso que termina en desgaste físico y mental.

De otro lado, la configuración del sistema afecta la relación con el paciente, sus necesidades en salud, y de paso la autopercepción funcional del médico. Un documento del CENDEX publicado en el 2012 incluye un estudio de satisfacción de médicos generales y especialistas y reporta que los primeros tienen 30% de capacidad resolutoria y los segundos, 66%.

La capacidad resolutoria de los médicos generales colombianos, y con ello la capacidad formadora de las facultades de medicina del país, está seriamente cuestionada. Ya es común que en diferentes foros e instituciones como el gobierno, la academia, sociedades científicas y más aún, la comunidad en general, se cuestione la calidad del médico general (Ascofame, 2016).

v) Disponibilidad de especialidades y su distribución sobre los territorios

Las limitaciones laborales y prestacionales de los médicos se ven exacerbado en la frustración de no poder acceder a una especialidad que le permita no solo prestar una atención más precisa sino también mejorar sus condiciones financieras. Para 2015, la tasa de crecimiento de las especialidades era menor que la tasa de egreso de médicos generales, la cual llega a los 5.000 por año en comparación con el crecimiento limitado de las residencias, que solo llega a los 1.800 cupos para las diversas especialidades médicas o quirúrgicas.

De acuerdo con datos de Ascofame hay una relación de casi 3 o 4 médicos generales que se gradúan anualmente frente a los que se gradúan de especialista. El resultado es que en el Sistema de Salud haya una gran cantidad de médicos generales con baja capacidad resolutoria que genera un volumen elevado de consultas a pocos médicos especialistas. Lo que refleja como en Colombia no se ha podido consolidar un sistema de residencias médicas acorde con las necesidades e intereses de los distintos actores implicados.

Según el último informe del Observatorio de Talento Humano, se observa un déficit de 16.000 especialistas que corresponden a 4743 médicos especialistas de ramas quirúrgicas,

10552 a especializaciones médicas y 266 a las diagnósticas. Esta insuficiencia de especialistas en Colombia también se puede evidenciar en aspectos como la percepción por parte de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). De acuerdo con el informe Cendex (4) un alto porcentaje de Instituciones Prestadoras de Salud (55,6%) afirmó que la planta de especialistas se encontraba incompleta, y 41,3% señaló haber tenido que cerrar o suspender algún servicio en los últimos cinco años debido a no tener el personal especializado. En este punto según los directivos de las IPS las razones de la falta de especialistas son:

1. Poca formación de médicos especialistas (73%),
2. Insuficiencia de cupos para especializarse (60%),
3. Bajos salarios ofrecidos a los especialistas (34%),
4. Control de los propios especialistas sobre el número de egresados (32%),
5. Falta de incentivos para especializarse (23%) y
6. Falta de gusto por la ciudad (13%).

Con este contexto de presente queda claro que para el funcionamiento adecuado del Sistema de Salud se requiere reorientar los programas de formación en conjunto con el sector educativo, democratizar el acceso a los cupos, medir la calidad promedio de nuestros médicos generales y generar programas de formación continua y actualización de competencias.

Lo anterior implica un necesario acuerdo entre Estado, IES y centros formativos, en que se revisen los programas y currículos de los posgrados que se ofrezcan y se determine la cantidad mínima de los cupos de posgrado que deberían ofertar las IES e instituciones con las cuales se establezcan los convenios de docencia-servicio. En este aspecto lo que se busca es ofrecer incentivos para el establecimiento de compromisos de formación de especialistas de acuerdo con los resultados Sistema de información para la gestión, planificación y formación del Talento Humano en Salud, y las necesidades identificadas a nivel nacional y territorial.

vi) Sostenibilidad financiera del sistema de salud

Cuando se habla de la sostenibilidad del sistema se habla de una problemática que es apremiante a la fecha. Es un hecho que los distintos Estados dedican cada vez más, un porcentaje del producto interno bruto (PIB) para financiar la atención en salud, lo cual puede verse como una respuesta a la mayor demanda y a la presión de las nuevas tecnologías que surgen como alternativa para prevenir y curar la enfermedad.

La unificación de los planes de beneficios, los medicamentos de alto costo, procedimientos y tecnologías no incluidos en este, así como los cambios demográficos y en el perfil epidemiológico con prevalencia a la enfermedad crónica de la población colombiana, son variables que explican las necesidades actuales y a futuro del sector salud.

Lo anterior conlleva a que Colombia tenga que buscar alternativas para alcanzar un óptimo entre ingresos y gastos. La literatura indica tres tipos de herramientas: i) recaudar más dinero para la salud y ii) mejorar la eficiencia del gasto en salud, y iii) reevaluar las fronteras entre el gasto público y el privado, como un proceso de participación de la sociedad ante el aumento de los costos de los servicios (UDEA-GES, 2017).¹⁰

Para el año 2019, según cifras preliminares del Ministerio de Salud y Protección Social, el gasto en salud alcanzó el 7,3% del PIB. Aproximadamente, tres cuartas partes de estos recursos corresponden a recursos públicos y las necesidades de recursos siguen aumentando.

Si bien este es un gasto importante, al contrastarlos con países de la OCDE encontramos que estos gastan 8,8 % en promedio y las estimaciones apuntan a un gasto en salud que se sitúe al 10,2 % del PIB para 2030 en los países de la OCDE, lo que genera preocupaciones en materia de sostenibilidad (OCDE, 2019)¹¹ más aún si se tiene en cuenta que la financiación en Colombia es de origen público y depende en gran medida del mercado laboral.

Estrechamente relacionado con las necesidades presupuestales debido a las crecientes demandas y expectativas de la población con su Sistema de Salud, y cuya manifestación práctica ha sido las limitaciones y negaciones en la prestación del servicio, encontramos los recobros por tecnologías no cubiertas por el PBS, como uno de los principales retos para la sostenibilidad del sistema.

Para la gestión de recursos eficiente, y el fortalecimiento y consistencia del sector como un todo, y tomando en cuenta la experiencia exitosa de del Fondo de Garantías de Instituciones Financieras -FOGAFIN, se propone en el proyecto de la creación del "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", cuyo objeto esencial consiste en 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 AS o IPS como resultado de problemas financieros y enfocado en servir de instrumento para el fortalecimiento patrimonial que permita el acceso a crédito y otras formas de financiamiento que aseguren el flujo de recursos.

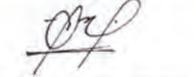
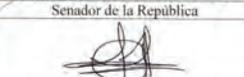
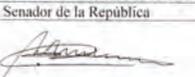
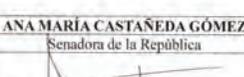
Los ajustes al sistema deben incorporar medidas de fortalecimiento de inspección y vigilancia. En este sentido, el proyecto contempla extender el ámbito de competencia de la Superintendencia de Salud a todas las empresas que manejen recursos de la UPC y de sus holdings en lo concerniente al uso de los recursos de la UPC y toma medidas contra la posición dominante de algún actor.

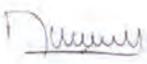
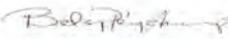
¹⁰ UDEA-GES (2017). Sostenibilidad financiera de los sistemas de salud: Alternativas y lecciones para Colombia. En Observatorio de la Seguridad Social. URL: <https://drive.google.com/file/d/0Bz2k8K1YarMn0TjX1Yk3Qm0aDRvMG30TV1f1mR0k5F/view>

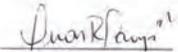
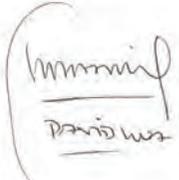
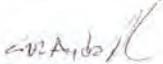
¹¹ OCDE: (2019). Health at glance: La salud de un vistazo 2019. Indicadores de la OCDE (oecd-ilibrary.org)

En este sentido se define la regulación de conglomerados del sector salud, entendidos estos como la participación de algún actor del Sistema de Salud como primer nivel de control o influencia significativa, de forma individual o conjunta, sobre entidades comerciales y sin ánimo de lucro. Dichos conglomerados empresariales que estén constituidos por un actor del Sistema de Salud, que actúe en calidad de controlante o subordinada, estarán bajo supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud y otras Superintendencias concurrentes en lo relacionado con la revelación del conglomerado, así como la gestión y transmisión del riesgo a los actores del sistema de salud que en él participan.

La Inspección, Vigilancia y Control (IVC) del derecho a la salud y del propio SGSSS se constituyen en elementos básicos de fortalecimiento de los elementos esenciales que materializan la prestación oportuna y con calidad de los servicios de salud y ahora tras la expedición de la Ley 1949, y las medidas acá contempladas, se espera una acción de vigilancia más amplia y una capacidad sancionatoria más eficiente.

	
CARLOS F. MOTOA SOLARTE Senador de la República	CARLOS MARIO FARELO DAZA Senador de la República
	
ANA MARÍA CASTAÑEDA GÓMEZ Senadora de la República	ANTONIO ZABARAÍN GUEVARA Senador de la República
	
CARLOS JULIO GONZÁLEZ VILLA Senador de la República	CARLOS ABRAHAM JIMÉNEZ Senador de la República

 EDGAR JESÚS DÍAZ CONTRERAS Senador de la República	 JORGE BENEDETTI MARTELO Senador de la República	 HERNANDO GONZÁLEZ Representante a la Cámara Departamento de Valle del Cauca	 JAIME RODRÍGUEZ CONTRERAS Representante a la Cámara Departamento de Meta
 JOSE LUIS PÉREZ OYUELA Senador de la República	 ADRIANA CAROLINA ARBELÁEZ GIRALDO Representante a la Cámara Bogotá D.C.	 JAIRO HUMBERTO CRISTO CORREA Representante a la Cámara Departamento de Norte de Santander	 JAVIER ALEXANDER SÁNCHEZ REYES Representante a la Cámara Departamento de Vichada
 BAYARDO GILBERTO BETANCOURT Representante a la Cámara Departamento de Nariño	 BETSY JUDITH PÉREZ ARANGO Representante a la Cámara Departamento de Atlántico	 JOHN EDGAR PÉREZ ROJAS Representante a la Cámara Departamento de Quindío	 JORGE MÉNDEZ HERNÁNDEZ Representante a la Cámara Departamento de San Andrés y Providencia
 CARLOS ALBERTO CUENCA CHAU Representante a la Cámara Departamento de Guainía	 GERSEL LUIS PÉREZ ALTAMIRA Representante a la Cámara Departamento de Atlántico	 JULIO CÉSAR TRIANA QUINTERO Representante a la Cámara Departamento de Huila	 LINA MARÍA GARRIDO MARTÍN Representante a la Cámara Departamento de Arauca

 MAURICIO PARODI DÍAZ Representante a la Cámara Departamento de Antioquia	 MODESTO ENRIQUE AGUILERA VIDES Representante a la Cámara Departamento de Atlántico	 ESTADO DE LA REPÚBLICA Secretaría General (Art. 39 y se Ley 5ª de 1.992) El día <u>31</u> del mes <u>Julio</u> del año <u>2024</u> se radica en este despacho el proyecto de ley N° <u>59</u> Acto Legislativo N° _____ con todos y cada uno de los requisitos constitucionales y legales por: <u>Hs Carlos Fernando Holiba Sobrte y</u> <u>otros congresistas</u>
 NESTOR LEONARDO RICO RICO Representante a la Cámara Departamento de Cundinamarca	 OSCAR RODRIGO CAMPO HURTADO Representante a la Cámara Departamento de Cauca	
 SANDRA MILENA RAMÍREZ CAVIEDES Representante a la Cámara Departamento de Magdalena	 LUZ AYDA PASTRANA LOAIZA Representante a la Cámara Departamento de Huila	
SECRETARIO GENERAL		

SENADO DE LA REPÚBLICA – SECRETARÍA GENERAL – TRAMITACIÓN LEYES

Bogotá D.C., 31 de Julio de 2024

Señor Presidente:

Con el fin de repartir el Proyecto de Ley No.059/24 Senado "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", me permito remitir a su despacho el expediente de la mencionada iniciativa, presentada el día de hoy ante la Secretaría General del Senado de la República por los Honorables Senadores CARLOS FERNANDO MOTOA SOLARTE, CARLOS MARIO FARELO DAZA, ANA MARÍA CASTAÑEDA GÓMEZ, ANTONIO ZABARAIN GUEVARA, CARLOS JULIO GONZÁLEZ VILLA, CARLOS ABRAHAM JIMÉNEZ, EDGAR JESÚS DÍAZ CONTRERAS, JORGE BENEDETTI MARTELO, JOSÉ LUIS PÉREZ OYUELA, DAVID LUNA SÁNCHEZ; y los Honorables Representantes ADRIANA CAROLINA ARBELÁEZ GIRALDO, BAYARDO BETANCOURT, BETSY JUDITH PÉREZ ARANGO, CARLOS ALBERTO CUENCA CHAUX, GERSEL PÉREZ ALTAMIRA, HERNANDO GONZÁLEZ, JAIME RODRÍGUEZ CONTRERAS, JAIRO CRISTO CORREA, JAVIER SÁNCHEZ REYES, JOHN EDGAR PÉREZ ROJAS, JORGE MÉNDEZ HERNÁNDEZ, JULIO CÉSAR TRIANA QUINTERO, LINA MARÍA GARRIDO MARTÍN, MAURICIO PARODI DÍAZ, MODESTO ENRIQUE AGUILERA VIDES, NESTO LEONARDO RICO RICO, OSCAR RODRIGO CAMPO HURTADO, SANDRA MILENA RAMÍREZ CAVIEDES, LUZ AYDA PASTRANA LOAIZA y otra firma ilegible. La materia de que trata el mencionado Proyecto de Ley es competencia de la Comisión PRIMERA Constitucional Permanente del Senado de la República, de conformidad con las disposiciones Constitucionales y Legales.

GREGORIO ELJACH PACHECO
Secretario General

PRESIDENCIA DEL H. SENADO DE LA REPÚBLICA – JULIO 31 DE 2024

De conformidad con el informe de Secretaría General, dese por repartido el precitado Proyecto de Ley a la Comisión PRIMERA Constitucional y enviase copia del mismo a la Imprenta Nacional para que sea publicado en la Gaceta del Congreso.

CÚMPLASE

EL PRESIDENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

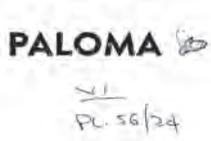
EFRAIN CEPEDA SARABIA
SECRETARIO GENERAL DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

GREGORIO ELJACH PACHECO
Proyectó: Sarly Novoa
Revisó: Dra. Ruth Luengas Peña

PROYECTOS DE LEY

PROYECTO DE LEY NÚMERO 56 DE 2024 SENADO

por medio del cual se crea el Bono Escolar en Colombia y se dictan otras disposiciones.

<div style="text-align: center;">  <p style="font-size: small;">"Por medio del cual se crea el Bono Escolar en Colombia y se dictan otras disposiciones"</p> <p style="font-size: x-small;">Paloma Valencia Laserna Senado de la República</p> </div>	<p>Contenido</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. <i>Exposición de motivos</i>..... 3 <ul style="list-style-type: none"> 1.1 Introducción 3 1.2 Establecimientos educativos en Colombia..... 5 1.3 Calidad del sistema educativo..... 9 1.4 Comparativos colegios privados vs públicos..... 13 1.5 Bonos escolares en Colombia: Caso PACES..... 22 1.6 Casos internacionales 26 <ul style="list-style-type: none"> i. Caso Chile..... 26 ii. Caso Suecia..... 44 iii. Caso Estados Unidos 47 iv. Caso Pakistán 48 1.7 Estudio de caso Bogotá (Colegios públicos versus privados)..... 49 1.8 Objetivo del Proyecto de ley, población objetivo y presupuesto..... 54 1.9 Referencias 59 2. <i>Artículo</i>..... 64
--	---

1. Exposición de motivos

1.1. Introducción

Los vouchers educativos como lo propone Milton Friedman consisten en el subsidio a la demanda (estudiantes) y no a la oferta (Escuelas), con el objetivo de aumentar la competencia entre las instituciones para mejorar la calidad y eficiencia de las mismas (Bolaños F. 2014). Aedo y Sapelli en su análisis sobre los resultados obtenidos en Chile, afirman que al brindar subsidios a la demanda por medio de vouchers (cupones o bonos) otorgan mayores posibilidades de elección a los padres y a los alumnos en materia de educación dado que satisfacen una amplia diversidad de preferencias al incentivar diferenciación de las escuelas de acuerdo a los intereses, necesidades y preferencias de los estudiantes y padres. Además, los colegios reaccionan al mercado y tienen un incentivo a otorgar un servicio de mayor calidad con una mayor eficiencia para mantener los costos bajos (Aedo, C., & Sapelli, C. 2001).

Aedo (1998) afirma que existe una mayor flexibilidad en el manejo presupuestario por parte de las instituciones subvencionadas-destinatarias de los vouchers educativos en Chile- que permite una mayor iniciativa para innovar en el sistema educativo de cada escuela, a cargo del director y los profesores para atraer estudiantes (Aedo, C. 1998). Por ejemplo, en Chile en las escuelas subvencionadas, el director maneja independencia y conoce el contenido de las principales partidas de ingresos y gastos de la escuela, no como sucede en las escuelas públicas que el presupuesto de estas es manejado por el sostenedor municipal, desconociendo su distribución entre las diferentes partidas, lo cual se ve reflejado en la eficiencia en el uso de los recursos de cada institución (Aedo, C. 1998).

Además, Gallego(2002) plantea una hipótesis en la que la mejora de la eficiencia de las escuelas subvencionadas, tiene que ver con la capacidad de toma de decisiones respecto a costos, rentabilidad y competencia. También mejora la productividad frente a las escuelas públicas, puesto que existe mayor control sobre los recursos disponibles (Gallego, F. 2002). Lo anterior, se relaciona con el análisis de diversas investigaciones por parte de Cosse (2018) que demuestran

que la calidad y la eficiencia sea en escuelas públicas o privadas depende en gran parte de aspectos organizacionales como lo son la autonomía en la toma de decisiones de los directores, la existencia de un proyecto institucional escolar, distrital, que de respuestas específicas a la realidad propia de cada institución, y al nivel de especialización de los docentes, entre otros (Cosse, G. 2018).

Aedo (1998) sistematiza sus observaciones en torno al sistema organizacional de los establecimientos municipales y particulares subvencionados, resaltando la relación directa y permanente entre el propietario (sostenedor) y el director de las escuelas en temas como el trabajo en equipo, toma de decisiones respecto a la contratación de personal, los niveles salariales a establecer en los que se considera la eficiencia del docente, experiencia, capacitación y desempeño en el Colegio. Por ejemplo, en los colegios municipales en Chile dentro de los criterios para la determinación del nivel salarial de los docentes el desempeño del docente no influye. Por eso el sistema de voucher, permite a los colegios estar en constante evaluación con el objetivo de mejorar sus competencias frente a las demás instituciones, y, además, que se cuente justo con el personal necesario e idóneo (Aedo, C. 1998).

