REPÚBLICA DE COLOMBIA

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
SENADO DE LA REPÚBLICA

# GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

I S S N 0 1 2 3 - 9 0 6 6

AÑO XXXIV - Nº 1294 Bogotá, D. C., viernes, 1° de agosto de 2025 EDICIÓN DE 24 PÁGINAS

DIRECTORES: DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ
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

### PROYECTO DE LEY NÚMERO 51 DE 2025 SENADO

*por medio de la cual se prohíbe la fabricación, importación, comercialización y distribución de Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN), Sistemas Similares Sin Nicotina (SSSN) y Productos de Tabaco Calentado (PTC) desechables o de un solo uso, y se dictan otras disposiciones.*

Bogotá D.C., 29 de julio de 2025

Doctor
**DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ**
Secretario General Senado de la República
Ciudad

**Asunto:** Radicación del Proyecto de Ley "*Por medio de la cual se prohíbe la fabricación, importación, comercialización y distribución de Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN), Sistemas Similares Sin Nicotina (SSSN) y Productos de Tabaco Calentado (PTC) desechables o de un solo uso, y se dictan otras disposiciones*".

Respetado doctor González:

En nuestra calidad de Congresistas de la República y en uso de las atribuciones que nos han sido conferidas constitucional y legalmente, respetuosamente nos permitimos radicar el Proyecto de Ley de la referencia y, en consecuencia, le solicitamos se sirva dar inicio al trámite legislativo respectivo.

Atentamente,

*Los firmantes del proyecto de ley.*

**PROYECTO DE LEY No 051 DE 2025**

*"Por medio de la cual se prohíbe la fabricación, importación, comercialización y distribución de Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN), Sistemas Similares Sin Nicotina (SSSN) y Productos de Tabaco Calentado (PTC) desechables o de un solo uso, y se dictan otras disposiciones".*

**EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA**
**DECRETA:**

**Artículo 1°: Objeto.** La presente ley tiene por objeto prohibir la fabricación, importación, comercialización, distribución y oferta, a cualquier título, de los dispositivos Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN), y Sistemas Similares Sin Nicotina (SSSN), los Productos de Tabaco Calentado (PTC) de un solo uso, conforme a lo estipulado en la Ley 2354 de 2024, con el fin de proteger el derecho fundamental a la salud, especialmente de los niños, niñas y adolescentes, la población no consumidora, así como el goce del derecho un ambiente sano, en el territorio nacional.

**Artículo 2°: Ámbito de aplicación.** Esta ley aplica a todas las personas naturales y jurídicas, nacionales o extranjeras, que fabriquen, importen, distribuyan, comercialicen u ofrezcan dentro del territorio nacional, Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN), y Sistemas Similares Sin Nicotina (SSSN), los Productos de Tabaco Calentado (PTC) de un solo uso, que requieran de dispositivos electrónicos para su funcionamiento, incluyendo plataformas digitales, establecimientos comerciales y canales informales de venta.

**Artículo 3°:** Definiciones. Para los efectos de esta ley, se entiende por:

1. **Un solo uso:** Cuando los dispositivos referidos en el artículo 1 de la presente Ley no están diseñados ni pensados para ser reutilizados, recargados o reabastecidos. Un dispositivo se clasifica como de un solo uso si cumple al menos una de las siguientes condiciones:

   a) Su batería no es recargable ni reemplazable;
   b) No permite la recarga del e-líquido mediante cápsulas, cartuchos o botellas de recarga;
   c) No cuenta con componentes reemplazables, como bobinas o resistencias.

**Artículo 4°: Sanciones.** El incumplimiento de lo dispuesto en la presente ley implicará para las personas naturales o jurídicas la aplicación de alguna o algunas de las siguientes sanciones, como principales o accesorias, sin perjuicio de las responsabilidades civiles, o administrativas a que haya lugar:

1. Multas de cien (100) hasta cincuenta mil (50.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes, al momento de la ocurrencia de los hechos.
2. Suspensión o cierre temporal del establecimiento infractor por parte de la autoridad competente.
3. En caso de reincidencia, podrá imponerse la cancelación definitiva del establecimiento de comercio.

**Parágrafo:** La Superintendencia de Industria y Comercio será la entidad encargada de vigilar, investigar y sancionar el incumplimiento de las disposiciones contenidas en esta ley, en el marco de sus competencias legales.

**Artículo 5°. Vigencia y derogatorias.** La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

De los honorables congresistas,

| | |
|---|---|
| **NORMA HURTADO SÁNCHEZ**<br>**SENADORA DE LA REPÚBLICA** | **JOSE ELIECER SALAZAR LOPEZ**<br>REPRESENTANTE A LA CAMARA |
| DIEGO FERNANDO CAICEDO NAVAS<br>REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR CUNDINAMARCA | **JORGE ALBERTO CERCHIARO FIGUEROA**<br>Representante a la Cámara<br>Departamento de La Guajira |
| **MILENE JARAVA DÍAZ**<br>Representante a la Cámara<br>Departamento de Sucre | **JORGE ELIÉCER TAMAYO MARULANDA**<br>Representante a la Cámara |
| **JOSE DAVID NAME CARDOZO**<br>H. Senador de la República<br>Partido de la U | **SOLEDAD TAMAYO TAMAYO**<br>Senadora de la República<br>**PL Cigarrillos Electrónicos**<br>Partido Conservador |

| | |
|---|---|
| **ALFREDO DELUQUE ZULETA**<br>**SENADOR DE LA REPÚBLICA** | ESPERANZA ANDRADE SERRANO<br>SENADORA DE LA REPÚBLICA |
| **JULIO ELÍAS CHAGÜI FLÓREZ**<br>Senador de la República | **JUAN FELIPE LEMOS URIBE**<br>SENADOR DE LA REPÚBLICA |
| **WILMER RAMIRO CARRILLO**<br>Representante a la Cámara<br>Departamento de Norte de Santander | JOHN MOISES BESAILE FAYAD<br>SENADOR DE LA REPUBLICA |

| | |
|---|---|
| **SARAY ROBAYO BECHARA**<br>Representante a la Cámara<br>Departamento de Córdoba | **JULIO ALBERTO ELÍAS VIDAL**<br>SENADOR DE LA REPÚBLICA |
| **HERNANDO GUIDA PONCE**<br>Representante a la Cámara<br>Departamento del Magdalena | **ALEXANDER GUARIN SILVA**<br>**REPRESENTANTE A LA CÁMARA**<br>**DEPARTAMENTO DEL GUAINÍA** |
| | |