Eyzaguirre y Fontaine (1999) en un análisis de los resultados de las pruebas SIMCE (Sistema de Medición de la Calidad de la Educación) en Chile concluyeron que el Sistema de Vouchers influye positivamente en la eficiencia relativa de las escuelas subvencionadas y por ello recomiendan se siga desarrollando el sistema educativo por medio de vouchers (Eyzaguirre, B. y L. Fontaine, 1999).

El presente proyecto ley plantea un bono escolar (voucher educativo) para que los padres de familia o quienes ostentan la patria potestad de niños, niñas y adolescentes que se encuentren en situación de pobreza externa, moderada o de vulnerabilidad puedan elegir la educación preescolar, básica y media en una institución pública o privada pagada por el Estado.

1.2. Establecimientos educativos en Colombia

Se entiende por establecimiento educativo en Colombia toda entidad de carácter estatal, privada o de economía solidaria habilitada para prestar el servicio público educativo en los términos fijados por la Ley 115 de 1994 o la sucesiva que la modifique, sustituyan o deroguen.

El sistema educativo está conformado por los niveles de preescolar, básica y media. Preescolar se compone por los grados de prejardín, jardín y transición de los cuales un grado es obligatorio. La educación básica contiene nueve grados divididos en dos ciclos, la básica primaria con cinco grados y la básica secundaria de cuatro grados. La educación media cuenta con dos grados.

A 2022 el sistema educativo cuenta con 9,7 millones de niños, niñas y adolescentes estando el 42% en primaria, un 35% en secundaria, un 14% en media, 8% en transición y un 2% en prejardín y jardín (tabla 1).

Tabla 1. Número de matriculados por grados en Colombia.

Año	Prejardín y Jardín	Transición	Primaria	Secundaria	Media	Total
1996	331.265	405.173	4.659.085	2.395.316	757.900	8.622.239
1997	342.369	391.252	4.719.384	2.422.380	831.669	8.666.234
1998	394.795	397.106	5.662.384	2.628.668	922.700	9.603.534
1999	403.110	631.072	5.162.260	2.649.261	944.822	9.790.525
2000	403.027	670.425	5.221.018	2.637.176	983.109	9.666.779
2001	396.809	661.636	5.133.483	2.574.079	951.289	9.525.175
2002	382.744	686.890	5.198.325	2.775.269	991.196	9.594.411
2003	377.781	794.887	5.287.680	2.972.811	1.013.443	10.323.582
2004	304.129	781.560	5.364.693	3.062.669	1.048.938	10.501.989
2005	276.779	812.289	5.291.628	3.511.615	1.266.222	11.174.440
2006	222.162	778.392	5.220.916	3.633.933	1.340.667	11.219.077
2007	196.389	761.817	5.084.966	3.681.469	1.396.263	11.124.874
2008	216.770	754.718	4.924.341	3.707.337	1.429.497	11.091.635
2009	198.974	829.717	4.742.694	3.668.411	1.534.291	10.974.097
2010	197.264	800.022	4.706.696	3.548.336	1.574.048	10.629.566
2011	203.513	722.566	4.542.627	3.498.345	1.548.902	10.341.023
2012	219.426	733.224	4.479.218	3.438.499	1.548.806	10.250.145
2013	220.133	718.853	4.448.238	3.428.199	1.369.175	10.174.480
2014	236.318	723.963	4.381.370	3.424.500	1.372.696	10.109.256
2015	238.143	729.716	4.360.870	3.461.791	1.371.214	10.104.697
2019	245.202	728.895	4.363.998	3.516.798	1.407.337	10.159.314

2020	228.922	726.772	4.199.542	3.474.033	1.402.317	10.072.636
2021	159.279	690.401	4.191.680	3.485.554	1.484.641	9.981.588
2022	191.343	721.065	4.071.372	3.579.446	1.389.367	9.752.643

Fuente: DANE hasta 2004, MinEducación desde 2005.

El sistema educativo colombiano permite que los niños, niñas y adolescentes puedan estar en colegios públicos o privados; siendo gran parte de los públicos gratuitos. Esto ha dado como resultado que las instituciones educativas públicas cuenten con el 80% de los estudiantes del país (7.966.212) y el sector privado con el 20% (2.015.376). Sin embargo, esta relación cambia en la cantidad de estudiantes que atienden.

Del total de colegios en el país, el 47% son públicos y el 53% privados. Eso equivale una relación desequilibrada de 927 estudiantes por cada colegio público y de 208 estudiantes por cada colegio privado (tabla 2). El 76,3% de los matriculados en el sector oficial están en zonas urbanas. Cerca del 23,7% de los matriculados en el sector oficial están en zonas rurales, estos son 2.382.332 estudiantes.

Tabla 2. Número de matriculados por grados en Colombia 2021.

	Colegios	Estudiantes	Estudiantes/ Colegios
Público	8.594	7.966.212	927,0
Privado	9.665	2.015.376	208,5
Total	18.259	9.981.588	

Fuente: Ministerio de Educación

Dado que el mandato constitucional es ofrecer educación gratuita; los colegios públicos administrados por el Estado no han dado abasto con el número de estudiantes. Por eso, el sistema educativo público permite concesionar la educación en colegios privados mediante dos tipos de contratos.

El primero, la prestación del servicio educativo (Banco de oferentes), en los cuales una entidad territorial certificada contrata la prestación del servicio público educativo con propietario de un establecimiento educativo no oficial de reconocida trayectoria e idoneidad, durante un (1) año

año lectivo atendiendo los lineamientos del Ministerio de Educación Nacional. También están los Contratos para la Administración del Servicio Educativo (Licitación, de 2 a 12 años), mediante el cual el contratista seleccionado a través de un proceso de licitación se compromete a administrar uno o varios establecimientos educativos de carácter oficial, ofreciendo una canasta educativa que cumpla con altos estándares de calidad. En la actualidad el país cuenta con 1.261 instituciones educativas en concesión, de las cuales 570 son entidades no oficiales. Estas instituciones abarcaban 478.611 estudiantes al cierre de 2021.

Tabla 3. Estudiantes por tipo de colegio 2021

Entidades Territoriales	Público	Concesionado	Privado	Total
BOGOTÁ	761.624	42.845	423.940	1.228.409
ANTIOQUIA	457.256	23.972	30.983	512.211
MEDELLÍN	311.230	32.341	72.798	416.369
CALI	176.345	59.512	116.796	352.653
CUNDINAMARCA	283.121	0	62.329	345.450
BARRANQUILLA	159.080	15.455	46.710	221.245
CORDOBA	225.211	7.547	13.273	246.031
BOLIVAR	232.938	128	12.756	245.822
CARTAGENA	142.142	42.249	48.123	232.514
CAUCA	179.490	32.834	8.861	221.185
MAGDALENA	200.490	0	7.378	207.868
CESAR	163.019	7.462	12.204	182.685
NORTE DE SANTANDER	158.421	672	12.500	171.593
TOLIMA	151.530	0	14.506	166.036
COQUÍ	112.820	11.273	53.227	177.320
BOYACÁ	143.577	0	12.066	155.643
SANTANDER	141.364	0	12.796	154.160
SUCRE	145.565	0	7.397	152.962
VALLE	133.098	0	17.617	150.715
HUILA	136.614	0	6.918	143.532
NARIÑO	139.102	1.895	1.057	142.054
SOACHA	67.533	70.872	34.034	172.439
ATLANTICO	113.299	1.266	17.793	132.358
SANTA MARTA	97.216	4.254	24.029	125.509
SOLEDAD	52.290	48.724	24.629	125.643
META	104.055	4.355	3.080	111.490
VALLEDUPAR	80.610	5.488	26.368	112.466
BUCARAMANGA	75.985	3.436	26.432	105.853
MONTERIA	80.571	3.969	19.907	104.447
VILLAVICENCIO	74.182	6.698	23.267	104.147
IBAGUE	77.352	2.658	23.534	103.544
CHOCO	77.769	23.383	281	101.436
LA GUAJIRA	94.484	480	5.996	100.960

Entidades Territoriales	Público	Concesionado	Privado	Total
CALDAS	91.522	0	5.215	97.237
PEREIRA	68.751	3.819	17.582	89.852
BELLO	53.954	9.177	17.226	80.357
HUENAVENTURA	58.593	0	19.022	77.615
PITUMAYO	74.171	0	1.705	75.876
NEIVA	57.415	0	17.174	74.589
ARAUCA	67.705	0	3.712	71.417
PASTO	51.753	1.207	16.537	69.517
SINCELEJO	53.767	0	12.999	66.746
RIOHACHA	52.814	2.145	7.849	62.808
URIBIA	59.820	1.593	47	61.460
CASANARE	57.962	0	1.279	59.241
POPAYAN	42.517	2.338	14.297	59.152
PALMIRA	45.424	0	12.169	57.593
MANIZALES	42.874	0	12.898	55.772
CAQUETÁ	54.220	0	779	54.999
MAICAO	48.527	2.193	2.920	53.640
BARRANCABERMEJA	40.640	1.995	10.405	53.040
RISARALDA	50.694	0	797	51.491
TUMACA	45.858	1.990	2.629	50.477
FLORIDABLANCA	31.406	0	15.871	47.277
ARMENIA	36.852	0	7.509	44.361
TURBO	36.938	1.234	4.310	42.482
ITAGUÍ	33.543	0	8.537	42.080
QUINDÍO	39.281	0	2.644	41.925
YOPAL	34.220	0	5.893	40.113
FLORENCIA	30.527	1.400	6.120	38.047
QUIBDO	34.415	1.039	2.152	37.576
TUNJA	22.625	1.080	12.637	36.342
TULUA	26.504	0	9.128	35.632
PIEDICUESTA	28.251	846	5.576	34.653
DOSQUEBRADAS	27.600	297	5.083	32.940
APARTADO	28.220	1.639	2.981	32.840
GIRON	23.165	3.984	5.011	32.160
PITALITO	28.562	0	3.306	31.868
ENVIGADO	15.552	0	16.176	31.728
CIENAGA	25.245	606	4.977	30.828
MAGANGUÉ	27.740	0	2.633	30.373
MALAMBO	15.970	9.945	3.790	29.705
CHIÁ	15.532	0	13.517	29.049
SOGAMOSO	19.908	0	8.477	28.385
MOSQUERA	15.626	2.217	9.602	27.445
FACATATIVÁ	18.546	0	8.878	27.424
JAMUNDÍ	20.344	0	6.577	26.921
FUSAGASUGÁ	19.058	21	7.563	26.652
LORICA	23.646	0	2.664	26.310
ZIPAQUIRÁ	16.471	0	9.093	25.564
IPiales	20.782	389	3.952	25.123
DUITAMA	17.366	561	6.954	24.881
RIONEGRO	19.319	0	5.143	24.462

Entidades Territoriales	Público	Concesionado	Privado	Total
VICHADA	18.734	4.774	276	23.784
SAHAGÚN	21.157	0	1.850	23.007
YUMBO	16.863	0	5.822	22.735
CARTAGO	18.912	0	2.876	21.788
BUGA	15.597	0	6.176	21.773
AMAZONAS	19.506	982	610	21.098
GUAVIARE	18.305	1.375	1.304	20.984
GIRARDOT	11.926	0	8.486	20.412
FUNZA	10.220	679	7.747	18.646
GUAINÍA	10.619	2.842	286	13.647
SABANETA	7.495	0	4.170	11.665
SAN ANDRÉS	6.806	71	2.237	11.114
VAUPÉS	6.154	2.093	104	10.351

Fuente: Ministerio de Educación

1.3 Calidad del sistema educativo

Aunque el país ha logrado un gran avance en inserción escolar, la calidad del sistema es pésima. La Tasa de Deserción Intra-Anual es una medida porcentual del abandono estudiantil en el transcurso del ciclo escolar. El 3,58% de los estudiantes (278.292) desertaron de sus estudios en el 2021. Este indicador se ha mantenido relativamente estable en años recientes. Por otro lado, está la tasa de repitencia que mide los alumnos matriculados en un año escolar que se encuentran repitiendo el mismo grado cursado el año anterior. Para el 2021 fue del 4,94% de los estudiantes (383.906); este indicador ha tenido una tasa creciente en los últimos años. Así, tenemos un sistema que al año no logra que 700 mil estudiantes terminen el año educativo de manera exitosa (el 7% de los estudiantes). Sin embargo, estos indicadores no logran tomar la efectividad de educación de quienes si están avanzando de un año a otro.

Tabla 4. Tasa de deserción intra-anual y repitencia

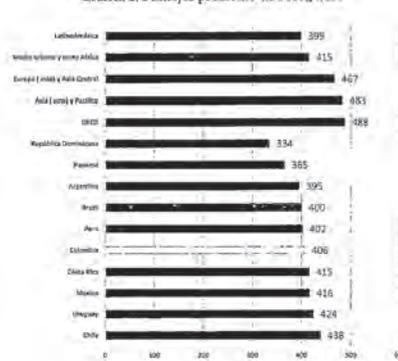
Año	Desertores	Tasa	Repitentes	Tasa
2010	407.990	4,50%		
2011	378.499	4,46%		
2012	352.005	4,28%		
2013	294.223	3,62%		
2014	244.165	3,07%	167.188	2,10%
2015	283.064	3,26%	223.150	2,88%
2016	285.729	3,72%	191.003	2,50%
2017	232.756	3,08%	203.792	2,69%

2018	228.158	3,03%	148.623	1,97%
2019	237.096	3,13%	168.220	2,22%
2020	181.009	2,37%	421.181	5,53%
2021	278.292	3,58%	383.906	4,94%

Fuente: SIMAT - Min Educación 2020

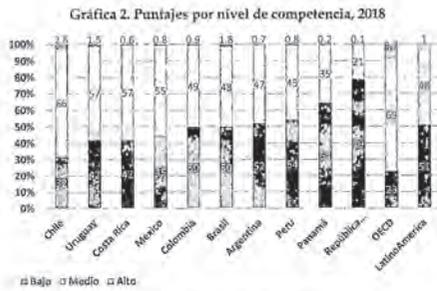
Una forma de medir la calidad de la educación es mediante comparación internacional. Colombia obtuvo un puntaje global de 406 en las pruebas Pisa de 2018 lo que implicó ser el peor país de la OCDE donde en promedio obtuvieron 488 como puntaje global. Colombia fue el cuarto de Latinoamérica después de Chile (438), Uruguay (424), México (416) y Costa Rica (415) (Gráfica 1).

Gráfica 1. Puntajes promedio de PISA, 2018



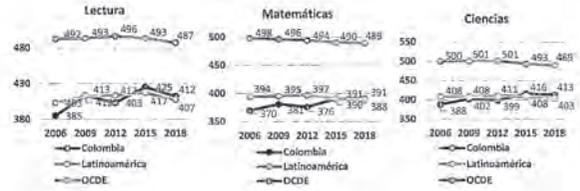
Fuente: Banco Mundial 2019

Chile es el país de Latinoamérica con los mejores resultados; y es el único país en la región que cuenta con un bono educativo universal (en el capítulo 1.6 se explica a más detalle sobre este modelo). Respecto a la categorización de los resultados, en Colombia el 0.9% de los resultados fueron altos, 49% medios y 50% bajos. En Chile 2.6% de los resultados fueron altos, 66% buenos y apenas 32% malos. En la OCDE 8.7% de los resultados fueron altos, 69% medios y apenas 23% malos (Gráfico 2).



Fuente: Banco Mundial 2019

Gráfico 3. Puntajes promedio en las pruebas pisa por área de conocimiento, 2018

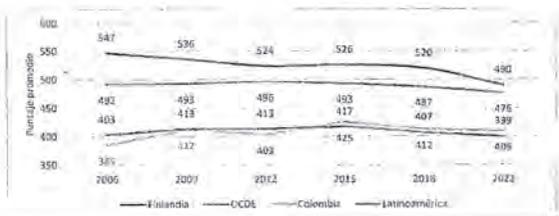


Fuente: Elaboración propia basado en Icfes, 2019

La pandemia interrumpió el proceso de formación de los estudiantes en bachillerato y el resultado fue negativo para las pruebas de 2022. Los resultados del país en la última prueba empeoraron en 3, 8 y 1 puntos en materias como lectura, matemáticas y ciencias, frente a la prueba realizada en 2018.



Gráfico 5. Puntaje promedio de lectura (2006 - 2022)



Las gráficas 4 y 5 muestran la historia del puntaje promedio en matemáticas y en lectura que ha tenido Colombia desde el 2006 en sus 6 evaluaciones. En términos generales, el país ha mejorado a lo largo del tiempo y se ha acercado al promedio de Latinoamérica. No obstante, aún persiste un rezago frente a los países de comparación como lo es el promedio de la OCDE. En la prueba más reciente, el rezago es de 67 puntos en lectura y de 89 en matemáticas.

1.4 Comparativos colegios privados vs públicos

Aunque el porcentaje promedio del país es malo, al revisar con detalle los resultados se concluye que la calidad difiere entre lo público y privado. Un factor de medición son las pruebas de Estado -antes ICFES-. Para el año 2021, los colegios privados obtuvieron 43,7 puntos adicionales en puntaje global que los públicos. Los colegios concesionados, que son contratados por el Estado para tener estudiantes en gratuidad, obtuvieron 14 puntos adicionales (Tabla 5). Estas diferencias son más grandes entre departamentos. Por ejemplo, departamentos como La Guajira con una pobreza monetaria de 67,8%, los colegios privados obtienen 62 puntos adicionales en las pruebas de Estado que los colegios públicos. Córdoba con una pobreza monetaria de 59%, los privados obtuvieron 54 puntos más que los públicos y los concesionados 38 puntos adicionales. Departamentos con menor pobreza mejoran sus resultados en las pruebas de Estado; no obstante, la diferencia con colegios privados sigue siendo considerable. Bogotá con una pobreza de 36%, los colegios privados obtuvieron 32 puntos adicionales que los públicos. En Valle la pobreza fue

de 29%, obteniendo 30 puntos más. La posibilidad de estudiar en un colegio privado en una zona de alta pobreza puede significar obtener una educación de calidad con una gran brecha de diferencia. El gráfico 4 muestra la correlación entre la diferencia de puntos obtenidos de los colegios privados versus la pobreza monetaria por departamentos.

Tabla 5. Puntaje Global Pruebas de Estado 2021.