SENADO DE LA REPÚBLICA
Secretaría General ( Art. 139 y ss Ley 5ª de 1.992)
El día 29 del mes Julio del año 2025
se radicó en este despacho el proyecto de ley
N°. 51 Acto Legislativo N°. _____, con todos y
cada uno de los requisitos constitucionales y legales
por: HS Norma Hurtado, José David Name, Soledad Tamayo,
Alfredo Deluque, Esperanza Andrade y otros Congresistas

SECRETARIO GENERAL

**PROYECTO DE LEY No 051 DE 2025**

*"Por medio de la cual se prohíbe la fabricación, importación, comercialización y distribución de Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN), Sistemas Similares Sin Nicotina (SSSN) y Productos de Tabaco Calentado (PTC) desechables o de un solo uso, y se dictan otras disposiciones".*

**EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**

## 1. OBJETIVO DEL PROYECTO DE LEY

El objetivo principal del Proyecto de Ley, es prohibir la fabricación, importación, distribución, comercialización, y uso de los *Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN), Sistemas Similares Sin Nicotina (SSSN) y Productos de Tabaco Calentado (PTC) desechables o de un solo uso* en el territorio nacional. Esta medida busca proteger la salud pública con especial énfasis en la prevención del consumo de nicotina entre niños, niñas, adolescentes y jóvenes, así mismo la prohibición tiene como propósito mitigar el impacto ambiental generado por estos dispositivos de un solo uso, los cuales contribuyen significativamente a la acomulacion de residuos no biodegradables. Estos dispositivos, compuestos por baterías de litio, plásticos y componentes electrónicos, representan un desafío para la gestión de desechos sólidos, ya que no son reciclables y generan contaminación en ecosistemas terrestres y acuáticos.

## 2. CONTENIDO DEL PROYECTO DE LEY.

El proyecto cuenta con cinco (5) artículos incluida la vigencia, tiene como propósito principal proteger el derecho fundamental a la salud, especialmente de niños, niñas y adolescentes, así como garantizar el goce efectivo de un ambiente sano. En tal sentido, el proyecto establece un marco normativo orientado a restringir el acceso, circulación y uso de productos electrónicos de vapeo de un solo uso, que representan un riesgo creciente para la salud pública y el medio ambiente.

La iniciativa legislativa se estructura en cinco artículos, cuyo contenido puede resumirse así:

El artículo 1, establece el objeto, la prohibición, en todo el territorio nacional, de la fabricación, importación, comercialización, distribución y oferta, bajo cualquier modalidad, de los Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN), los Sistemas Similares Sin Nicotina (SSSN) y los Productos de Tabaco Calentado (PTC) que sean de un solo uso o desechables. Esta disposición se fundamenta en la necesidad de salvaguardar la salud de la población no fumadora y, en especial, de la niñez y la adolescencia, así como prevenir daños ambientales derivados del uso masivo y desecho de estos productos.

El artículo 2, establece el Ámbito de aplicación, determina que la ley será aplicable a todas las personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras, que participen en cualquiera de las actividades relacionadas con los productos señalados, ya sea a través de canales formales o informales, incluyendo establecimientos físicos, plataformas digitales y cualquier otro medio de comercialización o distribución.

El artículo 3, establece definiciones técnicas claras sobre los productos objeto de la prohibición:

- SEAN y SSSN desechables o de un solo uso: Dispositivos electrónicos, precargados con líquido con o sin nicotina, diseñados para ser utilizados una sola vez, sin posibilidad de recarga ni reutilización. Incluye también aquellos con batería recargable cuyo contenedor no es reutilizable ni recargable.

- Productos de Tabaco Calentado de un solo uso: Dispositivos que calientan tabaco en formas no combustibles (como cápsulas o sticks), diseñados para una única utilización, sin posibilidad de recarga o reutilización.

- Otros sucedáneos o imitadores de productos de tabaco desechables: Todo dispositivo electrónico que reproduzca las características de los productos de tabaco y que sea igualmente de un solo uso, tanto por su batería como por su contenido.

El artículo 4, establece un régimen sancionatorio aplicable al incumplimiento de la ley, que contempla:

- Multas desde 100 hasta 50.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes.
- Suspensión o cierre temporal del establecimiento infractor.
- Cancelación definitiva del establecimiento, en caso de reincidencia.

Estas sanciones serán impuestas sin perjuicio de otras responsabilidades civiles o administrativas aplicables, y buscan desincentivar la comercialización y circulación de estos productos nocivos, y el artículo 5 establece la Vigencia y derogatorias.

## 3. FUNDAMENTOS CONSTITUCIONALES Y JURISPRUDENCIALES

El artículo 2 de la Constitución Política de Colombia define los fines esenciales del Estado, y establece que las autoridades de la República están instituidas para proteger la vida de todas las personas residentes en Colombia, así:

> *"Artículo 2°. Son fines esenciales del Estado. Servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo.* ***Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida****, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares". (Resaltado fuera de texto).*

Inmediatamente al enlistar los diversos Derechos Fundamentales que regulan nuestro Estado Social de Derecho, y específicamente en lo que respecta a la vida, honra, dignidad y salud, entre otros, es fundamental observar que es deber del Estado garantizar que sus ciudadanos vivan en un ambiente de armonía.

De esta manera, al irse definiendo el catálogo de derechos fundamentales, se menciona la protección de los niños, enfatizando la integridad física, la salud y una alimentación balanceada para ellos. Por lo tanto, esta disposición es completamente aplicable al proyecto de ley, dado que la infancia y la adolescencia son los grupos de la población que más consumen los productos que se pretende prohibir. El artículo 44 de la Constitución Política establece:

> *"Artículo 44. Son derechos fundamentales de los niños.* ***La vida, la integridad física, la salud y la seguridad social,*** *la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. (...)." (Resaltado fuera de texto) .*

Además, el artículo 49 establece que la provisión del servicio de salud es responsabilidad del Estado, y se enfatiza la obligación de cada individuo de velar por el cuidado integral de su salud: el presente Proyecto de Ley tiene como objetivo hacer cumplir estos mandatos constitucionales.

> *"Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de* ***promoción, protección y recuperación de la salud.*** *Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. (...).* ***Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad*** *(...)" (Resaltado fuera de texto).*

El artículo 79 de la Constitución Política de 1991 consagra el derecho de todas las personas a gozar de un ambiente sano.

> *Artículo 79.* ***Todas las personas tienen derecho a gozar de un ambiente sano.*** *La ley garantizará la participación de la comunidad en las decisiones que puedan afectarlo.*
>
> *Es deber del Estado proteger la diversidad e integridad del ambiente, conservar las áreas de especial importancia ecológica y fomentar la educación para el logro de estos fines. (Resaltado fuera de texto)*

El artículo 80, establece que el Estado tiene a su cargo la prevención y control de factores de deterioro ambiental, así como el deber de imponer sanciones y exigir la reparación de los daños que se causen:

> *Artículo 80.* El Estado planificará el manejo y aprovechamiento de los recursos naturales, para garantizar su desarrollo sostenible, su conservación, restauración o sustitución.
>
> **Además, deberá prevenir y controlar los factores de deterioro ambiental, imponer las sanciones legales y exigir la reparación de los daños causados.**
>
> Así mismo, cooperará con otras naciones en la protección de los ecosistemas situados en las zonas fronterizas. *(Resaltado fuera de texto).*

En lo que respecta a la libertad de la actividad económica y la iniciativa privada, la Constitución misma señala que se pueden establecer límites a estas cuando el entorno lo requiera:

> *Artículo 333. La actividad económica y la iniciativa privada son libres, dentro de los límites del bien común. Para su ejercicio, nadie podrá exigir permisos previos ni requisitos, sin autorización de la ley.*
> *La libre competencia económica es un derecho de todos que supone responsabilidades.*
> *La empresa, como base del desarrollo, tiene una función social que implica obligaciones. El Estado fortalecerá las organizaciones solidarias y estimulará el desarrollo empresarial.*
> *El Estado, por mandato de la ley, impedirá que se obstruya o se restrinja la libertad económica y evitará o controlará cualquier abuso que personas o empresas hagan de su posición dominante en el mercado nacional.*
> ***La ley delimitará el alcance de la libertad económica cuando así lo exijan el interés social, el ambiente y el patrimonio cultural de la Nación****. (Resaltado fuera de texto).*

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la salud está vinculada a diversos determinantes sociales. Estos incluyen las condiciones socioeconómicas en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como su participación en el sistema de salud. Dichos determinantes son consecuencia de la distribución de la riqueza y el poder a nivel internacional, nacional y local, y están íntimamente relacionados con las políticas públicas implementadas[1].

Según el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC), el derecho a la salud incluye una variedad de factores sociales como la vivienda, el empleo, el entorno, el acceso al agua potable, la alimentación y la nutrición, que afectan directamente la salud de las personas[2]. Por lo tanto, es responsabilidad de los Estados implementar políticas que faciliten el acceso equitativo de la población a estos determinantes, de manera que se evite el surgimiento de enfermedades y se promueva el logro de un bienestar físico, mental y social integral. La prevención y el combate de enfermedades son parte de la

---

[1] Organización Mundial de la Salud, Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud

[2] Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales. (2000) Observación No. 14. https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf

garantía del derecho a la salud, no solo como un derecho individual, sino también como un derecho colectivo. Esta perspectiva está reflejada en el artículo 9 de la Ley 1751 de 2015[3]:

> *"Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud. El legislador creará los mecanismos que permitan identificar situaciones o políticas de otros sectores que tienen un impacto directo en los resultados en salud y determinará los procesos para que las autoridades del sector salud participen en la toma de decisiones conducentes al mejoramiento de dichos resultados.*
>
> *PARÁGRAFO. Se entiende por determinantes sociales de salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud"*

La Ley 1335 de 2009, conocida como la Ley Antitabaco, constituyó un hito normativo en Colombia al establecer un marco regulatorio integral para el control del tabaco, con énfasis en la protección del derecho a la salud, especialmente de los menores de edad y la población no fumadora. Esta Ley introdujo medidas dirigidas a reducir el consumo de productos derivados del tabaco, regular su comercialización y restringir toda forma de promoción, contribuyendo a la transformación de la conciencia pública respecto a los efectos nocivos del tabaquismo y del humo de segunda mano.

Entre las disposiciones más relevantes de la Ley se destacan la prohibición de la venta de cigarrillos por unidad, la regulación de los ambientes libres de humo, la inclusión de advertencias sanitarias en los empaques, y la prohibición de publicidad dirigida a menores de edad. Si bien la venta al menudeo no ha sido erradicada completamente, se estima una reducción aproximada del 5% en esta práctica, con una sustitución hacia la venta de cajetillas de 10 y 20 unidades.

Colombia ha mostrado avances significativos en la implementación de las estrategias recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), incluyendo el fortalecimiento de la vigilancia, el establecimiento de espacios libres de humo, programas de cesación del consumo, restricciones a la publicidad, aumento de impuestos y reducción del acceso a productos de tabaco. En efecto, según datos de la OMS, el país ha avanzado favorablemente en la mayoría de los indicadores de control.

En el ámbito tributario, se destaca el incremento progresivo de los impuestos al tabaco como herramienta de salud pública. A través de la reforma tributaria, los Ministerios de Salud y Hacienda impulsaron un aumento del 200% en los impuestos a los cigarrillos entre 2016 y 2017, seguido de un crecimiento acumulado del 150% hasta 2020. Como resultado, la carga tributaria sobre el precio de una cajetilla de 20 unidades se elevó del 49,5% en 2016 al 78,4% en 2018. En términos absolutos, el impuesto por cajetilla pasó de 700 pesos en 2016 a 2.100 pesos en 2018.

En términos epidemiológicos, se ha logrado una reducción en la prevalencia del consumo de tabaco en menores y jóvenes. Según el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas, la prevalencia en escolares pasó del 12,7% en 2011 al 7,8% en 2016, y para 2018 se reportó un 9% en población juvenil. En la población mayor de 10 años, el consumo pasó del 8,3% al 7%.

Como efecto directo de la Ley, se promovieron instrumentos de política pública como el Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021) y el Plan Decenal para el Control del Cáncer (2012-2021), los cuales incluyeron metas específicas relacionadas con la reducción del consumo de tabaco. Asimismo, en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 se incluyó la Estrategia 4x4, orientada a intervenir los cuatro principales factores de riesgo de las Enfermedades No Transmisibles (ENT), incluido el tabaquismo. Como resultado, se definió como meta sectorial la reducción en un 8% de la mortalidad prematura evitable por ENT.