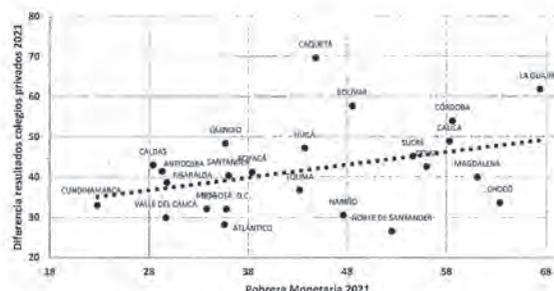
	PÚBLICO	PRIVADO	CONCESIONADOS	DIFERENCIA PRIVADOS	DIFERENCIA CONCESIONADOS	POBREZA 2021
NORTE DE SANTANDER	243,9	270,4	234,5	26,5	-6,4	52,5
ATLANTICO	232,8	261	242,5	28,2	9,7	38,6
VALLE DEL CAUCA	236,2	266		29,9		25,7
NARIÑO	234,6	265,2	214,2	30,5	-50,4	47,6
BOGOTÁ, D.C.	253,9	285,9	263,4	32	9,5	39,8
META	241,2	273,3	247,4	32,1	6,2	33,8
CUNDINAMARCA	246,9	279,9	262	33	15,2	22,8
CHOCÓ	184,8	218,3		33,6		63,4
TOLIMA	230,8	267,5	248,2	36,7	17,4	43,2
RISARALDA	240,5	279,1	241,6	38,6	1,1	29,8
MAGDALENA	215,5	256,4	232,4	39,9	16,9	61,1
ARAUCA	237,6	277,8		40,2		
SANTANDER	248,4	288,7	238,7	40,3	-9,7	36
BOYACÁ	245	287,2		41,2		38,4
ANTIOQUIA	236,8	278,2	237,5	41,4	0,7	29,3
CEBSAR	223,4	263,9		42,5		56
GUAVIARE	224,2	267		42,8		
CALDAS	237,6	280,4		42,9		38,4
SUCRE	219,4	264,6		45,1		54,6
HUILA	238,8	285,9		47,1		43,7
SAN ANDRÉS	217,2	266,3		48,2		
QUINDIO	247,8	296,1		48,3		35,7
CAUCA	217,4	266,1	290,6	48,8	43,3	58,3
CASANARE	240	290,5		50,6		
CÓRDOBA	220,5	274,3	238,5	53,9	38	58,6

	PÚBLICO	PRIVADO	CONCESIONADOS	DIFERENCIA A PRIVADOS	DIFERENCIA CONCESIONADOS	POBREZA 2021
BOLIVAR	212,7	270,3	235,7	57,6	22,9	48,5
PUTUMAYO	225,5	285,6		60,1		
LA GUAJIRA	209,7	271,5		61,8		57,8
CAQUETÁ	225,1	294,7		69,6		44,8
AMAZONAS	207,1	291		83,6		
GUAINIA						
VAUPÉS	196,9					
VICHADA	213,3					
TOTAL	232,3	276	246,4	43,7	14,1	

Fuente: Ministerio de Educación

Para el año 2023, en los resultados aún persiste la brecha entre colegios privados y oficiales (28 puntos) en las pruebas de estado. En territorios con mayor presencia de colegios públicos la diferencia es menor, como lo es el caso de Arauca, con una brecha promedio de 2 puntos, al igual que Nariño. En Meta la diferencia es de 5 puntos, y en Cauca de 6. Bogotá coincidió con el promedio nacional, pero departamentos como Amazonas (72 puntos) o la Guajira (54 puntos) presentan brechas de casi dos veces el promedio nacional.

Gráfico 4. Regresión diferencias resultados colegios privados vs Pobreza Monetaria

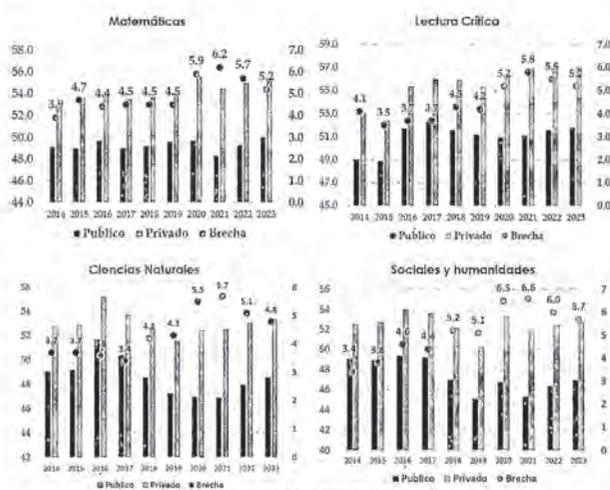


Fuente: Elaboración propia con datos de Ministerio de Educación

La gráfica 5 muestra la brecha entre colegios públicos y privados por materia evaluada. La peor categoría es inglés, con una brecha de 8.8 puntos, seguida de ciencias sociales y humanidades con 5.7 puntos. Matemáticas y lectura crítica generan una brecha de 5.2 puntos, y ciencias naturales de 4.8 puntos.

Independientemente del valor promedio de diferencia en los puntajes de las pruebas de estado en educación media entre tipos de colegios, es importante reconocer que la brecha persiste aun cuando se compara entre regiones y también entre las distintas materias evaluadas.

Gráfico 5. Brecha entre colegios públicos y privados por materia



Fuente: Laboratorio de Economía de la Educación

Si hacemos una comparación con los mejores colegios públicos y privados del país también se puede evidenciar la brecha. Para el año 2020, en el ranking elaborado por la Revista Dinero, el mejor colegio privado del país obtuvo un puntaje de 79,4, y el número décimo 74,4. En el caso de públicos, el mejor obtuvo 71, y el décimo 66,6 (tabla 6). Ningún público logró alcanzar los puntajes de los mejores privados. Dentro de los 100 mejores colegios del país no hay ningún colegio público, apareciendo apenas en el puesto 126 del ranking un colegio oficial.

Tabla 6. Mejores Colegios 2020

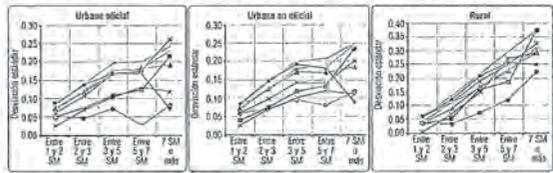
Los mejores colegios públicos		Los mejores colegios privados	
I.E Alexander Von Humbolt	71	Col. La Quinta del Puente	79,4
			74,4
			Florida Blanca

Inst.Tec. Nac. De Comercio	68,8	Cúcuta	Col. Nuevo Cambridge	79	Floridablanca
Liceo del Ejército Patria	68,6	Bogotá	Lic. Campo David	78	Bogotá
Col. Santo Ángel	68,2	Cúcuta	Col. Bilingüe Diana Oese	77,8	Cali
José Rafael Faria Bermúdez	68,2	Panplona	Col. Calatrava	75,6	Bogotá
Col. Sagrado Corazón de Jesús	67,6	Cúcuta	Col. Leonardo Da Vinci	74,8	Envigado
Lic.Int.Univ.de Nariño	67,2	Pasto	Col. Los Nogales	74,6	Bogotá
LE San José de la Salle	67,2	Bucaramanga	Col. Philadelphia Intl.	74,6	Cali
I.E Municipal Nacional	66,6	Pitalito	Gimn. Alessandro Volta	74,6	Bogotá
Lic. General Serviez	66,6	Villavieco	Col. Los Ángeles	74,4	Tunja

Fuente ICFES, cálculos Revista Dinero.

Los ingresos de los hogares son un determinante para la calidad de la educación de los niños, niñas y adolescentes. De acuerdo con un estudio de la Universidad de Manizales en el SABER 11 se observa una "tendencia" creciente de la diferencia en el puntaje conforme el rango de ingresos se amplía. Existe una relación creciente entre el nivel de ingresos de los estudiantes y los resultados obtenidos que es especialmente alta en el caso de las zonas rurales. Según los autores: "La mayoría de los estudiantes del nivel básico se encuentra en trampa de calidad educativa. En el 14% de los casos, el plantel logró compensar las desfavorables condiciones socioeconómicas de los estudiantes Superados. Por el contrario, en el 13% de estudiantes, los planteles ejercieron una presión negativa sobre los individuos que obtuvieron puntajes bajos pese a tener condiciones favorables Brecha" (Gráfico 6).

Gráfica 6. Diferencia en el nivel de logro SABER II respecto al rango de ingreso

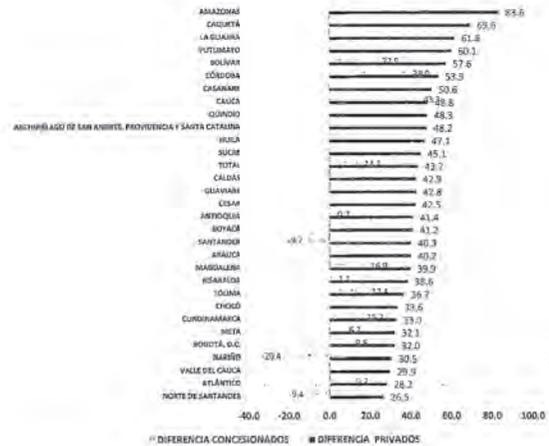


Fuente: Celis, Jiménez y Jaramillo, con apoyo del Ictes

Al realizar un comparativo de los resultados de las pruebas de Estado en el año 2021 encontramos que los colegios privados obtienen en promedio 43,7 puntos más que los colegios públicos. Y los colegios concesionados obtienen 14,1 puntos más que los colegios públicos. Pero que el edificio donde se imparte la educación sea privado no significa que la educación no pueda ser pública. Los colegios concesionados a privados pero pagados por el Estado obtienen en promedio 14,1 puntos más en las pruebas de Estado que los públicos.

Estas comparaciones se pueden ver en la gráfica 7 por departamentos. Departamentos como Amazonas, los colegios privados obtienen 83 puntos más que los públicos. En Putumayo 60 puntos, Casanare 50,6 puntos. En Bogotá la diferencia es de 32 puntos.

Gráfica 7. Puntaje adicional obtenido colegios privados vs públicos 2021



Las diferencias también son observables entre asignaturas. En Lectura Crítica, Matemáticas y Ciencias Sociales, los colegios privados obtienen ocho puntos adicionales que en los colegios privados en cada una de ellas. La diferencia más alta es en inglés: donde los estudiantes obtienen cerca de 14 puntos más que en los colegios públicos. Estas diferencias por departamentos se pueden ver en la tabla 7.

Tabla 7. Puntaje por Secciones Pruebas de Estado 2021.

	Lectura Crítica			Matemáticas			Ciencias Naturales			Ciencias Sociales			Inglés		
	PRIVADO	PÚBLICO	DI	PRIVADO	PÚBLICO	DI	PRIVADO	PÚBLICO	DI	PRIVADO	PÚBLICO	DI	PRIVADO	PÚBLICO	DI
AMAZONAS	86,3	94,9	78,6	58,9	65,2	6,3	56,9	61,5	4,6	51,2	59,8	8,6	41,8	42,4	0,6

	Lectura Crítica			Matemáticas			Ciencias Naturales			Ciencias Sociales			Inglés			
	PRIVADO	PÚBLICO	DI	PRIVADO	PÚBLICO	DI	PRIVADO	PÚBLICO	DI	PRIVADO	PÚBLICO	DI	PRIVADO	PÚBLICO	DI	
ANTIOQUIA	58,5	51,9	7,5	38,8	47,9	-9,1	7,9	58,1	62,2	-4,3	53,7	49,2	4,5	48,8	41,9	6,9
ARAUCA	58,1	50,1	7,9	36,9	43,8	-6,9	6,7	52,9	49,6	3,3	51,1	48,8	2,3	56,7	44,6	12,1
SAN ANDRÉS	56,3	45,4	10,9	35,3	42,1	-6,8	6,7	51,5	43,8	7,7	50,1	39,7	10,4	43,2	32,8	10,4
ATLÁNTICO	56,0	50,1	5,9	32,1	47,1	-15,0	5,1	50,5	49,7	0,8	49,6	49,6	0,0	55,3	45,9	9,4
BOGOTÁ	39,4	54,0	-14,6	37,7	31,3	6,4	58,2	49,4	8,8	34,8	48,5	-13,7	42,0	58,8	-16,8	
BOLÍVAR	50,1	52,9	-2,8	34,0	42,8	-8,8	8,8	52,4	42,2	10,2	51,9	38,8	13,1	39,2	41,1	-1,9
BOYACÁ	59,2	51,2	8,0	38,7	50,8	-12,1	12,1	52,6	48,9	3,7	55,2	46,8	8,4	49,0	42,2	6,8
CALDAS	58,0	38,4	19,6	38,8	47,7	-8,9	8,7	54,7	49,9	4,8	53,7	45,4	8,3	58,0	48,2	9,8
CAQUETA	41,0	49,9	-8,9	39,9	46,2	-6,3	6,3	44,4	42,8	1,6	53,5	42,2	11,3	49,8	43,1	6,7
CASANARE	59,8	30,3	29,5	38,6	49,4	-10,8	10,8	56,1	47,8	8,3	55,3	48,9	6,4	62,3	46,5	15,8
CAUCA	58,5	44,2	14,3	33,9	43,7	-9,8	9,8	43,1	44,8	-1,7	51,2	41,1	10,1	54,2	41,9	12,3
CESAR	50,5	47,8	2,7	32,9	43,4	-10,5	10,5	51,8	44,1	7,7	54,4	49,9	4,5	58,6	42,0	16,6
CHOCÓ	47,1	38,9	8,2	42,7	38,9	3,8	43,9	37,0	6,9	41,2	34,4	6,8	48,8	39,1	8,7	
CORDOBA	57,8	49,0	8,8	34,7	44,4	-9,7	9,7	39,6	44,2	-4,6	52,7	41,4	11,3	51,0	42,1	8,9
CUNDINAMARCA	38,4	32,1	6,3	38,8	39,5	-0,7	0,7	54,2	48,7	5,5	53,6	48,8	4,8	48,0	47,6	0,4
GUANÍA	49,0	41,4	7,6	41,4	41,4	0,0	41,7	41,7	0,0	39,4	38,9	0,5	38,7	39,7	-1,0	
GUAVIARÉ	56,0	47,1	8,9	34,0	44,4	-10,4	10,4	51,4	44,8	6,6	51,1	43,3	7,8	55,3	42,8	12,5
HUILA	39,2	30,4	8,8	38,1	49,1	-11,0	11,0	53,7	47,4	6,3	51,7	45,0	6,7	59,8	45,2	14,6
LA GUANÍA	32,1	44,6	-12,5	34,9	42,2	-7,3	7,3	51,7	41,8	9,9	50,4	39,2	11,2	58,9	41,2	17,7
MAGDALENA	54,3	44,4	9,9	30,8	43,1	-12,3	12,3	49,6	42,8	6,8	48,4	41,6	6,8	53,8	41,7	12,1
META	57,2	51,3	5,9	37,5	49,4	-11,9	11,9	49,2	47,4	1,8	52,1	48,4	3,7	57,2	48,9	8,3
NARIÑO	59,6	49,4	10,2	37,7	46,1	-8,4	8,4	51,9	46,7	5,2	50,8	44,3	6,5	53,8	44,9	8,9
NORTE DE SANTANDER	56,9	31,4	25,5	34,6	52,7	-18,1	18,1	53,5	48,0	5,5	51,8	44,1	7,7	55,7	46,7	9,0
PUTUMAYO	59,3	47,9	11,4	36,7	44,1	-7,4	7,4	52,5	44,9	7,6	55,6	42,3	13,3	54,7	43,1	11,6
QUINDÍO	49,8	53,6	-3,8	48,0	49,9	-1,9	1,9	48,1	47,7	0,4	57,1	47,4	9,7	48,6	49,5	-0,9
RISARALDA	57,7	52,2	5,5	36,1	45,3	-9,2	9,2	44,1	47,3	-3,2	55,9	48,8	7,1	45,0	47,8	-2,8
SANTANDER	59,8	52,1	7,7	38,7	51,1	-12,4	12,4	58,4	49,1	9,3	51,8	47,6	4,2	43,9	47,8	-3,9
SUCRE	50,8	48,8	2,0	32,2	41,9	-9,7	9,7	52,1	44,1	8,0	50,2	41,8	8,4	54,0	41,5	12,5
TECUMA	54,2	49,2	5,0	33,7	48,8	-15,1	15,1	45,7	45,5	0,2	51,1	45,8	5,3	56,2	44,3	11,9
VALLE DEL CAUCA	54,2	59,7	-5,5	33,3	47,3	-14,0	14,0	48,1	51,1	-3,0	50,9	44,9	6,0	54,3	46,1	8,2

	Lectura Crítica			Matemáticas			Ciencias Naturales			Ciencias Sociales			Inglés		
	PRIVADO	PÚBLICO	DI	PRIVADO	PÚBLICO	DI	PRIVADO	PÚBLICO	DI	PRIVADO	PÚBLICO	DI	PRIVADO	PÚBLICO	DI
VAUPÉS	41,9	41,1	0,8	38,3	39,1	-0,8	46,3	42,1	4,2	37,9	47,1	9,2	39,2	39,2	0,0
VICHADA	45,9	45,1	0,8	45,4	45,4	0,0	42,9	42,9	0,0	48,8	44,8	4,0	38,9	39,9	-1,0
TOTAL	57,8	49,5	8,3	35,7	47,4	-11,7	47,4	45,3	2,1	49,7	47,3	2,4	43,9	48,9	-5,0

Fuente: Ministerio de Educación

1.5 Bonos escolares en Colombia: Caso PACES

El gobierno colombiano en el pasado ya tuvo bonos escolares, y fueron exitosos. El premio Nobel de economía Michael Robert Kremer estuvo en el mes de septiembre de 2022 en el país presentando su paper sobre el éxito de este bono educativo en el país-PACES. El Programa de Ampliación de Cobertura de la Educación Secundaria (PACES) se implementó entre 1991 y 1997. Este pretendía tomar el exceso de capacidad en las escuelas privadas urbanas en la educación secundaria brindando bonos educativos a estudiantes de los dos estratos más bajos de la población. Los bonos se renovaban anualmente si los estudiantes pasaban el grado. El valor del bono era bajo en comparación con el costo de las escuelas públicas; 244 dólares por estudiante versus 450 dólares por estudiante. Se sortearon bonos para 125 mil niños pobres que cubrió la educación completa de los niños, niñas y adolescentes; sin embargo, con el tiempo no fue incrementando el valor del bono, y por la inflación, se terminó en cubrir cerca de la mitad de la costos de su educación media por estudiante en instituciones privadas.

En el estudio realizado por Kremer (2019) para los beneficiarios en la ciudad de Bogotá se demostró un aumento del 28% y del 32% en la probabilidad de asistir a un colegio privado para los solicitantes de estudios académicos y vocacionales respectivamente. Los ganadores del bono tuvieron un 16% de más probabilidad de terminar la escuela secundaria a tiempo (7,6 puntos adicionales en relación con quienes no lograron el bono escolar). También se demostró que los estudiantes con el Bono tienen un 10% más probabilidad de terminar la escuela secundaria dentro de los seis años siguientes a la finalización en el plazo previsto.