En cuanto al cumplimiento normativo, entre 2012 y 2015 se realizaron 1.571 operativos de inspección, vigilancia y control, lo cual refleja un fortalecimiento institucional progresivo. Solo en 2015 se ejecutaron 771 operativos, frente a 62 realizados en 2012. A su vez, entre 2013 y 2015 se recibieron 173 quejas por exposición al humo de tabaco, lo que evidencia una mayor conciencia ciudadana. Encuestas realizadas en este mismo periodo indican que el 88,5% de las personas consultadas aprueban la implementación de espacios libres de humo.

Finalmente, como Estado Parte del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, Colombia ha venido alineando su legislación con los compromisos internacionales adquiridos, especialmente en lo que concierne a la restricción total de promoción de productos de tabaco dirigida a menores de edad, conforme a lo estipulado en el artículo 16 de la Ley 1335 de 2009. Las acciones implementadas han permitido reducir significativamente la exposición a la publicidad de tabaco en medios tradicionales, conforme a reportes realizados en ciudades principales del país.

No obstante, persisten desafíos en cuanto a la fiscalización del cumplimiento, la aparición de nuevos productos como los vapeadores, y la persistencia de prácticas de venta ilegal o fraccionada, lo que exige actualizar el marco legal vigente y fortalecer la capacidad institucional para su implementación efectiva.

Además, en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 se incorporó la Estrategia 4x4, enfocada en abordar los cuatro principales factores de riesgo de las Enfermedades No Transmisibles (ENT), incluido el tabaquismo. También se estableció como meta del sector salud reducir en un 8% la mortalidad prematura evitable por ENT.

Con el propósito de abordar los retos emergentes en el ámbito de la salud pública relacionados con el uso de nuevos productos derivados del tabaco y la nicotina, el Congreso de la República promulgó la Ley 2354 de 2024. Esta legislación representa un avance considerable en la modernización del marco regulatorio nacional, tratando de manera integral tanto los cigarrillos tradicionales como los Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN), los Sistemas Similares Sin Nicotina (SSSN), los Productos de Tabaco Calentado (PTC), los Productos de Nicotina Oral (PNO), entre otros.

[3] Artículo 9 1751 de 2015

El objetivo principal de esta normativa es salvaguardar la salud de la población colombiana, con un enfoque particular en los menores de 18 años y las personas no fumadoras. Para lograrlo, se establecen medidas específicas dirigidas a regular el consumo, la comercialización, la promoción y la publicidad de productos de tabaco, sus derivados y dispositivos relacionados, así como a fortalecer las acciones educativas y preventivas.

Uno de los pilares esenciales de la Ley 2354 es la promoción de estrategias pedagógicas destinadas a desincentivar el uso de estos productos, especialmente entre niños, niñas, adolescentes y jóvenes. En este contexto, la ley determina que el Ministerio de Salud y Protección Social será el encargado de liderar campañas educativas dirigidas a la población en general, centradas en advertir sobre los efectos perjudiciales de los dispositivos electrónicos de nicotina y otros productos similares. Estas campañas deben basarse en evidencia científica y en estándares internacionales de salud pública.

De acuerdo con los compromisos asumidos por Colombia como Estado Parte del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, la Ley 2354 establece restricciones estrictas en la publicidad, promoción y empaquetado de estos productos. En particular, se prohíbe cualquier tipo de diseño o empaque que sea atractivo para los menores de edad o que sugiera asociaciones engañosas con éxito social, sexual, profesional o deportivo. Además, se requiere que toda forma de publicidad incluya advertencias claras sobre los riesgos para la salud, contribuyendo así a una comunicación responsable y transparente hacia el consumidor.

Asimismo, la ley refuerza la prohibición de la venta de productos de tabaco, nicotina y sus derivados a menores de edad, estableciendo un régimen sancionador con multas económicas para quienes infrinjan esta disposición. Esta medida tiene como objetivo garantizar un entorno más seguro para las poblaciones vulnerables, reducir la tasa de iniciación en el consumo y proteger el interés superior del menor.

Un aspecto distintivo de esta legislación es la equiparación de los dispositivos electrónicos de nicotina a los cigarrillos tradicionales en lo que respecta a las restricciones normativas, reconociendo que su impacto en la salud pública puede ser igualmente dañino. Al adoptar este enfoque regulatorio integral, Colombia responde a la evolución del mercado de productos de tabaco y nicotina, alineándose con las recomendaciones internacionales más recientes.

La Ley 2354 de 2024 representa un esfuerzo legislativo integral y progresivo que refuerza el marco de control del tabaco en el país, al incorporar medidas específicas frente a nuevos productos y dispositivos, proteger la salud de las nuevas generaciones y garantizar una mayor efectividad en la prevención y reducción del consumo.

La Ley 1672 establece los lineamientos para la adopción de una política pública de gestión integral de Residuos de Aparatos Eléctricos y Electrónicos. Esta norma consagra los principios que deben guiar la gestión de los Residuos de Aparatos Eléctricos y Electrónicos. Asimismo, señala las obligaciones que deben cumplir el Gobierno Nacional, los productores, los comercializadores, los consumidores y los gestores. Por otro lado, define los objetivos que debe alcanzar la política pública en materia de RAEE, así como los componentes necesarios para lograr una adecuada implementación. Sin embargo, la Ley 1672 de 2013 requería una reglamentación para asegurar el cumplimiento de los objetivos establecidos. El 15 de febrero de 2018, el Gobierno Nacional emitió el Decreto 284 de 2018, mediante el cual modificó el Decreto 1076 de 2015, que es el Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible, y estableció la reglamentación para la gestión integral de los Residuos de Aparatos Eléctricos y Electrónicos. Esta norma desarrolló con mayor profundidad las obligaciones de los productores, comercializadores, consumidores, gestores, autoridades ambientales y entidades territoriales en el logro de los objetivos de la Política Nacional de Gestión Integral de Residuos de Aparatos Eléctricos y Electrónicos. Adicionalmente, determinó que se establecería una clasificación de los Aparatos Eléctricos y Electrónicos para la gestión de sus residuos.

Gobierno Nacional expidió el Decreto 1881 por el cual estableció el Nuevo Arancel de Aduanas que incorpora los cambios contenidos en la VII Recomendación de Enmienda al Sistema Armonizado, aprobado por la Organización Mundial de Aduanas (OMA). Esta modificación comenzó a regir el 1 de enero de 2022 y, en el caso particular de los Cigarrillos Electronicos, supuso que estos se clasificaran dentro de una nueva subpartida aduanera específica para estos productos como es la 8543400000. Anteriormente, ingresaban por una subpartida que no era exclusiva para estos productos.

La Ley 2232 del 7 de julio de 2022 establece un marco legal para la reducción gradual de la producción y el consumo de plásticos de un solo uso en el territorio nacional. Su objetivo principal es salvaguardar los derechos fundamentales a la vida, la salud y el goce de un ambiente sano, promoviendo la sustitución progresiva de estos materiales por alternativas sostenibles y el fomento de la economía circular.

La ley introduce definiciones cruciales para su aplicación. Se entiende por plásticos de un solo uso a los productos diseñados para ser usados una única vez y con una corta vida útil. Las alternativas sostenibles son materiales reutilizables, biodegradables en condiciones naturales, o plásticos reciclados con una cadena de valor efectiva para su aprovechamiento. Se prohíben específicamente los plásticos oxodegradables, que se fragmentan en microfragmentos mediante oxidación. La economía circular se define como un modelo que busca mantener el valor de los productos y materiales en la economía el mayor tiempo posible, reduciendo la generación de residuos. También se definen los microplásticos como pequeñas partículas de plástico (menos de 5mm) que persisten en el ambiente y pueden ser ingeridas por seres vivos, y el ecodiseño como un enfoque de diseño para reducir los impactos ambientales de los productos a lo largo de su ciclo de vida. La ley se fundamenta en principios como la precaución, prevención, progresividad, responsabilidad compartida, responsabilidad extendida del productor.

La prohibición y sustitución de los plásticos de un solo uso se implementará de manera gradual. Se prohíbe la introducción, comercialización y distribución de una lista específica de productos plásticos de un solo uso, incluidos los oxodegradables. Esta prohibición se ejecutará en dos fases : a los 2 años de vigencia de la ley para productos como bolsas de punto de pago (excepto reutilizables o industriales), bolsas para

periódicos, revistas o lavanderías, rollos de bolsas en comercios (excepto para productos de origen animal crudos), mezcladores y pitillos, soportes para inflar, y copitos de algodón ; y a los 8 años para envases, empaques o recipientes de líquidos no preenvasados, platos, cubiertos, vasos, guantes para comer, confeti, manteles, serpentinas, envases o empaques de comidas no preenvasadas, láminas para alimentos, mangos para hilo dental, y empaques de frutas, verduras, hortalizas u hongos frescos con cáscara natural.

Existen excepciones clave a la prohibición. No aplica para plásticos de un solo uso destinados a fines médicos, farmacéuticos o de nutrición clínica por razones de asepsia e higiene, para contener productos químicos riesgosos, o ciertos alimentos de origen animal o húmedos. También se exceptúan los productos cuyos sustitutos tengan un mayor impacto ambiental, aquellos que formen parte de la canasta familiar (DANE-IPC) salvo excepciones específicas, envases de residuos peligrosos, y los fabricados con 100% materia prima plástica reciclada posconsumo nacional certificada. La producción para exportación también está exenta.

Para garantizar la aplicación de la ley, el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible (MADS) debe elaborar una Política Nacional de Sustitución del Plástico de Un Solo Uso en 12 meses, con un Plan de Acción y metas anuales de reducción y sustitución, buscando la participación de diversos sectores. En 18 meses, el Gobierno Nacional formulará un plan para facilitar la transición productiva y laboral de empresas y trabajadores afectados por la ley. Se impulsará la financiación y promoción de alternativas sostenibles, incluyendo fondos para investigación, desarrollo y transferencia de tecnologías. Se priorizará el apoyo económico a productores nacionales de envases biodegradables y a organizaciones campesinas que generen alternativas a partir de residuos orgánicos agrícolas. Además, se incentivará la adquisición pública de productos elaborados con madera plástica y otros materiales reciclados nacionales, otorgando puntajes adicionales en procesos de contratación estatal.

Se creará un reglamento técnico de etiquetado en 12 meses para informar al consumidor sobre la gestión adecuada, el impacto ambiental, el contenido de plástico y la reciclabilidad de los productos. Los productores e importadores deben incorporar los plásticos de un solo uso no prohibidos por la ley a los ciclos de la economía circular bajo esquemas de Responsabilidad Extendida del Productor (REP), con metas de aprovechamiento específicas. Por ejemplo, las botellas PET de agua potable deberán contener al menos un 50% de material reciclado posconsumo nacional para 2025 y un 90% para 2030, prohibiendo la importación de residuos para cumplir con estas metas. La ley establece una jerarquía de gestión de residuos: Prevención > Reutilización > Aprovechamiento > Tratamiento > Disposición final.

La Corte Constitucional, a través de la Sentencia T-076 de 2023, se pronunció sobre el uso de cigarrillos electrónicos o vapeadores en el contexto de procesos disciplinarios en instituciones educativas, analizando dos casos acumulados de estudiantes, Valentina y Miguel, del mismo colegio.

Los casos involucraron a dos estudiantes del mismo colegio, quienes participaron en un retiro organizado por la institución entre el 24 y el 26 de febrero de 2022. Durante este evento, Valentina y Miguel utilizaron vapeadores. Razón por la cual, el colegio tomó drásticas medidas en contra de los estudiantes anteriormente mencionados.

Los Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) y los Sistemas Electrónicos sin Suministro de Nicotina (SSSN), comúnmente conocidos como cigarrillos electrónicos o vapeadores, han generado preocupación en la salud pública debido a sus riesgos asociados y la falta de evidencia sobre su supuesta seguridad o eficacia para dejar de fumar. **En respuesta a esta creciente preocupación, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia emitió la Circular Externa No. 000032 el 21 de octubre de 2019,** con el propósito de alertar y proporcionar directrices sobre las consecuencias nocivas para la salud relacionadas con el uso de estos dispositivos. Este documento está dirigido a gobernaciones, alcaldías, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), profesionales de la salud y la población en general.