PACES aumentó la matrícula en la educación superior en un 16% (aumento de 3,1 puntos porcentuales con respecto a una base de 19,1%). También se presentó un aumento del 37% en la matrícula de enseñanza superior, y un aumento del 48% en la graduación. El programa también aumentó los ingresos formales en un 8% para los ganadores. El estudio concluyó que los bonos pueden ser útiles para aquellos estudiantes que buscan un producto diferenciado.

Tabla 8. Impactos del Bono Escolar PACES en el largo plazo en educación

	All		Academic Applicants		Vocational Applicants		Difference: (6)-(7)
	Losses (1)	Wins (2)	Losses (3)	Wins (4)	Losses (5)	Wins (6)	
A. Secondary school completion (ICFES secondary graduation exam dates)							
Enrolled in secondary	0.451	0.678	0.457	0.671	0.473	0.683	0.212
	(0.478)	(0.114)***	(0.498)	(0.121)***	(0.51)	(0.225)***	(0.712)
Graduated with an on-time diploma	0.463	0.654	0.532	0.655	0.603	0.689	0.086
	(0.495)	(0.113)***	(0.498)	(0.121)***	(0.489)	(0.224)**	(0.452)
B. Tertiary enrollment and persistence (Tertiary enrollment dates)							
Ever enrolled in tertiary education	0.187	0.014	0.184	0.000	0.188	0.070	-0.268
	(0.392)	(0.603)**	(0.396)	(0.618)	(0.391)	(0.611)**	(0.012)**
Ever enrolled in a vocational subject	0.066	0.014	0.071	0.000	0.064	0.028	-0.021
	(0.248)	(0.606)**	(0.237)	(0.612)	(0.244)	(0.614)**	(0.218)
Ever enrolled in a university	0.131	0.014	0.130	-0.002	0.131	0.046	-0.044
	(0.370)	(0.611)	(0.330)	(0.613)	(0.332)	(0.619)**	(0.244)**
Enrolled in tertiary in 2012	0.016	0.022	0.020	0.031	0.019	0.021	-0.002
	(0.155)	(0.607)**	(0.17)	(0.609)**	(0.164)	(0.611)**	(0.362)
Enrolled in private institutions in 2012	0.030	0.018	0.025	0.027	0.028	0.012	-0.016
	(0.171)	(0.604)**	(0.156)	(0.609)**	(0.171)	(0.611)	(0.222)
Enrolled in a public institution in 2012	0.029	0.006	0.022	0.005	0.002	0.012	-0.004
	(0.072)	(0.503)**	(0.071)	(0.503)	(0.04)	(0.084)**	(0.418)
Obtained tertiary in 2012	0.050	0.006	0.054	0.008	0.049	0.024	-0.012
	(0.218)	(0.607)**	(0.223)	(0.61)	(0.216)	(0.612)**	(0.642)**
Years of tertiary education	0.200	0.064	0.200	0.019	0.223	0.139	-0.218
	(1.17)	(0.604)	(1.202)	(0.604)	(1.2)	(0.607)**	(0.614)**

Notes: Table reports voucher lottery losers' means and estimated effects of winning a voucher with application records. Controls include age, male, and whether the applicant had a phone number 6-186 four of months before. Estimates in columns 1,4 and 5 are done from propensity weights. Variables in parentheses are robust standard errors. Effect Graduated on schedule is if the applicant took the college entry test in 2001 or before, graduated with an on-time diploma, or an on-time diploma is if the applicant took the college entry test in or before 2003, 2005 and 2007, respectively. * significant 10%, ** significant 5%, *** significant 1%.

Fuente: Kremer y otros (2019)

Según American Economic Review los ganadores de PACES:

- Tuvieron tasas de graduación entre 5 y 7 puntos más altas que los perdedores.
- Sus resultados en las pruebas ICFES estuvieron 2 desviaciones estándar por encima de la media respecto a los perdedores.
- Tuvieron 50% menos repitentes.

principalmente porque tenían menos probabilidades de repetir curso, y obtienen una puntuación 0.2 desviaciones estándar más alta en las pruebas de rendimiento. El efecto neto es tal que el beneficio de la concesión de vales fue más que suficiente para compensar los costos (Angrist et al., 2002).

El costo para la sociedad de la beca por recipiente para el ciclo secundario y medio completo no supera los USD \$690. En un horizonte laboral de 35 años y una tasa de descuento de 3%, el valor presente neto del flujo de ingresos por cada recipiente de beca es, en promedio, USD \$5.250. Esto implica una relación beneficio-costos por cada recipiente de beca de 7 a 1, lo cual hace que el programa PACES haya sido altamente rentable desde el punto de vista social. El programa de bonos educativos aplicado en la década de los 80 en Chile incremento de la cobertura de la escolaridad a grandes masas de la población, tanto en Educación Primaria, donde la cobertura es ya universal, como en Secundaria, la población de 20-24 años con al menos Educación Secundaria completa ha pasado, entre los años 1990 y 2006, del 53% al 80%.

El aumento en la cobertura es consecuencia de la expansión de la oferta. De acuerdo con el Journal of Public Economics el programa de bonos hizo que más de 1000 escuelas privadas ingresaran al mercado y la matrícula privada se incrementará en 20 puntos porcentuales.

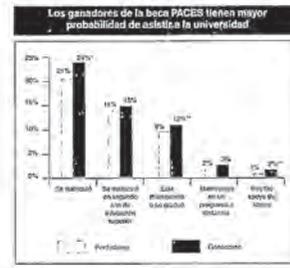
El gasto público en educación en Chile es del 5%, esto está sobre el promedio latinoamericano, y es muy cercano al promedio colombiano 4.7%. Simultáneamente Chile es el país con mejor desempeño educativo en las pruebas PISA en toda América Latina (Gráfica 8).

Gráfica 8. América Latina y el Caribe: gasto público en educación, 2016(PIB)

- El programa incrementó los salarios de los ganadores 1.2% por año por encima de los ganadores, es decir unos \$36 USD por año.

Según otro estudio de la universidad de los Andes, el programa PACES incrementó en aproximadamente 10% la probabilidad de permanecer y continuar en el sistema educativo respecto al grupo que no ganó la beca.

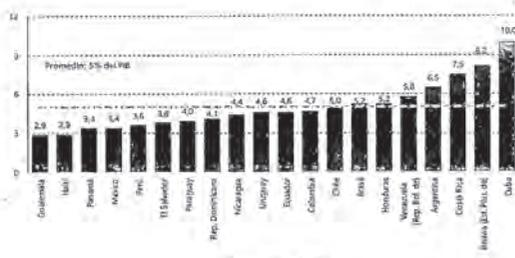
La diferencia entre ganadores y perdedores en la probabilidad de estar matriculado o haberse graduado es de tres puntos porcentuales—33% más respecto al grupo que no ganó la beca—.



* Estadísticamente significativo al 10%
** Estadísticamente al 5%

Según los hallazgos del estudio el ingreso base de la cotización es significativamente mayor para quienes ganan la beca respecto a quienes no. La brecha en el ingreso promedio mensual entre ganadores y perdedores crece en el tiempo, y en 2011 quienes ganaron la beca devengaban cerca de 10% más que quienes no ganaron beca.

Además, el programa PACES resultó ser altamente costo efectivo. En la evaluación de impacto realizada por Angrist et al., (2002) resultan que tres años después del programa, los ganadores tenían unos 10 puntos porcentuales más de probabilidades de terminar el 8º grado.



Fuente: Cepal, 2017

1.6 Casos internacionales

i. Caso Chile

En América Latina se han implementado modelos de voucher educativo. El de mayor cobertura es el sistema subvencionado chileno creado desde finales del siglo XX. Este modelo ha tenido reformas pero sin importar la postura ideológica de los gobiernos ha mantenido los principios de libertad de escogencia y competencia.

El sistema educativo chileno es reconocido por el Banco de Desarrollo de América Latina como el líder en indicadores de educación para los países latinoamericanos. La cobertura se encuentra por encima del promedio con el 94% en educación parvularia (menores de 7 años), 99,7% para la educación básica (niños entre los 7 y los 14 años) y 93% en educación media frente al 79%, 97% y 82% en la región. Del mismo modo, Chile ha obtenido los mejores puntajes en pruebas estandarizadas como PISA y TERCE en comparación con los demás países de Sudamérica (Banco de Desarrollo de América Latina, 2016). Los indicadores son positivos en el nivel superior pues para los jóvenes entre 19 y 20 años se presentan promedios de matrícula de 16% para la educación

<p>técnica y 33% para la educación profesional, superando la media de la OCDE que se encuentre en el 5% y el 30% (Ramírez, 2019).</p> <p>En comparación con los países de la OCDE, Chile se posiciona como el país latinoamericano con mejores resultados en inversión educativa. En cuanto a presupuesto, el país destina un 3,6% del PIB a educación básica y media, lo cual es cercano al 3,5% de los países OECD. De este 3,6%, un 3,0% proviene de recursos entregados por el Gobierno, cercano al 3,1% del promedio OECD. En términos de educación parvularia supera el promedio de la organización pues invierte un 1,3% de su PIB frente a un 0,8% (Ramírez, 2019).</p> <p>Implementación del Voucher o subvención educativa en Chile:</p> <p>El sistema de Voucher o también llamado de subvención escolar se introdujo desde inicios de la década de los 80 durante el Gobierno de Augusto Pinochet. Se considera uno de los pocos sistemas de subsidios a la demanda en la educación ejecutados a gran escala y resulta ser uno de los más antiguos con más de 40 años desde su promulgación (Canals et al., 2019). En principio, su implementación inició con una serie de reformas que propendían por la descentralización y la privatización, hasta configurar lo que sería la reforma educacional de 1981 (Mella, 2010).</p> <p>Antes de 1981 la educación en Chile se caracterizaba por ser en gran parte de dependencia estatal bajo el control del gobierno central descrito como: "un sistema educacional no solo dirigido sino producido por el estado en forma altamente centralizada (estado docente) y centrado en la expansión cuantitativa (derecho a la educación)"(Mella, 2010, pp. 43). La reforma comenzó con medidas que impulsaron la descentralización o la llamada municipalización que permitió trasladar la administración de algunos servicios públicos a las municipalidades. Entre estos se encontraba la administración de los colegios que dependen del Ministerio de Educación (Mella, 2010). Mediante el Decreto Ley de Rentas Municipales N° 3.063 y Decreto con Fuerza de Ley (DFL) N° 1-3063 se estableció que:</p>	<p>"Artículo 3°.- Las Municipalidades que tomen a su cargo la atención de un servicio, se ajustarán en su gestión a todas las disposiciones que sobre el particular rigen para tal actividad y estará sujeta a la supervigilancia técnica y fiscalización que disponga la ley, de parte de las entidades y servicios especializados. Por lo que se refiere específicamente a establecimientos educacionales (...) en su gestión por las Municipalidades y en cuanto a supervigilancia y fiscalización, quedarán sujetos a las mismas normas aplicables a los establecimientos de uno y otro género, que pertenecen o se explotan por particulares" (Mella, 2010, pp. 44)</p> <p>y frente al financiamiento:</p> <p>"El artículo 6° del DL 3477, de 1980, dispuso que: El Presidente de la República mediante decreto supremo del Ministerio de Hacienda, otorgará a las Municipalidades que tomen a su cargo en forma definitiva servicios de las áreas de educación, de salud y de atención de menores, del sector público, (...), un aporte extraordinario, por una vez, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 8° de dicho decreto con fuerza de ley, equivalente a un 5% del gasto anual en remuneraciones que significaba el servicio transferido, respecto de los servicios que las Municipalidades tomen a su cargo durante el curso del año 1980; de un 4% de dicho gasto, respecto de los servicios que tomen a su cargo en el año 1981 y de un 3% del mismo gasto, respecto de los servicios que tomen a su cargo en el año 1982" (Mella, 2010, pp. 44).</p> <p>Luego de esto se instauraron disposiciones que permitieron la participación del sector privado en la prestación de dichos servicios, delegados con anterioridad a las municipalidades:</p> <p>"Artículo 12.- Las Municipalidades que tomen a su cargo servicios de las áreas de educación, de salud o de atención de menores, para los efectos de la administración y operación de ellos, podrán constituir, conforme a las normas del Título XXXIII del Libro I del Código Civil, con organizaciones de la comuna, interesadas en los servicios</p>
<p>referidos, uno o más personas jurídicas de derecho privado, o podrán entregar dicha administración y operación a personas jurídicas de derecho privado que no persigan fines de lucro. (...) Autorízase a las Municipalidades que otorguen a la administración de los servicios referidos a personas jurídicas de derecho privado para entregarlos en comodato los bienes inmuebles destinados a los servicios referidos, ya sean de propiedad de la Municipalidad o ésta los haya recibido, a su vez, en comodato para tales servicios" (Mella, 2010, pp. 44).</p> <p>El sistema de subvenciones se afianzó con el Decreto Ley N° 3476 que reglamenta los aportes o subvenciones a establecimientos particulares (privados) sin o con ánimo de lucro que implementarán modelos gratuitos de enseñanza. El principal resultado de esta reforma fue el traspaso del 87% de las instituciones que estaban a cargo de las municipalidades a la administración de particulares (Internacional de la educación, 2003). Los principales aspectos o requisitos para ser considerado un establecimiento privado subvencionado son los siguientes:</p> <p>"Artículo 3°.- Tiene el carácter de establecimiento subvencionado, la entidad educacional privada, oficialmente reconocida como cooperador de la función educacional del Estado, que posea la organización necesaria para proporcionar en forma gratuita a su alumnado la enseñanza que el Estado determine en sus planes y programas, y cumpla con los demás requisitos que exige la ley para obtener la subvención fiscal. Se entenderá que tales establecimientos tienen carácter gratuito cuando sólo perciben por la educación impartida los beneficios y derechos que les concede el decreto ley N° 3.476, de 1980." (Mella, 2010, pp. 45).</p> <p>Estos establecimientos son representados por una figura contemplada como "sostenedor" quien será la persona natural o jurídica que se responsabiliza de la institución educativa, su</p>	<p>funcionamiento y de las subvenciones que éstas perciban por parte de las municipalidades por medio de las Direcciones de educación municipal y se harán responsables de las mismas.</p> <p>"Artículo 5°.- Estos establecimientos contarán con un nombre, domicilio y bienes suficientes destinados a la función que desempeñan y estarán a cargo de una persona civilmente responsable llamada Sostenedor, y dispondrán del personal docente, administrativo y de servicios que exija en cada caso su propia organización interna. Artículo 6°.- Se denomina Sostenedor, a la persona natural o jurídica que asume ante el Estado la responsabilidad de mantener en funcionamiento un establecimiento educacional en la forma y condiciones exigidas por la Ley y el Reglamento. El Sostenedor podrá asumir la representación del plantel ante las autoridades correspondientes o bien delegar esta representación en un mandatario especialmente facultado al efecto" (Mella, 2010, pp. 46)</p> <p>Las subvenciones se determinan por el número de alumnos inscritos en la institución multiplicado por la asistencia media efectiva por curso en el mes anterior al pago. El monto de la subvención que reciben estos establecimientos depende del número de alumnos que asista con regularidad a sus clases en el mes (Ministerio de Educación Chile, 2022).</p> <p>"Artículo 15°.- El monto de subvención a pagar se determinará multiplicando el monto unitario mensual por alumno que corresponda, de acuerdo al decreto ley 1982 N° 3476, de 1980, por la asistencia media efectiva por curso registrada en el mes precedente al pago" (Mella, 2010, pp. 46).</p> <p>El sistema ha tenido varios cambios en pro de su mejoramiento -a favor de la integración y la eliminación de la segregación escolar-. El más considerable fue el realizado en el segundo Gobierno de Michelle Bachelet luego de la llamada Revolución de los Pingüinos de 2007</p> <p>[†] Figuras legales para administrar los recursos producto del traspaso de los establecimientos educativos a la Municipalidad desde el Gobierno Central.</p>

<p>(Hernandez & Raczynski, 2015). Esta reforma reemplazó y derogó lo establecido en la Ley N° 18.962, o Ley Orgánica Constitucional de Enseñanza (LOCE) de 1990, promulgada durante el gobierno de Pinochet, que hasta ese momento reglamentaba la totalidad del sistema de educación chileno. En su reemplazo se promulgó la Ley General de Educación (Ley N°20.370 o LGE) de 2009 donde se eliminó la totalidad de la anterior pero se conservó el Título III (manteniendo el párrafo 2°), y su Título IV; referidos a la educación superior (Canals et al., 2019).</p> <p>A pesar de la reforma, se mantuvo la existencia del modelo mixto integrado por colegios municipales (públicos), privados subvencionados, privados pagados y de administración delegada. De la misma manera, se mantuvieron los principios fundamentales que habían originado el sistema como la libertad de decisión por parte de los padres, la participación privada y la competencia en calidad por parte de las instituciones (Canals et al., 2019).</p> <p>¿Cómo funciona el sistema en Chile?</p> <p>La educación en Chile desde la reforma implementada por la ley general de educación se compone de cuatro ciclos, solo los primeros tres son obligatorios: la educación parvularia (niños menores de 7 años); la educación básica (compuesta por 6 años escolares); la educación media, compuesta por otros seis años; y, la educación superior. En el caso de los primeros tres niveles es provista a través de un sistema de tipo mixto tanto en el financiamiento como en la producción de la actividad (Aedo & Sapelli, 2001).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los establecimientos: <p>El sistema contempla 4 tipos de establecimientos educativos: los municipales, los subvencionados privados, los privados pagados y las corporaciones de administración delegada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los Colegios Municipales: son los colegios que antes de las reformas de la década de los 80s pertenecían a la enseñanza fiscal centralizada y no fueron delegados por parte de las 	<p>municipalidades a la administración de privados. Su financiamiento es en su totalidad público salvo algunos que establecen un cobro adicional que debe ser aprobado y pagado por los padres. Estas instituciones son administradas por la administración municipal y su representante son los alcaldes municipales o los presidentes del Departamento de Administración Educacional Municipal (Internacional de la educación, 2003).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colegios particulares subvencionados: su posicionamiento en el sistema se dio después de las reformas de 1981. Estas instituciones desarrollan de manera privada su propiedad y administración por medio de corporaciones, sociedades y/o sostenedores sin ánimo de lucro (antes de la reforma de 2009 si podían tenerlo) y deben estar reconocidas por el Estado que es al mismo tiempo su principal financiador (Internacional de la educación, 2003). <p>Antes de la reforma de 2009 se les permitía el financiamiento compartido mediante una colegiatura, ahora solo se financian de recursos del estado y las exenciones tributarias para donaciones con fines educacionales. Dicha medida fue implementada teniendo en cuenta las fuertes críticas de miembros del magisterio, quienes expresaban que esta cofinanciación generaba mayor fragmentación y segregación en el sistema educativo (Biblioteca Congreso de Chile, 2022).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colegios particulares pagados: estos establecimientos no reciben recursos por parte del Estado pues su propiedad y administración se encuentran bajo un régimen privado. La principal forma de financiación de estos son las matrículas o colegiaturas que se cobran de forma mensual a los alumnos junto con otros cobros a lo largo del año escolar (Internacional de la educación, 2003). • Corporaciones de administración delegada: son instituciones que aún dependen del Estado y son propiedad del mismo. Se caracterizan por ser establecimientos de enseñanza media técnico profesional pero son administrados por corporaciones privadas por
<p>convencios prorrogables y reciben subvención del Estado (Internacional de la educación, 2003).</p> <ul style="list-style-type: none"> - La subvención: <p>Las subvenciones son la forma mediante la que se materializa el subsidio a la demanda o voucher en el sistema de educación chileno. Son recursos de origen estatal que son trasladados vía transferencia a los establecimientos educacionales por el número de estudiantes que tengan inscritos en sus instalaciones y la asistencia media de los mismos. Pueden recibir estos recursos los establecimientos que presten servicios de educación parvularia, básica, media, especial diferencial y de adultos (LSC Group, 2021).</p> <p>¿Cómo se determina el monto de la subvención?</p> <p>Los montos de las subvenciones están determinados por la Unidad de Subvención Educacional (USE), esta se actualiza anualmente con los ajustes de los sueldos del sector público variando en la misma proporción (LSC Group, 2021). El número de USE transferidos a los establecimientos educativos depende del nivel educativo, las modalidades de enseñanza y si la jornada es completa o no, entre otros.</p> <p>Esto último junto con el tipo de establecimiento define lo que se denomina como el factor USE, que será multiplicado por la asistencia media promedio y el valor actual de la Unidad de subvención para tener como resultado la subvención base mensual (LSC Group, 2021).</p> <p>$Asistencia\ Media\ Promedio \times Factor\ USE \times Valor\ USE = Subvención\ Base\ Mensual$</p>	<p>Para el caso de los establecimientos de financiamiento compartido las subvenciones dependen del número de alumnos y de la modalidad de enseñanza; sin embargo, a estos les son descontados de la subvención el cobro mensual promedio que realiza el colegio a los padres o acudientes y los aportes en dinero que reciben de otras instituciones. En el caso de estudiantes en situación de vulnerabilidad no se les podrá realizar ningún cobro (LSC Group, 2021).</p> <p>Subvenciones destinadas a los alumnos:</p> <p>Existen varios tipos de subvenciones que van más allá de la escolaridad y difieren según la prestación de servicios diferenciales (LSC Group, 2021):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Subvención de internado: es pagada a los establecimientos educacionales para los costos de alojamiento y alimentación de los estudiantes; no puede ser inferior a 0,1563 USE diarias 2. Subvención pro retención: el estado realiza un pago de manera anual entre los 90.000 y 215.000 pesos a establecimientos municipales o particulares subsidiados que acrediten haber retenido estudiantes entre séptimo básico y cuarto medio que hagan parte del programa Chile Solidario de acuerdo con su calificación socioeconómica (estudiantes en estado de vulnerabilidad económica). 3. Subvención de refuerzo educativo: es una transferencia que se realiza a los establecimientos educativos que imparten cursos de reforzamiento y apoyo a alumnos con resultados deficientes. 4. Subvención preferencial: es una transferencia adicional que se realiza a los establecimientos que atienden alumnos prioritarios y preferentes. <p>Subvenciones destinadas a los docentes:</p> <p>Existen otras subvenciones destinadas a los docentes que imparten educación en situaciones particulares (LSC Group, 2021). Las principales subvenciones destinadas a educadores son las siguientes:</p>

1. Asignación de desempeño difícil: está destinada a profesores que imparten educación en establecimientos declarados como de desempeño difícil, según su ubicación geográfica, marginalidad urbana, situación socioeconómica o dificultad de acceso.
2. Asignación por desempeño individual: se destina a maestros que obtengan resultados destacados en sus componentes de evaluación de manera individual.
3. Asignación por desempeño de excelencia SNED: se destina a los docentes que tengan mejores resultados relativos en las pruebas de evaluación de establecimientos SNED.

Cifras del modelo educativo

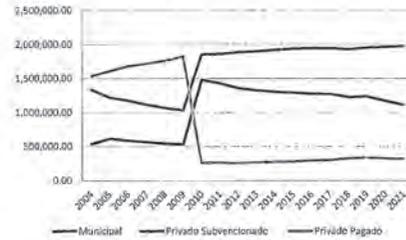
Al inicio de este apartado ya se han destacado algunas cifras en las que se demuestra el liderazgo del modelo educacional chileno frente a los demás países de Latinoamérica, y la cercanía de los promedios de indicadores nacionales con los de la OCDE en cobertura y porcentaje del PIB destinado a educación. Es importante mostrar otros aspectos que favorecen la hipótesis de la efectividad del modelo chileno en cuanto al mejoramiento de la cobertura y la calidad en la educación, y la oportunidad que representa su aplicación en otros países como Colombia.

Matrículas:

Una de las mediciones para evaluar el éxito del modelo de voucher es el número de estudiantes que prefieren ser matriculados por sus padres en colegios subvencionados en lugar de colegios privados pagados o municipales (que resultan ser equiparables a los colegios públicos colombianos). A continuación se presentan el número de estudiantes matriculados a nivel nacional por dependencia:

Gráfica 8. Histórico de estudiantes matriculados por dependencia (2002-2021)

² Para mayor claridad de las gráficas y por importancia estadística sólo se graficaron los datos correspondientes a colegios municipales, privados subvencionados y

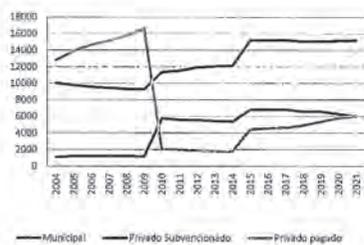


Elaboración propia a partir de cifras oficiales. (Centro de Estudios Mineduc, 2022)

Como se puede observar, los colegios subvencionados son los que más número de estudiantes matriculados tienen. Antes de la reforma de 2009 se encontraban por debajo de los colegios privados pagados pero por encima de la educación municipal (pública). Después de la reforma - a pesar de los desincentivos como la eliminación de la cofinanciación y los mayores requerimientos para los sostenedores de colegios subvencionados- se convirtieron en los colegios con mayor cantidad de estudiantes frente a los otros dos tipos, demostrando la preferencia de los padres que tenían a sus hijos en colegios privados a las instituciones subvencionadas y lo atractivo que son estos últimos para quienes estaban en instituciones de carácter municipal.

Se puede evidenciar cómo a partir de la reforma educacional de 1991 un gran número de establecimientos que funcionaban como privados pagados decidieron convertirse en privados subvencionados con las condiciones que ello implica en términos de exigencia, fiscalización y evaluación:

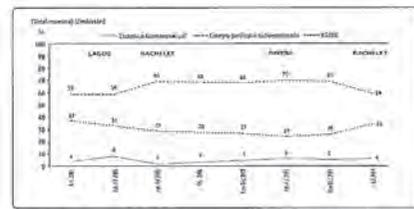
Gráfica 9. Histórico número de colegios por dependencia



Elaboración propia a partir de cifras oficiales: (Centro de Estudios Mineduc, 2022)

Como se puede ver en el Estudio Nacional de Opinión Pública del Centro de Estudios Públicos, la preferencia de los padres hacia la educación subvencionada se sobrepone a la municipal en un porcentaje considerable, casi el 60% de los padres prefieren matricular a sus hijos a un colegio subvencionado incluso teniendo el mismo costo de matrícula y distancia (Barrientos & Iltabaca, 2021).

Gráfica 10. Preferencia hacia un determinado tipo de establecimiento a similar costo y distancia



³ A igual costo de matrícula y similar distancia, ¿de preferencia una escuela o liceo municipal o un colegio particular subvencionado? Fuente: Centro de Estudios Públicos, 2014.

Tomado de : (Barrientos & Iltabaca, 2021)

Calidad del Sistema Educativo

Se entiende como situación final el número de estudiantes que aprueban o reprobaban el año escolar. En este sentido para medir la efectividad del voucher se debe observar el comportamiento de los establecimientos privados subvencionados -que son sus principales receptores- y su comparación con los privados pagados y los municipales.

Frente a los porcentajes de aprobación los tres tipos de dependencias se encuentran para la última medición en niveles superiores al 95%. Sin embargo, se puede ver la ventaja que tienen los colegios privados y particulares subvencionados sobre los colegios municipales en todo el histórico de medición tanto en para el nivel básico como para el nivel medio.

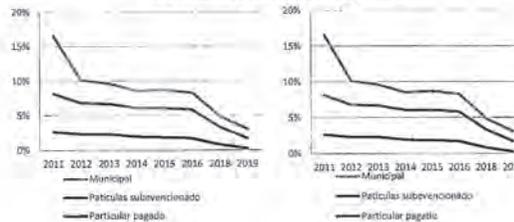


Fuente: Elaboración propia a partir de datos oficiales: (Centro de Estudios Mineduc, 2022)

Es importante observar cómo tanto los colegios subvencionados como los municipales han mejorado el porcentaje de aprobación a lo largo del tiempo del tiempo y en vía a alcanzar a los colegios privados, lo que demuestra que el sistema sí propende la competencia en la calidad educativa entre los establecimientos sin importar su tipo de dependencia, contrariando la hipótesis de quienes afirman que el modelo genera pérdida de calidad en las instituciones de naturaleza pública.

En términos de quienes reprueban se pueden observar las mismas situaciones descritas en el caso de los que aprueban. Los colegios privados y subvencionados tienen un porcentaje de reprobación más bajo que los colegios municipales, sin embargo la diferencia ha venido disminuyendo hasta ubicarse en cifras marginales, demostrando el mejoramiento de la calidad basado en la competencia. Ambos comportamientos se dan tanto en educación básica como en media.

Gráfica 12. Histórico del porcentaje de estudiantes que reprobaron el año por tipo de establecimiento Educación Básica y Media



Fuente: Elaboración propia a partir de datos oficiales (Centro de Estudios Mineduc, 2022)

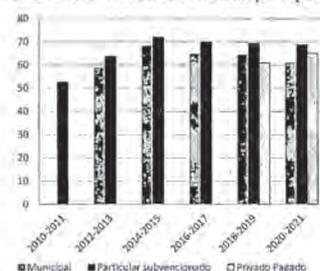
Sobre la medición de los establecimientos - Índice SNED

El índice SNED es el resultado de las mediciones que se realizan por medio del Sistema Nacional de Evaluación del Desempeño a todas las instituciones municipales, privadas subvencionadas, privadas pagadas, de servicios locales de educación y de corporaciones de administración delegada a nivel nacional en Chile. La presentación de estas pruebas es obligatorio y está regido por la Ley N° 19410 de 1995. Su diseño se basa en la medición de resultados obtenidos por los alumnos y los avances de los establecimientos en diferentes aspectos. Los establecimientos mejor evaluados en este sentido obtienen por dos años las subvenciones especiales de desempeño de excelencia, que benefician a los docentes y asistentes de la educación, generando un incentivo para la competitividad a nivel institucional y profesional de quienes sirven como maestros (Ministerio de Educación Chile, 2022).

El índice está construido a partir de seis diferentes componentes que se ponderan y promedian. Al analizar el histórico de los resultados del Índice SNED por dependencia los establecimientos subvencionados se encuentran por encima de los colegios municipales e incluso de los privados

pagados. De esto se puede inferir que son estos quienes tienden a impartir mejor educación con mayores resultados, a innovar en su modelo pedagógico y también a brindar buenas condiciones laborales y en materia de infraestructura para docentes y estudiantes.

Gráfica 13. Resultados Índice SNED 2010-2021 por dependencia



Elaboración propia a partir de datos oficiales (Centro de Estudios Mineduc, 2022)

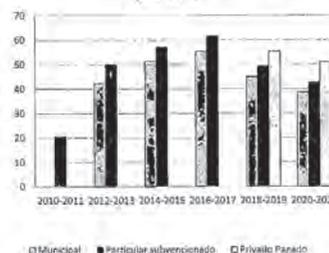
Pruebas SIMCE:

El sistema de evaluación Simce funciona en Chile desde 1968 como una evaluación externa destinada a proveer información necesaria a los actores del entorno educativo. Su creación se da con el objetivo de mejorar la calidad y equidad de la educación, dando a conocer los avances del sistema educativo chileno al impartir diferentes áreas de la enseñanza como lenguaje y comunicación, matemáticas, ciencias naturales, historia, geografía, ciencias sociales e inglés. A partir del año 2012, Simce se convirtió en el sistema de evaluación implementado por la Agencia de Calidad de la Educación para medir la calidad de la educación en las instituciones educativas (Ministerio de Educación Chile, 2022).

El componente de efectividad del Índice SNED reúne y promedia los resultados de las pruebas Simce en todas las áreas del conocimiento y por establecimiento. Se puede usar el mismo para

observar los resultados de la evaluación de forma concreta y resumida. Como se puede observar en la siguiente gráfica los colegios subvencionados presentan mejores resultados que los colegios municipales. También se puede ver como estos se encuentran por debajo de los colegios privados pagados, lo que evidencia una necesidad para seguir trabajando en la calidad educativa en el ánimo de igualar los tres tipos de establecimientos.

Gráfica 14. Resultados componente de efectividad del índice SNED por dependencia (2010-2021)



Elaboración propia a partir de datos oficiales (Mineduc, 2022)

Recomendaciones desde el caso chileno

Luego de haber mostrado las ventajas del modelo chileno como ejemplo para la implementación del sistema de vouchers en Colombia, también se deben tener en cuenta las desventajas para la corrección temprana de diferentes situaciones que se pudieran presentar en caso de su implementación. En ese sentido existirán una serie de lecciones aprendidas y experiencias que son importantes a la hora de la formulación de la iniciativa:

1. El acceso a la información: el principal insumo para una buena elección del padre de familia a la hora de escoger la institución educativa en la que va a matricular a sus hijos

es la información. En el caso chileno se pensó que solo con la publicación de algunos resultados de las evaluaciones a los establecimientos era suficiente para que los apoderados estuvieran informados, sin embargo, no es así, y sí hace falta implementar una mejor estrategia para el acceso a la información o la creación de la Oficina de school choice planteada por Chubb y Moos (1990) en la cual los padres sean asesorados a partir de sus necesidades y demandas (Canals et al., 2019).

2. La segregación escolar: permitir el cobro de una pensión adicional a la subvención en las instituciones hizo que los estudiantes que podían pagar ese costo extra pudieran acceder a los mejores colegios, mientras que los que no se tenían que quedar en los colegios subvencionados que no los tenían o en los municipales, lo que impedía el principio de libre elección en el que se enfoca el voucher y generaba segregación social en los establecimientos (Hernandez & Raczynski, 2015). La misma situación se repite en los casos de los exámenes de admisión, donde los estudiantes que van de establecimientos de mejor calidad entran más fácil a las instituciones, mientras que los que no se obligaban a quedar estancados en las que no tienen buenos desempeños (Canals et al., 2019).
3. El transporte y la alimentación: la capacidad de transportarse es un factor importante pues muchas veces la distancia logra ser un limitante para los padres a la hora de escoger el colegio en el que matriculan a sus hijos. Este problema es mayor en el caso de familias vulnerables que viven en la periferia de los centros urbanos o en la ruralidad. Se deben establecer soluciones que permitan eliminar o al menos atenuar tal desventaja. La misma situación se presenta frente a la alimentación escolar pues a pesar del bono el cumplimiento de metas se puede ver afectado por problemas de malnutrición o desnutrición de los estudiantes más pobres (Canals et al., 2019).
4. Empoderamiento de los padres: el bono en Chile no llega de forma directa a los padres sino a los establecimientos por facilidad y trazabilidad de las transferencias. Algunos

³ Resultados que no son fáciles de encontrar en las páginas oficiales chilenas.

afirman que: "al no pasar por las manos de las familias, no se garantiza que se enteren de que tal subsidio existe, de qué monto tiene, ni que depende de su asistencia a la institución" (Canals et al., 2019) quitándoles la oportunidad de empoderarse como clientes para tomar mejores decisiones y exigir calidad en las instituciones. El camino para solucionar esto no puede ser transferir el dinero a los padres pero sí se debe implementar un mecanismo simbólico que les permita sentirse clientes con capacidad de elección (Canals et al., 2019).

ii. Caso Suecia

Una de las principales reformas emprendidas en Suecia a principios de los años 90 fue la liberalización de las normas para la creación y gestión de escuelas independientes. Las escuelas independientes están totalmente financiadas por el erario público y tienen plena autonomía para asignar recursos siempre que se ajusten a la normativa gubernamental. Paralelamente, en 1991 se introdujo la "school choice". Como resultado de estas reformas, el sistema educativo ha pasado de ser un sistema en el que la inmensa mayoría de los alumnos asistían a la escuela pública de su zona de influencia, a otro en el que muchos alumnos optan por una escuela distinta a la que les corresponde por defecto, y en el que las escuelas de gestión privada y financiación pública compiten con las escuelas públicas tradicionales.

En Suecia, para el funcionamiento del sistema educativo, los estudiantes son asignados primero a una escuela según criterios geográficos. Los padres y los alumnos pueden tomar la decisión de optar por permanecer en el centro al que se les ha asignado o elegir otro centro público o un centro educativo independiente si hay plazas disponibles. En las escuelas primarias y de primer ciclo de secundaria no se aplican criterios selectivos de admisión, salvo el del orden de llegada.

Las escuelas independientes (escuelas privadas financiadas con fondos públicos) deben adoptar el plan de estudios nacional y estar inscrita y aprobada por la Inspección de Escuelas ("Skolinspektionen"). El 86% de los estudiantes asisten a escuelas públicas y el 14% a escuelas

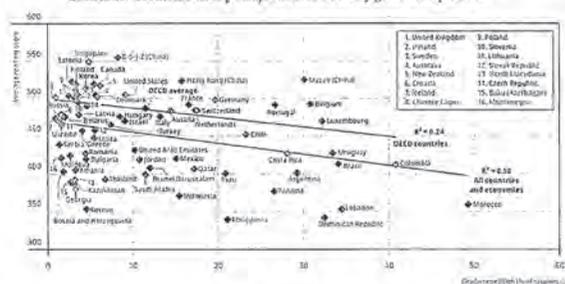
independientes. La financiación pública de las escuelas independientes se realiza mediante un sistema de vales o vouchers. A los estudiantes se les asigna una cantidad determinada, decidida por los municipios y con base a la cantidad de estudiantes matriculados. Los vales escolares deben cubrir todos los gastos escolares, es decir no solo la enseñanza, sino también otros gastos, como la salud y comidas de los alumnos, además de que no pueden cobrar tasas adicionales. Con esta expansión del mercado educativo, el número de escuelas independientes en Suecia aumentó de alrededor de 60 en 1991 a 792 en 2014, con el mayor aumento en la secundaria superior escuelas (OCDE, 2017); al 2016/2017 más del 25% de la totalidad de las matriculas en la secundaria correspondían a establecimientos privados mientras que en la primaria era del 15% (Fundación Libertad y Progreso, 2019).