Los SEAN son dispositivos que calientan una solución para crear vapor inhalable, el cual generalmente contiene saborizantes (como propilenglicol o glicerina) y nicotina, además de otras sustancias químicas tóxicas. Los SSSN funcionan de manera similar, pero no contienen nicotina, aunque sí otras sustancias químicas nocivas. Estos dispositivos son conocidos por varios nombres, incluyendo cigarrillos electrónicos, vapeadores, vaporizadores personales, e-cigarettes, e-cigs, e-hookahs, mods y plumas de vapor, y sus diseños pueden imitar productos de tabaco o artículos comunes como linternas o memorias USB.

La evidencia científica ha revelado múltiples riesgos para la salud asociados con el uso de los SEAN y SSSN. En primer lugar, actúan como una "puerta de entrada" al consumo de tabaco convencional y otras sustancias; estudios demuestran que los jóvenes que prueban cigarrillos electrónicos tienen tres veces más riesgo de fumar cigarrillos convencionales, fomentando la experimentación y personalización del consumo, incluso con cannabis. La nicotina, presente en muchos de estos productos, es altamente adictiva y afecta negativamente el desarrollo neuronal en adolescentes.

En cuanto a la salud cardiovascular, el uso de cigarrillos electrónicos por al menos un año se asocia con un mayor riesgo cardiovascular, y el uso diario duplica el riesgo de infarto agudo de miocardio, un riesgo que se incrementa con antecedentes de hipertensión, colesterol alto y diabetes. Incluso en exfumadores de cigarrillos convencionales, estos dispositivos aumentan la probabilidad de infarto agudo de miocardio, independientemente de otros factores de riesgo.

Los riesgos pulmonares también son significativos. Los SEAN/SSSN incrementan la resistencia de las vías aéreas periféricas, un signo característico de enfermedades pulmonares obstructivas, y duplican el riesgo de síntomas bronquiales o sibilancias en usuarios actuales en comparación con no usuarios. La glicerina, un componente común, puede causar neumonía lipoide y otras formas de enfermedad pulmonar intersticial. Además, sustancias químicas como el formaldehído y la acroleína en el vapor pueden causar daño celular y mutagénesis, sugiriendo un aumento del riesgo de desarrollar cáncer con la exposición a largo plazo. La ingestión de nicotina en estos productos también puede provocar intoxicación aguda, siendo grave en niños.

A nivel epidemiológico, la situación es preocupante. A finales de agosto de 2019, los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos informaron un brote de enfermedad pulmonar grave asociada al uso de cigarrillos electrónicos, con 215 posibles casos y una persona fallecida en 25 estados, todos reportando el uso de estos dispositivos. A principios de septiembre de 2019, la cifra ascendió a 530 afectados y 7 muertes, con un 16% de los casos en menores de 18 años. En Colombia, estudios de 2016 y 2018 revelaron que el 16% de los universitarios y el 15.4% de los jóvenes, respectivamente, han usado cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida, aunque hasta la fecha de la circular, el Ministerio de Salud no había recibido reportes de casos agudos de enfermedad o muerte asociados directamente a estos dispositivos.

Ante estos hallazgos, el Ministerio de Salud y Protección Social ha emitido instrucciones y recomendaciones claras. Para las entidades y profesionales de la salud, es fundamental informar a la población sobre los riesgos en salud, especialmente la enfermedad pulmonar grave, y desarrollar acciones de prevención y desestímulo del consumo de SEAN/SSSN, incluyendo la implementación del Programa para la Cesación del Consumo de Tabaco. Asimismo, deben capacitarse para identificar y reportar casos de enfermedad pulmonar grave de etiología desconocida con anteoedente de uso de cigarrillos electrónicos, y es crucial no recomendar el uso de estos productos como alternativa para dejar el consumo de tabaco.

Manifestaciones de la Corte sobre el Uso de Cigarrillos Electrónicos

La Corte Constitucional, en la Sentencia T-076 de 2023, abordó el uso de los cigarrillos electrónicos desde dos perspectivas principales: la del fallo mayoritario de la Sala y la de la aclaración de voto del Magistrado Jorge Enrique Ibáñez Najar.

Ahora bien, la Sala señaló que la infracción por la que fueron acusados Valentina y Miguel era la "posesión, uso o distribución en el colegio o en cualquier evento del Colegio de tabaco, bebida alcohólica y drogas dañinas o ilegales".

- La Corte hizo hincapié en que los estudiantes solo aceptaron haber usado vapeadores, pero "nunca se estableció que hubiesen usado alguna de las sustancias mencionadas". El colegio no demostró tener pruebas más allá de la confesión de los accionantes.
- La sentencia mayoritaria consideró que, aunque los vapeadores o cigarrillos electrónicos "simulan el consumo de tabaco" y pueden contener nicotina, "también existen otro tipo de soluciones que no incluyen dicha sustancia y que se usan de forma meramente recreativa". Esta distinción fue crucial para la Sala, que determinó que el colegio vulneró el debido proceso al imponer la máxima sanción sin demostrar la comisión de una falta grave.

**Aclaración de Voto del Magistrado Jorge Enrique Ibáñez Najar:**

El Magistrado Ibáñez Najar aclaró su voto para enfatizar que los vapeadores "en ningún escenario pueden ser entendidos como un instrumento de uso recreativo".

Sustentó su posición detallando los componentes dañinos presentes en el aerosol de los vapeadores, citando fuentes como los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos y el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Entre estos componentes se destacan:

- Nicotina: una "sustancia altamente adictiva" que es una "droga" y que puede afectar el desarrollo cerebral de los adolescentes, aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares y respiratorias, y generar adicción, incluso a otras drogas en el futuro. Incluso, señaló que "con estudios se ha demostrado que [algunas marcas que indican no contener nicotina] sí la tienen".
- Partículas ultrafinas que pueden llegar al fondo de los pulmones.
- Saborizantes como el diacetilo, vinculado a enfermedades pulmonares graves. Algunos saborizantes pueden ser seguros para comer, pero no para inhalar.
- Compuestos orgánicos volátiles.
- Sustancias químicas que causan cáncer (formaldehído, acetaldehído, benceno, tolueno, entre otros).
- Metales pesados como níquel, estaño y plomo.
- Propilenglicol y glicerina, que pueden causar irritación y enfermedad pulmonar.