Varios estudios analizan la respuesta de las escuelas públicas a la competencia de los vales escolares en función de la proporción de alumnos de una escuela pública que pueden optar a los vales o la proximidad de las escuelas privadas. Los estudios concluyen que el rendimiento de las escuelas públicas aumenta con la intensidad del tratamiento. En *Epple, Dennis et al., (2017)* citando a *Bohlmark and Lindahl (2012)* se observa que, bajo dos medidas específicas: (1) la nota media de los grados noveno y duodécimo y; (2) los años de escolarización ocho años después de la educación obligatoria aumentan con el porcentaje de matriculación en escuelas independientes.

Un aumento de 10 puntos porcentuales en la proporción de alumnos de escuelas independientes en la enseñanza obligatoria se asocia con un rendimiento 1,7 veces superior al final de la enseñanza obligatoria. Un aumento de 10 puntos porcentuales en la proporción de alumnos de escuelas independientes aumenta la fracción con una trayectoria académica en la escuela secundaria en 2 puntos porcentuales, las calificaciones medias de la escuela secundaria en 2 percentiles, la fracción que asiste a la universidad en casi 2 puntos porcentuales y los años medios de escolarización en casi 4 semanas (Bohlmark y Lindahl, 2012)

De acuerdo a cifras de la OCDE (2018), Suecia se ubica como uno de los países con mejor sistema educativo, teniendo como referencia los resultados de las pruebas PISA. El país se ubica como uno de los países con mayor promedio en el puntaje de lectura y también es uno de los países con menor grado de repetición (medido como % de estudiantes).

Gráfica 15. Promedio en el puntaje de lectura PISA y grado de repetición.



Fuente: (OCDE, 2018)

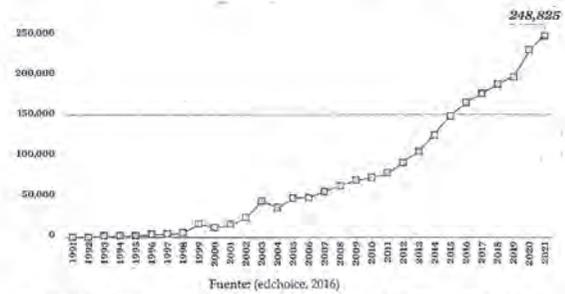
Una sugerencia del sistema de elección de escuela indica que, los mayores beneficiarios son los niños con necesidades educativas especiales, lo que sugiere que la competencia alentó a las escuelas a adaptarse a las características individuales de los estudiantes de manera más eficaz. (Åsa, 2003). Apparently the system of vouchers favors the competition between the schools, but it is important that the public schools do not have more obligations than the private ones, to be able to compete freely.

iii. Caso Estados Unidos

En Estados Unidos, existen diferentes métodos de financiación de la educación. Los cupones (o Voucher) permiten a las familias elegibles enviar a sus hijos a las escuelas privadas de su elección utilizando todos o parte de la financiación pública destinada a la educación de sus hijos. Con programas de becas de crédito fiscal, los contribuyentes reciben créditos fiscales totales o parciales cuando donan a organizaciones sin fines de lucro que brindan educación privada becas. Los créditos y deducciones fiscales individuales permiten a los padres recibir una desgravación fiscal estatal por gastos educativos aprobados, que pueden incluir matrícula de escuela privada, libros, suministros, computadoras, tutores, y transporte. Y las cuentas de ahorro para la educación, permiten a los padres retirar a sus hijos del distrito público o de escuelas charter y recibir un depósito de fondos públicos en cuentas de ahorro autorizadas por el gobierno. Esos fondos pueden cubrir matrículas y tarifas de escuelas privadas, programas de aprendizaje en línea, tutorías privadas, terapias educativas, costos de colegios comunitarios y otros gastos de educación superior (edchoide.org, 2016).

En EE. UU hay 29 programas de vales en 16 estados: Arkansas, Florida (2), Georgia, Indiana, Louisiana (2), Maine, Maryland, Mississippi (2), New Hampshire, Carolina del Norte (2), Ohio (5), Oklahoma, Tennessee, Utah, Vermont, Wisconsin (4) y Washington, DC y Puerto Rico. Los destinatarios estimados de cupones en 16 estados, Washington, DC y Puerto Rico suman más de 210,000 (edchoide.org, 2016).

Gráfica 16. Número de estudiantes usando voucher.



Los resultados académicos son positivos, especialmente para las poblaciones estigmatizadas y más pobres de los Estados Unidos. De acuerdo a Paul E. Peterson, director del Programa sobre Políticas y Gobernanza Educativas (PEPG) de la Universidad de Harvard, los beneficios de asistir a escuelas privadas son particularmente evidentes para los afroamericanos: se presentan mejoras en matemáticas y algo en lectura, especialmente si los niños son pequeños. Encontró que los puntajes de las pruebas eran más altos entre los estudiantes afroamericanos que asistían a escuelas privadas con el bano (alrededor del 75 por ciento participa en ese programa financiado con fondos privados) que los puntajes de sus compañeros de escuelas públicas. Los puntajes de las pruebas fueron más altos en lectura y matemáticas, siete puntos percentiles nacionales y cinco puntos percentiles respectivamente, después de un año (G. Howell & E. Peterson, 2000).

iv. Caso Pakistán.

En Pakistán, la educación es gestionada simultáneamente por el gobierno central y los gobiernos provinciales o municipales. La Fundación de Educación de Punjab (PEF), una entidad independiente creada en el marco del Ministerio de Educación de Punjab, que depende de un

Consejo de Administración Independiente, ha emprendido varias iniciativas útiles para "promover la educación de calidad a través de la asociación público-privada, fomentando y apoyando los esfuerzos del sector privado mediante la asistencia técnica y financiera, innovando y desarrollando nuevos instrumentos para promover mayores oportunidades educativas a un coste asequible para los pobres" (Fundación de Educación de Punjab, 2009).

Uno de los planes más innovadores es el "Education Vouchers Scheme", que comenzó en 2006. Las familias receptoras de los vouchers pertenecen a las más pobres y vulnerables, y son seleccionadas tras una amplia encuesta de hogares o tras una rigurosa investigación de la autenticidad de sus solicitudes. En el marco de implementación de este programa, se entregan vales de 300 rupias (1 dólar = 85 rupias) al mes por alumno a familias seleccionadas de bajos ingresos, elegidas con base al perfil económico. Estos vales permiten a los padres elegir una escuela de su elección en su vecindad. Al ser admitidos, los padres presentan estos vales a la administración de la escuela, que los deposita en el PEF (Salman, 2010).

Inicialmente, el PEF recibió asistencia técnica del Open Society Institute de la Fundación George Soros para realizar una encuesta y preparar un diseño. Una vez aprobado, este plan fue financiado por el gobierno. El SYE se puso en marcha con 1.000 estudiantes y 13 escuelas. En marzo de 2008, el plan había aumentado a 10,000 estudiantes y 52 escuelas. Todas estas escuelas son privadas y ofrecen instalaciones coeducativas. De los 10.000 alumnos, 5.200 son mujeres (Salman, 2010).

De los resultados de la investigación se sugiere que si los niños pobres de familias analfabetas de la zona urbana de Pakistán reciben apoyo para obtener una educación de buena calidad, su rendimiento es comparable al de los estudiantes de entornos más ricos y educados. Los resultados apoyan el argumento de que los vouchers amplían el acceso, aumentan la elección de los padres y mejoran la calidad de la enseñanza (Salman, 2010)

1.7 Estudio de caso Bogotá (Colegios públicos versus privados)

La tasa de deserción en Bogotá es mayor en colegios públicos que privados. Para el año 2019 era del 1,7% mientras que en los colegios privados era del 1,4%. Los colegios con convenios o en concesión eran cercanos al 0,7% (Tabla 9). Como se mostró en el capítulo de calidad educativa este no es un indicador que nos permita evaluar el nivel de conocimiento de los estudiantes; sin embargo, sí demuestra que incluso en términos de permanencia escolar, son mejores los establecimientos privados o concesionados que los del sector oficial.

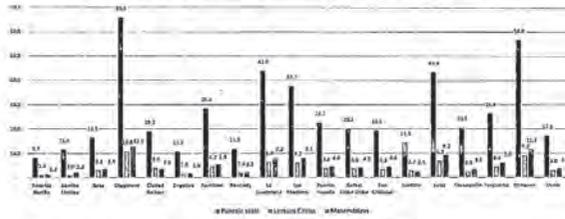
Tabla 9. Tasa de deserción por tipo de institución y grados

Grado	Distrital	Concesión	Convenio	Sector Oficial	Sector No Oficial
2015	3,9	1,5	1,1	3,6	0,8
2016	2,2	0,8	0,5	2,1	0,8
2017	1,7	0,7	0,6	1,6	0,8
2018	1,7	0,3	0,5	1,7	0,8
2019	1,7	0,6	0,7	1,6	1,4

Fuente: Alcaldía de Bogotá

En el estudio sintetizado en el gráfico 5 se mostró cómo la diferencia en ingresos de los hogares determinaba el nivel de calidad en la educación por medio de los resultados de las pruebas de Estado. La gráfica 17 muestra que sin importar la localidad, tener la posibilidad de tener un niño, niña y adolescente en un colegio privado implica mejorar la calidad en su educación. Este proyecto de ley busca que los niños, niñas y adolescentes puedan elegir un colegio que tenga preferiblemente cercanía a la vivienda que habita. Localidades como Ciudad Bolívar, un estudiante en un colegio privado está obteniendo 19,1 puntos más que en un colegio público, en la localidad de Fontibón 18 puntos más, en los Mártires 37 puntos más, en Suba 43 puntos más o en localidades como Usaquén y Chapinero más de 50 puntos adicionales. Para todas las localidades, los colegios privados obtienen puntos adicionales sobre los públicos, en especial en las categorías de Matemáticas y Lectura Crítica (Tabla 10).

Gráfica 17. Puntaje adicional obtenido colegios privados vs públicos



Fuente: secretaría de Educación de Bogotá

Tabla 10. Resultados pruebas de Estado por localidades y colegio público y privado 2021.

Localidad	Puntaje total	Lectura Crítica	Matemáticas	Sociales	Ciencias Naturales	Inglés
Antioquia Nariño	272,6	56,9	56,2	51,5	53,2	25,6
Público	266,4	55,9	55,2	50,4	51,8	25,7
Privado	278,7	57,2	56,1	51,8	51,7	25,5
Diferencia	8,3	1,3	1,3	1,3	1,3	3,8
Barrios Unidos	276,3	57,3	56,4	53,0	53,6	27,5
Público	268,3	56,6	54,9	50,6	52,3	24,6
Privado	279,9	57,6	57,1	54,1	54,2	28,4
Diferencia	11,6	1,0	2,2	3,5	1,9	4,2
Bosa	262,2	35,2	33,9	49,3	51,7	31,0
Público	231,7	23,2	32,7	47,2	49,3	31,1
Privado	262,2	36,2	35,1	50,6	52,3	34,7
Privado - Matrícula Contratada	289,4	61,0	59,6	53,0	51,0	37,0
Diferencia	46,5	3,1	3,4	3,4	2,9	4,6
Chapinero	296,0	60,2	60,8	57,8	57,4	40,0
Público	243,7	31,3	30,3	46,8	47,8	31,2
Privado	309,6	63,1	63,1	59,9	59,4	71,6
Diferencia	65,9	10,8	12,8	13,1	11,6	20,5
Ciudad Bolívar	253,5	53,7	52,4	47,0	45,4	50,4
Público	244,5	51,9	50,6	45,6	47,8	47,8
Privado	263,6	55,8	54,2	49,5	51,0	53,5
Privado - Matrícula Contratada	271,3	57,0	57,0	50,5	52,3	54,5
Diferencia	19,1	4,0	3,4	3,9	3,2	5,7
Engativá	275,7	57,3	56,6	52,1	51,9	37,5
Público	267,9	56,1	55,3	50,5	52,4	33,7
Privado	278,5	57,7	57,0	52,7	54,3	38,9
Privado - Matrícula Contratada	290,0	59,0	59,0	57,0	56,0	41,0

Localidad	Puntaje total	Lectura Crítica	Matemáticas	Sociales	Ciencias Naturales	Inglés
Diferencia	10,7	1,6	1,8	3,2	2,0	5,2
Fontibón	286,9	59,0	59,0	54,6	55,9	60,8
Público	266,4	55,6	53,1	49,9	52,0	54,8
Privado	294,9	60,3	60,5	59,4	57,4	63,3
Diferencia	28,5	4,7	5,4	6,5	5,3	8,3
Kenedy	269,9	56,4	58,5	51,0	52,7	55,2
Público	261,8	55,0	51,9	47,5	51,1	52,7
Privado	279,7	57,0	56,0	51,8	53,4	58,4
Privado - Matrícula Contratada	281,5	58,0	57,5	51,7	56,0	57,0
Diferencia	11,8	1,9	2,3	3,5	2,3	3,7
La Candelaria	264,6	58,7	58,0	53,4	54,6	59,1
Público	249,5	53,6	51,7	47,4	47,6	47,5
Privado	293,4	60,6	59,6	57,4	56,6	62,0
Diferencia	43,9	6,8	7,9	9,9	9,0	14,5
Los Martires	277,8	57,8	57,1	52,7	53,9	37,0
Público	258,9	55,0	53,3	48,0	50,8	31,9
Privado	297,6	61,1	61,4	56,9	57,6	62,9
Diferencia	37,7	6,1	8,1	7,9	6,8	11,0
Santa Ana	281,2	58,4	57,8	53,4	54,5	56,8
Público	266,9	56,0	50,0	50,6	51,6	53,7
Privado	289,5	59,8	59,4	55,0	56,1	61,8
Diferencia	22,7	3,8	4,4	4,4	4,3	8,1
Rafael Uribe Uribe	264,9	58,4	54,7	49,9	51,6	33,9
Público	253,5	53,5	52,4	47,4	48,7	30,1
Privado	273,5	56,9	56,3	51,7	53,1	38,8
Privado - Matrícula Contratada	258,4	54,0	54,0	48,0	48,0	52,0
Diferencia	20,2	3,6	4,0	4,3	3,4	6,7
San Cristóbal	256,8	54,0	52,9	48,4	50,2	50,9
Público	247,8	52,5	50,9	46,7	48,4	48,7
Privado	267,7	56,8	55,3	50,3	52,3	53,5
Diferencia	19,4	3,3	4,4	3,6	3,9	4,7
Santafé	261,5	55,1	53,2	48,1	50,7	52,8
Público	252,0	53,6	51,8	47,5	49,2	49,3
Privado	266,4	56,2	54,2	50,3	51,8	54,9
Diferencia	14,4	2,7	2,5	2,8	2,6	5,7
Suba	295,0	60,3	60,3	56,5	57,2	64,1
Público	257,7	54,4	52,5	48,8	50,4	52,0
Privado	301,1	61,3	61,6	57,7	58,3	66,1
Privado - Matrícula Contratada	281,5	59,7	58,7	52,7	53,3	56,0
Diferencia	43,4	6,9	9,2	8,9	7,9	11,1
Sumapaz	228,0	48,5	47,5	40,5	46,5	46,7
Público	228,0	48,5	47,5	40,5	46,5	46,7
Tenaglia	285,2	58,8	58,3	54,5	55,0	61,6
Público	286,0	56,5	55,0	50,0	51,5	52,5
Privado	285,5	59,0	58,5	54,8	55,2	61,4
Diferencia	20,5	3,3	3,5	4,8	3,7	8,9

Localidad	Puntaje total	Lectura Crítica	Matemáticas	Sociales	Ciencias Naturales	Inglés
Tunjuelito	272,1	56,6	56,2	51,5	53,0	55,4
Público	250,9	53,9	52,7	48,5	49,7	51,0
Privado	282,5	58,3	58,5	53,3	56,2	58,2
Diferencia	26,4	4,4	5,9	4,8	6,5	7,2
Usme	306,8	61,8	62,4	58,5	59,2	66,7
Público	256,5	54,1	52,5	48,7	50,4	50,9
Privado	313,6	63,2	61,2	60,3	61,8	69,6
Diferencia	56,9	9,2	9,7	11,7	11,5	18,6
Usme	255,8	54,1	52,9	47,9	49,8	50,9
Público	248,7	52,8	51,4	46,3	48,6	48,5
Privado	268,9	55,8	55,0	50,0	51,6	54,2
Diferencia	17,3	3,0	3,6	3,4	3,0	5,7

Fuente: secretaría de Educación de Bogotá

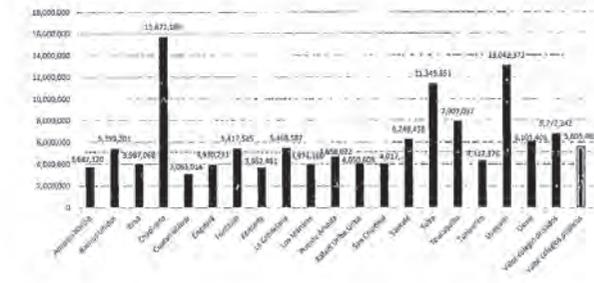
Tabla 11. Costo anual por estudiante promedio en colegio público (2023)

Rúbrico	Costo Promedio anual 2023 (sector oficial)
Recurso Humano	4,318,710
Planta y recursos físicos	850,829
Alumno	260,508
Administración y gestión del servicio	7,176
Alimentación y transporte	668,264
Total colegio público	5,605,486

Por otra parte, gran parte del costo (77%) por estudiante de un colegio público se destina a pagar los recursos humanos, que no es otra cosa distinta a los profesores y directivos. En 2023, el promedio del costo por estudiante que estima la Secretaría de Educación de Bogotá está en \$5,6 millones de pesos (ver tabla 11).

Sin embargo, esta cifra difiere entre colegios por localidad. Por ejemplo, el valor por estudiante en un colegio público ubicado en Chapinero tiene un costo 5 veces mayor al de uno ubicado en Ciudad Bolívar como se observa en la gráfica 18.

Gráfica 18. Costo de colegios públicos, por localidad.



1.8 Objetivo del Proyecto de ley, población objetivo y presupuesto

Este proyecto de ley tiene como objetivo crear "Bono Escolar" definido como el voucher o cheque que entrega y financia el Estado colombiano a los padres de familia, o quienes ejerzan la patria potestad, para que los niños, niñas y adolescentes en condición de vulnerabilidad, pobreza moderada o pobreza extrema para que puedan acceder a educación preescolar, básica y media en instituciones educativas públicas o privadas.

Se van a crear dos tipos de bono. El "Bono Escolar Universal", el cual incluye el pago total de los derechos académicos y servicios complementarios. Esto hace referencia a pagos de pensión y matrícula que debe incorporar los costos de enseñanza, herramientas de aprendizaje, salud del estudiante, comidas, administración, útiles escolares, costos de locales u otros que el Ministerio de Educación considere pertinentes. El segundo tipo de bono es el "Bono Escolar Aditivo", el cual se entregará a quienes ya tengan el "Bono Escolar Universal" pero que necesitan o merezcan un pago adicional por su enseñanza. Este se podrá entregar por condiciones de discapacidad,

cuando el estudiante se encuentre entre los cinco mejores estudiantes en el grado anterior, cuando obtengan reconocimientos acreditados nacionales o internacionales por habilidades académicas. El acceso a los dos tipos de bono es de carácter voluntario para los padres de familia o quienes ejerzan la patria potestad de los niños, niñas y adolescentes. Todas las Institución Educativas Públicas participarán en el programa. Las Instituciones Educativas Privadas podrán participar si cumplen con los siguientes requisitos: tener un Proyecto Educativo Institucional (PEI) o el Proyecto Educativo Comunitario (PEC) aprobado, licencia de funcionamiento expedida por la Secretaría de Educación de la respectiva entidad territorial, haber obtenido en las pruebas de Estado un promedio igual o superior al promedio de las instituciones de Educación Pública, manifestar de manera expresa ante el Ministerio de Educación el número de cupos que ofrecerán por grado académico al programa de Bono Escolar, incluir al menos 30% de los cupos para cada grado en el programa de bono escolar y los cupos deberán ser asignados por mérito académico.

Las instituciones públicas como privadas podrán tener beneficios si reciben más estudiantes con Bono Escolar. Si una institución educativa tiene más del 20% estudiantes beneficiarios del Bono Escolar, el valor que la institución recibirá por estos estudiantes se aumentará en un porcentaje que cada año definirá el Ministerio de Educación Nacional.

Para que los padres de familia puedan tomar una decisión informada sobre a cuál institución educativa deben enviar a los niños, niñas y adolescentes, se creará un Sistema de Información Regional de Instituciones de Educación virtual donde se podrá revisar una descripción precisa de las instituciones que permita la comparación efectiva de diferentes parámetros de las instituciones educativas. Entre la información que los padres de familia podrán comparar está: número de estudiantes por salón de clases, resultados de las pruebas de Estado por cada una de las áreas, ubicación de la institución, formación del profesorado por grado académico, oferta de idiomas y actividades extracurriculares, oferta de formación religiosa.

Los niños, niñas y adolescentes beneficiarios del Bono Escolar tendrán un acompañamiento en todo su proceso educativo. El Ministerio de Educación Nacional en coordinación con las

Secretarías de Educación y las instituciones de educación públicas y privadas, deberán ofrecer un acompañamiento conjunto para revisar rendimiento académico y progreso psico-social.

El Ministerio de Educación Nacional determinará el número de beneficiarios del programa, pero tendrá como potencial todos los niños, niñas y adolescentes que se encuentren en pobreza extrema (2.855.373), pobreza moderada (2.147.953) y condiciones de vulnerabilidad (935.460). Para esto se usará los datos del SISBEN IV (tabla 11).

Tabla 11. Niños, Niñas y Adolescentes por categoría del SISBEN 2020

Departamentos	Pobreza Extrema	Pobreza Moderada	Vulnerabilidad	No pobreza	Total
AMAZONAS	2.871	2.391	782	112	6.156
ANTIOQUIA	216.215	267.810	275.310	40.182	799.517
ARAUCA	29.269	16.213	3.161	437	49.114
ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CA	777	2.297	2.999	602	6.695
ATLÁNTICO	147.753	130.253	42.904	3.254	324.166
BOGOTÁ, D.C.	89.485	245.854	211.776	26.610	573.725
BOLÍVAR	249.250	117.418	17.020	1.235	384.963
BOYACÁ	71.691	73.276	22.561	3.993	179.521
CALDAS	33.655	35.372	13.506	1.433	83.966
CAQUETÁ	44.118	27.459	4.345	552	76.474
CASANARE	37.694	23.320	8.142	1.051	70.207
CAUCA	114.608	42.411	5.945	734	163.698
CESAR	136.651	69.026	11.788	1.197	217.662
CHOCÓ	64.010	17.118	3.588	620	85.346
CÓRDOBA	218.093	96.646	11.222	1.340	317.301
CUNDINAMARCA	95.246	133.846	114.157	33.803	377.052
GUAINÍA	1.139	866	466	155	2.646
GUAVIARE	5.695	5.980	1.521	301	13.497
HUILA	91.606	85.890	17.274	1.612	196.382
LA GUAJIRA	83.203	33.889	6.815	667	124.594
MAGDALENA	167.921	36.139	8.232	826	213.119
META	68.566	37.547	20.517	1.618	148.648
NARIÑO	125.400	65.667	8.667	854	199.588
NORTE DE SANTANDER	134.015	87.945	16.138	1.033	239.131
PUTUMAYO	32.547	17.171	3.591	476	53.785
QUINDÍO	19.665	19.146	6.824	414	45.849
RISARALDA	32.129	37.631	15.875	958	86.593
SANTANDER	144.659	100.233	29.236	2.388	276.516
SUCRE	115.103	54.111	6.154	797	176.165
TOLIMA	110.719	64.185	12.497	1.243	188.645
VALLE DEL CAUCA	162.584	167.220	86.032	7.039	422.898
VAUPÉS	889	500	313	62	1.764
VICHADA	4.309	1.961	649	139	7.058

Departamentos	Pobreza Extrema	Pobreza Moderada	Vulnerabilidad	No pobreza	Total
TOTAL	2.855.373	2.147.953	935.460	127.557	6.066.343

Fuente: Departamento Nacional de Planeación

El presente proyecto de ley guarda compatibilidad con el Marco Fiscal a Mediano a Plazo dado que usa los recursos por estudiante ya presupuestados para su educación en la institución educativa de elección de los padres de familia o quienes ostenten la patria potestad de los niños, niñas y adolescentes. En el caso de que el Gobierno Nacional considere pertinente involucrar más recursos, lo faculta para hacerlo. Aunque el padre de familia puede seleccionar un colegio público o privado, a continuación, se presentan el valor económico de los estudiantes por año en los colegios privados categorizado por departamento en los años 2019, 2020 y 2021.

Tabla 12. Promedio ponderado de valor por estudiante en Instituciones Educativas privadas por departamento

Secretaría de Educación	2019	2020	2021
Amazonas	2.829.715	2.709.412	2.717.719
Antioquia	2.882.336	2.836.813	3.281.891
Apurto	1.960.480	1.626.012	1.682.462
Arauca	2.059.956	2.210.844	2.308.989
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	3.288.202	3.680.202	3.546.197
Armenia	2.963.207	3.252.988	4.100.241
Atlántico	3.014.147	3.875.890	3.221.318
Barrochibereje	4.280.346	3.769.199	4.602.003
Barroquilla	2.548.036	2.601.985	4.125.002
Bello	1.823.578	1.471.993	3.022.732
Bogotá D.C.	3.574.722	3.707.669	4.287.673
Bolívar	1.733.950	1.485.760	1.841.361
Boyacá	1.445.657	1.517.320	1.498.289
Bucaramanga	4.792.935	3.470.407	3.976.675
Buenaventura	1.549.683	1.518.875	1.415.157
Buga	1.383.089	1.678.562	2.065.297
Caldas	2.242.316	2.321.247	2.414.757
Cali	2.378.433	2.761.015	3.086.317
Caquetá	1.230.862	1.447.318	1.808.876
Cartagena	2.650.250	2.769.571	3.453.018
Cartago	1.402.348	1.389.440	1.474.944
Casare	1.771.707	1.833.724	1.962.465
Cruca	775.413	938.405	2.089.145
Cesar	1.050.155	2.149.485	2.006.810
Chía	6.912.043	7.673.076	8.198.673
Chocó	1.061.625	1.076.364	1.254.545

Ciénega	1.312.461	1.219.043	2.492.009
Conóbo	1.253.721	1.217.619	1.347.468
Cúcuta	2.244.912	1.799.591	1.880.711
Cundinamarca	4.853.785	3.787.402	5.680.744
Desquebradas	2.507.089	2.122.332	2.528.910
Duitama	1.441.533	1.749.405	1.866.254
Envigado	4.291.953	4.888.422	5.525.925
Facatativá	1.706.684	1.825.407	2.325.803
Florencia	1.489.593	1.650.589	1.778.734
Floridablanca	2.818.814	2.990.707	3.286.121
Funza	2.389.319	2.203.558	2.281.413
Fusagasugá	1.649.878	1.770.666	1.963.045
Girardot	1.709.795	1.798.580	2.243.786
Girón	1.817.961	2.054.631	2.752.478
Guainía	2.017.000	2.100.000	2.025.000
Guajira	2.985.428	4.357.998	2.849.330
Guaviare	1.818.511	1.582.112	1.759.164
Huila	1.448.253	1.466.620	1.933.075
Itagüé	1.834.685	1.984.839	2.084.589
Ipiales	1.415.419	1.397.029	1.384.446
Itagüé	2.990.534	1.806.084	2.540.638
Jamundí	2.111.497	2.085.118	2.473.658
Lorica	850.136	785.399	1.070.667
Magangué	1.139.954	2.200.546	1.116.914
Magdalena	1.197.266	1.409.678	1.256.946
Malca	2.726.699	4.608.040	2.630.534
Malambo	1.192.475	1.301.566	2.417.999
Marizales	2.838.364	2.054.916	2.725.429
Medellín	3.083.830	2.579.545	3.851.171
Meta	1.771.695	1.702.505	1.887.345
Montería	3.061.621	2.975.652	3.510.801
Mosquera	5.485.854	3.355.277	6.948.259
Nariño	789.615	837.510	788.125
Neiva	2.622.409	2.615.206	2.873.749
Norte de Santander	1.671.053	1.882.128	1.982.285
Palmira	2.120.605	2.121.515	2.039.014
Pastó	1.426.843	1.573.337	2.066.049
Perelá	2.314.095	2.280.080	3.711.261
Piedecuesta	3.409.449	3.295.793	3.948.591
Pitalito	1.780.536	1.795.673	2.044.956
Popayán	1.965.208	1.920.944	2.183.711
Putumayo	1.853.509	2.035.631	2.636.485
Quibdó	1.738.550	2.492.833	1.522.501
Quindío	4.518.110	4.062.650	5.035.240
Riohacha	2.151.274	2.358.512	2.269.138
Risnegró	3.657.579	4.048.809	4.135.953
Risaralda	1.429.327	1.409.803	1.258.504
Sabaneta	3.311.140	3.898.418	4.807.943

Sahagún	1.775.718	1.688.501	1.463.881
Santa María	2.315.993	2.249.359	2.402.580
Santiago	1.450.997	1.543.199	1.603.419
Siviripal	2.306.869	1.556.927	1.732.722
Tencha	3.098.417	2.692.218	2.448.559
Tepema	1.496.420	3.556.166	1.611.813
Tofelías	1.593.772	1.552.197	1.588.963
Torre	1.042.325	1.157.962	1.174.880
Tolma	1.389.628	1.225.226	1.697.587
Tulma	1.017.697	1.118.230	1.325.032
Turaco	1.493.628	1.662.314	1.593.129
Turja	2.636.037	2.750.809	3.033.339
Turbo	1.002.801	1.047.180	980.415
Valle del Cauca	1.380.663	982.802	1.070.260
Valledupar	2.408.267	2.703.803	2.844.306
Vaupés		2.281.375	2.353.746
Vichada	1.729.767	1.801.417	2.002.262
Villavieja	2.514.326	2.254.961	2.983.686
Yopal	2.488.278	2.671.895	2.699.186
Yumbo	3.029.628	3.389.017	3.690.082
Zapallar	2.447.870	2.593.066	2.706.766
TOTAL	25.992.266	25.235.303	29.965.707

Fuente: Ministerio de Educación Nacional.

1.9 Referencias

Aedo, C., & Sapelli, C. (2001). *El sistema de vouchers en la educación: Una revisión de la teoría y la evidencia empírica para Chile*. https://www.mef.gob.pe/contenidos/pol_econ/documentos/Chile_sist_vouchers_educacion.pdf

Almonacid, C. (2006). *Sostenedores: Requisitos de entrada y de mantenimiento en el sistema escolar. Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación*. https://www.opach.cl/bibliografico/Doc_Financiamiento/propuestas_de_reconocimiento_y_mantenimiento_calidad_de_sostenedor.pdf

Banco de Desarrollo de América Latina. (2016). *Chile es uno de los países con mejor educación en América Latina, pero debe trabajar más en calidad educativa y deserción escolar* | CAF. <https://www.caf.com/es/actualidad/noticias/2016/11/chile-es-uno-de-los-paises-con-mejor-educacion-en-america-latina-pero-debe-trabajar-mas-en-calidad-educativa-y-desercion-escolar/>

Barrientos, P., & Ilabaca, T. (2021). El incómodo lugar de la educación pública en el sistema educativo chileno. Análisis socio histórico del proceso de decaimiento de la educación pública chilena. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*. <https://www.redalyc.org/journal/270/270195000005/htn/>

Biblioteca Congreso de Chile. (2022). *Ley General de Educación*. <https://www.bcn.cl/leyfiscal/recursos/ley-general-de-educacion>

Canals, C., Aguirre, C., Blanco, C., Fábrega, E., Mena, C., & Paulus, N. (2019). El "Voucher" a la chilena. Reflexiones sobre elección escolar y financiamiento educativo. *Estudios Pedagógicos*, 45(1). https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052019000100137

Centro de Estudios Mineduc. (2022). *Publicaciones Nacionales*. <https://centroestudios.mineduc.cl/publicaciones-cr/publicaciones-estadisticas-2/publicaciones-nacionales/>

Chubb, J. and Moir, T. (1990). *Politics markets and America's schools*. Washington, D.C: The Brookings Institution. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0718-0705201900010013700003&lng=es

Friedman, M. (1955). *The Role of Government in Education*. In R. Solo (Ed.), *Economics and the public interest* (pp. 123-144). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press. [Links]

Friedman, M. (1995). *Public schools: Make them private*. *Cato institute briefing paper*, 23. Consulta el 30 de noviembre de 2012 (Consulta el 30 de noviembre de 2012 (<http://www.cato.org/sites/cato.org/files/pubs/pdf/p023.pdf>))

Friedman, M. (2003). *Milton Friedman on Vouchers*. *CNBC Interview*. Consulta el 13 de abril de 2018. Recuperado de: <https://www.edchoice.org/who-we-are/our-founders/the-friedman-on-school-choice/article/milton-friedman-on-vouchers/>

Friedman, M. (2005). *Free to choose*. *The wall street journal*, 9. Consulta el 13 de abril de 2018. Recuperado de: <https://www.udallas.edu/~plewin/FriedmanOnVouchersFreeToChoose.pdf>

Friedman, M. & Friedman, R. (1980). *Free to choose*. New York: London: HB.

Friedman, M. & Friedman, R. (1982). *Capitalism and freedom*. Chicago: The University of Chicago Press.

Ley 20370: Establece la ley general de educación, n.º Ley 20370 (2009). <https://espectal.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/31/2018/04/LEY-20370-12-SEPT-2009.pdf>

Hernandez, M., & Raczyński, D. (2015). Elección de escuela en Chile: De las dinámicas de distinción y exclusión a la segregación socioeconómica del sistema escolar. *Estudios Pedagógicos*, 41(2). https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052015000200003

Internacional de la educación. (2005). *La priorización de la educación en Chile*. http://www.opach.cl/bibliografico/Doc_Financiamiento/privatizacion_educacion_en_chile.pdf

LSC Group. (2021). *Cómo Funciona el Sistema de Subvención Escolar Chileno*. <https://lscgroup.cl/sistema-subvencion-escolar/>

Mella, S. (2010). *La reforma educacional de 1981 en la comunidad educativa de la provincia de Concepción. [TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN HISTORIA, Universidad de Concepción]*. https://www.archivochile.com/carril_e/ec2012/cc2012461.pdf

Ministerio de Educación de Chile. (2022a). *Descripción General SNED*. <https://www.avudamineduc.cl/ficha/descripcion-general-sned#text=El%20SNED%20es%20la%20sigla%20C%3B%20%203166%20de%201980>

Ministerio de Educación de Chile. (2022b). *¿Qué requisitos se deben cumplir para ser un sostenedor?* <https://www.avudamineduc.cl/ficha/que-requisitos-se-deben-cumplir-para-ser-sostenedor-1>

Ramírez, F. (2019). *Education at a Glance 2019: Análisis de los resultados más relevantes para Chile*. <https://centroestudios.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/100/2019/09/EVIDENCIAS-45.pdf>

Vituro, A. (2001). El concepto Neoliberal de calidad de la enseñanza: Su aplicación en España (1996-1999). *Universidad de Murcia*. <https://www.uem.es/~fjijos/pce/media/4-5-CalidadEducativaNeoliberalismoVituro.pdf>

Bettinger, E., Kremer, M., Kugler, M., Medina, C., Posso, C., & Saavedra, J. (2019). *School Vouchers, Labor Markets and Vocational Education*. *Borradores de Economía Banco de la República*, 1-80.

Aedo, C (1998). "Diferencias entre escuelas y rendimiento estudiantil en Chile", cap. 2 en *La Organización Marca la Diferencia: Educación y Salud en América Latina*. Red de Centros del BID, BID.

Aedo, C., & Sapelli, C. (2001). *El sistema de vouchers en educación: una revisión de la teoría y evidencia empírica para Chile*. *Estudios Públicos*, (82).

Banco Mundial. (2019). *¿Qué lecciones nos dejan los últimos resultados de PISA 2018 para América Latina?*

Bolaños Zárate, F. (2014). "Voucher educativo: educación básica, México". Tesis de maestría. *Centro de Investigación y Docencia Económicas*. <http://hdl.handle.net/11651/454>

Celis, M. T., Jiménez, Ó. A., & Jaramillo, J. F. (2014). ¿Cuál es la brecha de la calidad educativa en Colombia en la educación media y en la superior? Manizales: Universidad de Manizales.

Cosse, G. (2018). El sistema de voucher educativo. *Revista Uruguiana De Ciencia Política*, (12), 157-178. Recuperado a partir de <http://rucp.cienciasocials.edu.uy/index.php/rucp/article/view/362>

DANE. (2020). *Encuesta de Educación Formal (EDUC)*. Bogotá.

Dinero. (2019). *Los mejores colegios - ranking 2019*. Recuperado de: <https://especiales.dinero.com/buscar-mejores-colegios-2019/>

Eyzaguirre, B. y L. Fontaine, (Mayo 1999). "¿Qué nos dice el SIMCE de Octavo Básico?: Análisis y Perspectivas" en Serie Documentos de Trabajo N° 294, *Centro de Estudios Públicos*.