El Magistrado Ibáñez Najar argumentó que, dado que muchos de estos dispositivos contienen nicotina (una droga dañina y adictiva), la prohibición del manual de convivencia de "tabaco, bebida alcohólica y drogas dañinas o ilegales" "podría ser aplicable al uso de vapeadores". Consideró que la institución estaba justificada en buscar desincentivar su uso para proteger la salud de los estudiantes, especialmente ante la falta de una regulación nacional específica. A pesar de que el colegio fue acertado en buscar desincentivar el uso de cigarrillos electrónicos, la vulneración de derechos se dio por las irregularidades en el proceso disciplinario y no por la iniciativa de prohibir el vapeo en sí.

## 4. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO DE LEY

### a. Análisis de Prevalencia y Tendencias del Consumo en Niños, Niñas y Adolescentes

La información relacionada con el uso y consumo de cigarrillos electrónicos en Colombia proviene del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar, realizado en el año 2022. Es importante señalar que los datos disponibles se presentan únicamente a nivel departamental, sin desagregación municipal.

De acuerdo con este estudio, el 11,21% de los estudiantes entre 12 y 18 años había usado cigarrillos electrónicos (IC 95%: 10,48 - 11,99). En cuanto al uso de dispositivos electrónicos o vaporizadores que contienen nicotina, la edad promedio de inicio fue de 14,1 años. El 22,7% de los escolares afirmó haber probado estos productos al menos una vez en su vida, el 17,6% los consumió durante el último año y el 11,2% en el último mes. Además, el consumo resultó ser más frecuente entre las mujeres

| Sexo | Estimación (%) | Intervalo de confianza | Estimación | Intervalo de confianza |
|---|---|---|---|---|
| Hombre | 10,79 | 9,97 - 11,67 | 179.648 | 154.159 – 205.138 |
| Mujer | 11,62 | 10,75 - 12,54 | 211.085 | 180.753 – 241.417 |
| Total | 11,21 | 10,48 - 11,99 | 392.281 | 340.877 – 443.685 |

Fuente: (Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia & Ministerio de Educación Nacional, 2022).

El consumo de cigarrillos electrónicos es más alto entre estudiantes de colegios privados (14,9%) y en áreas urbanas (11,6%). Además, la prevalencia aumenta con la edad: mientras que el 8,3% de los escolares entre 12 y 14 años reportó consumo en el último mes, esta cifra ascendió al 14,8% entre los jóvenes de 17 a 18 años. En cuanto a la percepción del riesgo, el 21,6% de los estudiantes consideró que el consumo ocasional de cigarrillos electrónicos representa un alto riesgo para la salud, siendo esta percepción ligeramente mayor en mujeres (22,1%) que en hombres (21%). Para el consumo frecuente, el 42,3% de los escolares reconoció un alto nivel de riesgo, con una percepción más marcada en mujeres (46%) en comparación con los hombres (38,5%).

| Edad de inicio de consumo | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Sexo | Promedio | Mediana | Percentil 25 | Percentil 75 |
| Hombre | 14.26 | 14 | 13 | 15 |
| Mujer | 14.04 | 14 | 13 | 15 |
| Total | 14.14 | 14 | 13 | 15 |

Fuente: (Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia & Ministerio de Educación Nacional, 2022).

Por otro lado, el 37,9% de los estudiantes universitarios manifestó haber usado alguna vez dispositivos electrónicos o vaporizadores, siendo esta práctica más común entre los hombres (41,8%). Además, el 12,1% indicó estar consumiéndolos actualmente. La edad promedio de inicio del consumo en esta población fue de 19,4 años.

Tabla 1. Prevalencia de consumo de tabaco en población escolar por departamentos.

| Cigarrillos y productos de tabaco | | |
|---|---|---|
| Departamento | Prevalencia último mes (%) | Intervalo de confianza |
| Vaupés | 19.12 | 13,5 - 26,35 |
| Guainía | 10.02 | 8,33 - 12,02 |
| Amazonas | 10.01 | 5,05 - 18,88 |
| Cundinamarca | 7.67 | 5,14 - 11,28 |
| Caldas | 7.65 | 5,25 - 11,01 |
| Vichada | 7.48 | 5,94 - 9,38 |
| Boyacá | 6.98 | 5,59 - 8,69 |
| Guaviare | 6.64 | 3,64 - 11,82 |
| Risaralda | 6.29 | 4,61 - 8,53 |
| Bogotá, D.C. | 6.15 | 5,38 - 7,03 |
| Casanare | 6.07 | 4,8 - 7,65 |
| Nariño | 5.47 | 2,55 - 11,37 |
| Tolima | 5.25 | 3,81 - 7,2 |
| Cauca | 5.02 | 3,09 - 8,06 |
| Antioquia | 5 | 3,65 - 6,8 |
| Córdoba | 4.84 | 3,53 - 6,61 |
| Quindío | 4.43 | 2,98 - 6,54 |
| Santander | 4.41 | 3,32 - 5,85 |
| Caquetá | 4.1 | 2,72 - 6,16 |
| Huila | 4.02 | 2,81 - 5,72 |
| Norte de Santander | 3.55 | 2,18 - 5,72 |
| Magdalena | 2.97 | 2,02 - 4,33 |
| Arauca | 2.8 | 1,21 - 6,38 |
| Valle del Cauca | 2.77 | 1,9 - 4,02 |
| Bolívar | 2.76 | 1,8 - 4,2 |
| Meta | 2.75 | 2,09 - 3,62 |
| Sucre | 2.63 | 1,89 - 3,63 |
| Putumayo | 2.61 | 1,96 - 3,46 |
| Cesar | 2.44 | 1,82 - 3,28 |
| Guajira | 2.2 | 1,35 - 3,56 |
| Atlántico | 2.01 | 1,38 - 2,91 |
| Chocó | 1.06 | 0,52 - 2,18 |
| San Andrés | 1.05 | 0,45 - 2,42 |
| **Nacional** | **4.54** | **4,15 - 4,96** |