Galligo, Francisco A. (2002). *COMPETENCIA Y RESULTADOS EDUCATIVOS: TEORÍA Y EVIDENCIA PARA CHILE*. *Cuadernos de economía*, 39(118), 309-352. <https://doi.org/10.4067/S0717-68212002011800013>

Hanni, M. (2019). *Financiamiento de la enseñanza y la educación y formación técnica y profesional en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CEPAL - Serie Macroeconomía del Desarrollo.

Hsieh, C.-T., & Urzquiola, M. (2006). The effects of generalized school choice on achievement and stratification: Evidence from Chile's voucher program. *Journal of Public Economics*.

ICFES. (2020). *Informe nacional resultados examen Saber 11*. Bogotá.

Kremer, M., Bettinger, E., & Angrist, J. (2006). Long-Term Educational Consequences of Secondary School Vouchers: Evidence from Administrative Records in Colombia. *American Economic Review*.

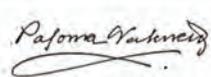
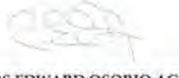
Ministerio de Educación Nacional. (2020). *Sistema de Matricula Estudiantil de Educación Básica y Media - SIMAT*. Bogotá.

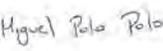
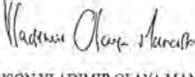
Revista Semana. (2021). *Conozca aquí cuáles son los mejores colegios de Colombia*. Especiales editoriales. Recuperado de <https://www.semana.com/especiales-editoriales/articulo/estos-son-los-mejores-colegios-de-colombia/202100/>

Saavedra, J. E., Bettinger, E., Kremer, M., & Kugler, M. (2011). Efectos de largo plazo de las Becas PACES para la Educación Secundaria privada en Colombia. Bogotá: Notas de Política económica. Universidad de los Andes.

Unesco. (2017). *El futuro de la educación en América*. Santiago de Chile

Cordialmente,

 Paloma Valencia Laserna Senadora de la República	 Esteban Quintero Cardona Senador de la República
 HR. VERÓNICA SUGEIN ACOSTA INFANTE Representante a la Cámara Departamento del Amazonas	 HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO Representante a la Cámara por Vaupés
 CHRISTIAN M. GARCÉS ALJURE Representante Valle del Cauca	 CARLOS EDWARD OSORIO AGUIAR Representante a la Cámara -Tolima
 Andrés Guerra Senador de la República	 Miguel Uribe Turbay Senador de la República
	

<p>OLMES ECHEVERRÍA DE LA ROSA Representante a la Cámara Departamento del Magdalena</p>	<p>HERNÁN DARÍO CADAVID MÁRQUEZ Representante a la Cámara</p>	<p>2. Articulado</p>
<p> Yulieth Sánchez Representante a la Cámara</p>	<p> PAOLA HOLGUÍN Senadora de la República</p>	<p>PROYECTO DE LEY NO. <u>056</u> DE 2024</p> <p>"Por la cual se crea el Bono Escolar en Colombia y se dictan otras disposiciones"</p> <p>El Congreso de la República de Colombia</p> <p>DECRETA:</p>
<p> H.R MIGUEL ABRAHAM POLO POLO Representante a la Cámara</p>	<p> EDUAR ALEXIS TRIANA RINCÓN Representante a la Cámara Boyacá Centro Democrático</p>	<p>Artículo 1 Objeto. La presente ley crea el programa de "Bono Escolar" como un sistema de elección para que los niños, niñas y adolescentes en condición de vulnerabilidad, pobreza moderada o pobreza extrema puedan escoger su educación preescolar, básica y media en instituciones públicas o privadas.</p> <p>Artículo 2. Bono Escolar. Créase el programa de "Bono Escolar" definido como el voucher o cheque que entrega y financia el Estado colombiano a los padres de familia, o quienes ejerzan la patria potestad, para que los niños, niñas y adolescentes en condición de vulnerabilidad, pobreza moderada o pobreza extrema para que puedan acceder a educación preescolar, básica y media en instituciones educativas públicas o privadas. El Bono Escolar podrá ser de dos (2) categorías: Bono Escolar Universal y Bono Escolar Aditivo.</p>
<p> JOSE JAIME USCATEGUI PASTRANA Representante a la Cámara - Bogotá</p>	<p> MAURICIO GIRALDO Senador de la República</p>	<p>Parágrafo. La determinación de niños, niñas y adolescentes en condición de vulnerabilidad, pobreza moderada y pobreza extrema se realizará por medio de las categorías del SISBEN IV.</p> <p>Artículo 3. Bono Escolar Universal. Entiéndase como "Bono Escolar Universal" al Bono Escolar equivalente al total del pago de todos derechos académicos y servicios complementarios: enseñanza, herramientas de aprendizaje, salud del estudiante, comidas, administración, útiles escolares, costos de locales u otros que el Ministerio de Educación considere pertinentes.</p>
<p> EDINSON VLADIMIR OLAYA MANCIPE Representante a la Cámara</p>		<p>Parágrafo 1. Las instituciones Educativas públicas y privadas participantes en el programa no podrán pedir pagos extras a los padres de familia o quien ostente la patria potestad de los niños, niñas y adolescentes durante el año académico.</p> <p>Artículo 4. Bono Escolar Aditivo. Entiéndase como el "Bono Escolar Aditivo" al Bono Escolar que entrega una monto adicional al del "Bono Escolar Universal" cuando los niños, niñas y adolescentes beneficiarios:</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuenten con algún tipo de discapacidad que involucren pagos adicionales en su enseñanza. 2. Se encuentren entre los cinco mejores estudiantes en el grado anterior. 3. Obtengan reconocimientos acreditados nacionales o internacionales por habilidades académicas en: matemáticas, ciencia, deporte, artes y música. 4. Otros que el Ministerio de Educación Nacional considere pertinentes. 	<p>Artículo 5. Instituciones participantes. Todas las instituciones educativas públicas participarán en el programa de Bono escolar. En el caso de las instituciones privadas deberán cumplir los siguientes requisitos:</p>	<p>Artículo 8. Acompañamiento de los beneficiarios. El Ministerio de Educación Nacional en coordinación con las Secretarías de Educación y las instituciones de educación públicas y privadas, deberán ofrecer un acompañamiento conjunto de los estudiantes beneficiarios del "Bono Escolar". Se deberá presentar un informe trimestral sobre el progreso de estos estudiantes, que incluya rendimiento académico y progreso psico-social.</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tener un Proyecto Educativo Institucional (PEI) o el Proyecto Educativo Comunitario (PEC) aprobado, así como con la licencia de funcionamiento expedida por la Secretaría de Educación de la respectiva entidad territorial. 2. Haber obtenido en las pruebas de Estado un promedio igual o superior al promedio de las instituciones de Educación Pública. 3. Manifiestar de manera expresa ante el Ministerio de Educación el número de cupos que ofrecerán por grado académico al programa de Bono Escolar. 4. Todas las instituciones privadas deberán incluir al menos 30% de los cupos para cada grado en el programa de bono escolar y los cupos se asignarán por mérito académico. 	<p>Artículo 6. Beneficios adicionales de bonos para instituciones educativas. Si una institución educativa más del 30% de los estudiantes son beneficiarios del bono escolar, el valor que la institución recibirá por estos estudiantes se aumentará en un porcentaje que cada año definirá el ministerio de educación nacional.</p>	<p>Para los estudiantes seleccionados en el programa de "Bono Escolar", el Ministerio de Educación en coordinación con las Secretarías de Educación realizará talleres con los padres de familia o quien ostente la patria potestad de los niños, niñas y adolescentes para explicar el funcionamiento del programa, del sistema de información y la importancia de la calidad en la educación. Estos talleres serán obligatorios. Las instituciones educativas podrán promocionar sus instituciones y ofrecer talleres que no serán obligatorios.</p>
<p>Artículo 7. Información para Selección de instituciones educativas. El Estado propenderá porque la elección de la institución educativa a la que ingresará los niños, niñas y adolescentes beneficiarios del Bono Escolar sea informada, para lo cual pondrá a disposición el Sistema de Información Regional de Instituciones de Educación que tendrá una descripción precisa que permita la comparación efectiva de diferentes parámetros de las instituciones educativas.</p>	<p>Deberá incluir al menos los siguientes: Número de estudiantes por salón de clases, resultados de las pruebas de Estado por cada una de las áreas, ubicación de la institución, formación del profesorado por grado académico, oferta de idiomas y actividades extracurriculares, oferta de formación religiosa</p>	<p>Artículo 9. Financiación. Los bonos escolares serán financiados por el Gobierno Nacional que será incorporado en el Presupuesto General de la Nación, con base en los criterios de distribución del artículo 16 de la Ley 715 de 2001, y los establecidos en la presente ley y su reglamentación. De igual manera, el Gobierno nacional y los entes territoriales podrán otorgar mayores recursos de otras fuentes.</p>
<p>Parágrafo. Las Secretarías de Educación Municipales y Distritales serán las encargadas de mantener actualizado el Sistema de Información Regional; Sin embargo, dependerá de las instituciones de educación acercarse a las secretarías para actualizar la información sobre su institución</p>		<p>Artículo 10. Modifíquese el artículo 27 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 1 de la Ley 1294 de 2009, el cual quedará así:</p> <p>ARTÍCULO 27. Prestación del servicio educativo.</p> <p>Los Departamentos, Distritos y Municipios certificados, prestarán el servicio público de la educación a través del Sistema Educativo Oficial.</p> <p>Solamente en donde se demuestre insuficiencia en las instituciones educativas del Sistema Educativo Oficial. Podrá contratarse la prestación del servicio educativo con entidades estatales o privadas sin ánimo de lucro de reconocida trayectoria e idoneidad, sin detrimento de velar por la cobertura e infraestructura en los servicios educativos estatales. El valor de la prestación del servicio financiado con estos recursos del sistema no puede ser superior a la asignación por alumno definido por la Nación que se fijará con el bono escolar.</p> <p>Los padres de familia, o quien ejerza la patria potestad del niño, niña o adolescente en condición de vulnerabilidad, pobreza moderada o pobreza extrema, podrá escoger la institución pública o privada en la que el estudiante se inscriba de acuerdo con el programa de "Bono Escolar".</p> <p>Cuando el valor sea superior, el excedente se pagará con recursos propios de la entidad territorial, con las restricciones señaladas en la presente ley.</p>

Cuando con cargo a recursos propios la prestación del servicio sea contratada con entidades no estatales, la entidad territorial deberá garantizar la atención de al menos el ciclo completo de estudiantes de educación básica.

La Educación Misional Contratada y otras modalidades de educación que vayan financiándose con recursos del Situado Fiscal, y las participaciones de los municipios en los Ingresos Corrientes de la Nación se podrán continuar financiando con los recursos del Sistema General de Participaciones.

Cuando con cargo al Sistema General de Participaciones los municipios o distritos contraten la prestación del servicio educativo con entidades no estatales, el valor de la prestación del servicio financiado con estos recursos del sistema no podrá ser superior a la asignación por alumno definido por la Nación. Cuando el valor sea superior, el excedente se pagará con recursos propios de la entidad territorial, con las restricciones señaladas en la presente ley.

Cuando con cargo a recursos propios la prestación del servicio sea contratada con entidades no estatales, la entidad territorial deberá garantizar la atención de al menos el ciclo completo de estudiantes de educación básica.

La Educación Misional Contratada y otras modalidades de educación que vayan financiándose con recursos del Situado Fiscal, y las Participaciones de los Municipios en los Ingresos Corrientes de la Nación se podrán continuar financiando con los recursos del Sistema General de Participaciones.

Artículo 11. Adiciónese un parágrafo nuevo al artículo 15 de la Ley 715 de 2001, el cual quedará así:

ARTÍCULO 15. DESTINACIÓN. Los recursos de la participación para educación del Sistema General de Participaciones se destinarán a financiar la prestación del servicio educativo atendiendo los estándares técnicos y administrativos, en las siguientes actividades:

- 15.1. Pago del personal docente y administrativo de las instituciones educativas públicas, las contribuciones inherentes a la nómina y sus prestaciones sociales.
- 15.2. Construcción de la infraestructura, mantenimiento, pago de servicios públicos y funcionamiento de las instituciones educativas.
- 15.3. Provisión de la canasta educativa.
- 15.4. Las destinadas a mantener, evaluar y promover la calidad educativa.

PARÁGRAFO 1o. También se podrán destinar estos recursos a la contratación del servicio educativo de conformidad con lo establecido en el artículo 27 de la presente ley.

PARÁGRAFO 2o. Una vez cubiertos los costos de la prestación del servicio educativo, los departamentos, distritos y municipios destinarán recursos de la participación en educación al pago de transporte escolar cuando las condiciones geográficas lo requieran

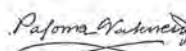
para garantizar el acceso y la permanencia en el sistema educativo de niños pertenecientes a los estratos más pobres.

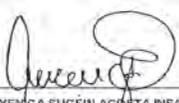
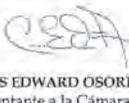
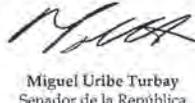
PARÁGRAFO 3o. TRANSITORIO. Con cargo a los recursos de la participación para educación del Sistema General de Participaciones, se financiará por una sola vez el faltante establecido para el cubrimiento de los costos de nómina de los docentes de los departamentos y de los convenios de cobertura educativa a diciembre 31 de 2001, siempre y cuando los recursos propios de los respectivos departamentos hayan sido insuficientes para cumplir con estas obligaciones. Para ello deberán someterse a planes de racionalización educativa y presentar para validación del Ministerio de Educación, información sobre el déficit a financiar. El giro de los recursos se hará inmediatamente se haya recibido la información respectiva.

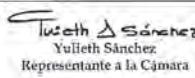
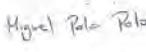
PARÁGRAFO NUEVO. La asignación de recursos para el programa "Bono Escolar" se hará con cargo a los recursos de la participación para educación del Sistema General de Participaciones.

Artículo 12. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas aquellas disposiciones que le sean contrarias.

Cordialmente,

 Paloma Valencia Laserna Senadora de la República	 Esteban Quintero Cardona Senador de la República
--	---

 HR. YENICA SUGÉIN ACOSTA INFANTE Representante a la Cámara Departamento del Amazonas	 HUGO DANILLO LOZANO PIMIENTO Representante a la Cámara por Vaupés
 CHRISTIAN M. GARCÉS ALJURE Representante Valle del Cauca	 CARLOS EDWARD OSORIO AGUIAR Representante a la Cámara - Tolima
 Andrés Guerra Senador de la República	 Miguel Uribe Turbay Senador de la República
 OLMES ECHEVERRÍA DE LA ROSA Representante a la Cámara Departamento del Magdalena	 HERNÁN DARÍO CADAVID MÁRQUEZ Representante a la Cámara

 Yulieth Sánchez Representante a la Cámara	 PAOLA HOLGUÍN Senadora de la República
 HR. MIGUEL ABRAHAM POLO POLO Representante a la Cámara	 EDUAR ALEXIS TRIANA RINCÓN Representante a la Cámara Boyacá Centro Democrático
 JOSE JAIME USCATEGUI PASTRANA Representante a la Cámara - Bogotá	 MAURICIO CABALDO Senador de la República
SENADO DE LA REPÚBLICA EDINSON VLADIMIR OLIVERA MANGIPE General (Art. 139 y ss Ley 5ª de 1992) Representante a la Cámara. El día <u>30</u> del mes <u>JULIO</u> del año <u>2024</u>	
se radicó en este despacho el proyecto de ley N° <u>56</u> Acto Legislativo N° _____ con todos y con la uno de los requisitos constitucionales y legales	

Por: HR. Paloma Valencia Laserna, Senadora - Bogotá, Senadora - Bogotá
HR. Miguel Uribe Turbay, Senador - Bogotá, Senador - Bogotá
HR. Yenicá Sugéin Acosta Infante, Representante a la Cámara - Amazonas
HR. Carlos Edward Osorio Aguiar, Representante a la Cámara - Tolima
HR. Esteban Quintero Cardona, Senador de la República - Bogotá, Senador de la República - Bogotá
HR. Osmes Echeverría de la Rosa, Representante a la Cámara - Magdalena
HR. Hernán Darío Cadavid Márquez, Representante a la Cámara - Bogotá, Representante a la Cámara - Bogotá

SENADO DE LA REPÚBLICA – SECRETARÍA GENERAL – TRAMITACIÓN LEYES

Bogotá D.C., 30 de Julio de 2024

Señor Presidente:

Con el fin de repartir el Proyecto de Ley No.056/24 Senado "POR LA CUAL SE CREA EL BONO ESCOLAR EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", me permito remitir a su despacho el expediente de la mencionada iniciativa, presentada el día de hoy ante la Secretaría General del Senado de la República por los Honorables Senadores PALOMA VALENCIA LASERNA, ESTEBAN QUINTERO CARDONA, ANDRES GUERRA HOYOS, MIGUEL URIBE TURBAY, PAOLA ANDREA HOLGUÍN MORENO, OSCAR MAURICIO GIRALDO; y los Honorables Representantes YENICA SUGEIN ACOSTA INFANTE, HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO, CHRISTIAN GARCÉS ALJURE, CARLOS EDWARD OSORIO AGUIAR, OLMES ECHEVERRÍA DE LA ROSA, HERNÁN DARÍO CADAVID MÁRQUEZ, YULIETH SÁNCHEZ CARREÑO, MIGUEL ABRAHAM POLO POLO, EDUAR ALEXIS TRIANA RINCÓN, JOSÉ JAIME USCÁTEGUI PASTRANA, EDINSON VLADIMIR OLAYA MANCIPE. La materia de que trata el mencionado Proyecto de Ley es competencia de la Comisión SEXTA Constitucional Permanente del Senado de la República, de conformidad con las disposiciones Constitucionales y Legales.

GREGORIO ELJACH PACHECO
Secretario General

PRESIDENCIA DEL H. SENADO DE LA REPÚBLICA – JULIO 30 DE 2024

De conformidad con el informe de Secretaría General, dese por repartido el precitado Proyecto de Ley a la Comisión SEXTA Constitucional y enviase copia del mismo a la Imprenta Nacional para que sea publicado en la Gaceta del Congreso.

CÚMPLASE

EL PRESIDENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

EFRAIN CEPEDA SARABIA

SECRETARIO GENERAL DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

GREGORIO ELJACH PACHECO

Proyecto: Safly Novoa
Revisó: Dra. Ruth Luengas Peña-Jefe de Leyes

CONTENIDO

Gaceta número 1317 - Martes, 10 de septiembre de 2024

SENADO DE LA REPÚBLICA

PROYECTOS DE LEY ESTATUTARIA

Págs.

Proyecto de ley estatutaria número 59 de 2024 Senado, 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. 1

PROYECTOS DE LEY

Proyecto de ley número 56 de 2024 Senado, por medio del cual se crea el Bono Escolar en Colombia y se dictan otras disposiciones..... 11

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA - 2024