**Prevalencia de consumo de cigarrillos electrónicos en población escolar por departamentos.**

| Cigarrillos Electrónicos | | |
|---|---|---|
| Departamento | Prevalencia último mes (%) | Intervalo de confianza |
| Caldas | 22.09 | 17,4 - 27,62 |
| Antioquia | 19.11 | 16,8 - 21,66 |
| Risaralda | 14.89 | 12,81 - 17,26 |
| San Andrés | 14.27 | 13,11 – 15,52 |
| Cauca | 13.62 | 10,74 - 17,13 |
| Quindío | 12.49 | 11,16 - 13,95 |
| Nariño | 12.37 | 6,61 - 21,96 |
| Bogotá, D.C. | 12.05 | 10,87 – 13,33 |
| Cundinamarca | 11.81 | 8,47 - 16,23 |
| Tolima | 11.31 | 8,13 - 15,53 |
| Córdoba | 11.22 | 8,14 - 15,29 |
| Valle del Cauca | 11.12 | 8,86 - 13,88 |
| Putumayo | 10.63 | 7,09 - 15,63 |
| Bolívar | 9.2 | 7,1 - 11,84 |
| Sucre | 9 | 6,81 - 11,81 |
| Cesar | 8.92 | 5,46 - 14,23 |
| Amazonas | 8.66 | 1,65 - 34,88 |
| Norte de Santander | 8.4 | 6,36 - 11,01 |
| Chocó | 7.79 | 6,39 - 9,47 |
| Casanare | 7.76 | 6,79 - 8,85 |
| Huila | 7.69 | 4,51 - 12,8 |
| Guajira | 7.48 | 6,35 - 8,78 |
| Boyacá | 7.11 | 5,86 - 8,59 |
| Vichada | 6.97 | 6,89 - 7,06 |
| Caquetá | 6.8 | 4,61 - 9,9 |
| Magdalena | 6.63 | 4,42 - 9,81 |
| Santander | 6.45 | 5,13 - 8,07 |
| Atlántico | 6.34 | 4,32 - 9,2 |
| Guaviare | 6.27 | 4,22 - 9,22 |
| Arauca | 6.06 | 3,77 - 9,58 |
| Meta | 6.04 | 4,9 - 7,42 |
| Guainía | 5.24 | 2,52 - 10,57 |
| Vaupés | 3.07 | 1,69 - 5,52 |
| **Nacional** | **11.21** | **10,48 - 11,99** |

**Fuente:** Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia & Ministerio de Educación Nacional, 2022

Los niños, niñas y adolescentes están siendo expuestos a múltiples factores que incentivan el consumo de cigarrillos electrónicos, lo que ha generado una creciente preocupación en materia de salud pública. Uno de los principales elementos que incide en este comportamiento es la exposición constante a contenidos en redes sociales y a estrategias de marketing dirigidas específicamente a este grupo. A través de estos canales, los cigarrillos electrónicos son promocionados como productos menos dañinos que los cigarrillos convencionales, con sabores agradables y olores más suaves, lo que refuerza su atractivo entre los jóvenes.

Otro factor determinante es la disponibilidad de una amplia variedad de sabores —más de 7.000 registrados desde 2014[4]— que incluyen una gran variedad de sabores, encontrando 43 categorías principales de sabores como tabaco, mentol, menta, fruta, panadería/postre, alcohol, nueces, especias, dulces, café/té, bebidas, chocolate, sabores dulces, vainilla y sin sabor, con 13 categorías principales y 90 subcategorías[5]. Estos sabores no solo aumentan el interés y la curiosidad de los adolescentes, sino que enmascaran los riesgos asociados al uso de estos dispositivos.

Adicionalmente, la interferencia de la industria tabacalera y empresas conexas ha sido evidente en el intento de posicionar estos productos en el mercado juvenil. A través de tácticas comerciales sofisticadas y la creación de una imagen socialmente aceptada del vapeo, estas industrias han contribuido significativamente a la normalización y expansión del consumo de cigarrillos electrónicos entre menores de edad.

**b. Desafíos sanitarios.**

En el marco del ordenamiento jurídico vigente, los vapeadores incluidos los sistemas electrónicos de administración de nicotina (SEAN), los sistemas similares sin nicotina (SSSN) y los dispositivos de un solo uso, no se encuentran clasificados como productos objeto de vigilancia sanitaria por parte del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA). Así lo confirmó expresamente esta entidad, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, en respuesta oficial emitida durante el año 2025.

> *"Bajo la regulación vigente, estos productos no cuentan con registro sanitario ni autorización de comercialización expedida por INVIMA".*

De acuerdo con el INVIMA, estos productos no se ajustan a ninguna de las categorías establecidas en la normativa sanitaria bajo su competencia, tales como medicamentos, dispositivos médicos, suplementos dietarios, cosméticos o productos de aseo, higiene y limpieza. En particular, el artículo 245 de la Ley 100 de 1993, el artículo 34 de la Ley 1122 de 2007 y el Decreto 2078 de 2012, los cuales delimitan las funciones de inspección, vigilancia y control de esta institución.

El Decreto 4725 de 2005 establece la definición de dispositivo médico para uso humano, excluyendo expresamente los productos cuya acción principal se ejerza mediante mecanismos farmacológicos, inmunológicos o metabólicos, lo cual aplica a los vapeadores. Por su parte, el Decreto 677 de 1995 define los medicamentos como preparados farmacéuticos destinados a la prevención, diagnóstico o tratamiento de enfermedades, categoría que tampoco cobija a estos dispositivos. En consecuencia, los vapeadores no cuentan con registro sanitario ni con autorización alguna por parte del INVIMA para su fabricación,

[4] Gordon, T., Karey, E., Rebuli, M. E., Escobar, Y.-N. H., Jaspers, I., & Chen, L. C. (2022). E-Cigarette Toxicology. Annual Review of Pharmacology and Toxicology, 62, 301–322. https://doi.org/10.1146/annurev

[5] Krüsemann, E. J. Z., Boesveldt, S., De Graaf, K., & Talhout, R. (2019). An E-Liquid Flavor Wheel: A Shared Vocabulary Based on Systematically Reviewing E-Liquid Flavor Classifications in Literature. Nicotine and Tobacco Research, 21(10), 1310–1319. https://doi.org/10.1093/ntr/nty101

importación o comercialización en Colombia. A la fecha, no existe trámite alguno en curso que pretenda su legalización en términos de seguridad, calidad o eficacia.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su octava reunión, el Grupo de Estudio de la OMS sobre Reglamentación de los Productos de Tabaco (TobReg) reiteró que estos dispositivos deben ser objeto de una regulación estricta, debido a su potencial de generar adicción a la nicotina y servir como puerta de entrada al consumo de tabaco combustible. Cabe destacar que Colombia es Estado Parte del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT OMS) desde el 10 de abril de 2008, un tratado internacional vinculante que establece la obligación de adoptar políticas efectivas para la protección de la salud pública frente al tabaquismo y sus derivados.

Así pues, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), autoridad sanitaria nacional, emitió un informe técnico sobre la naturaleza y riesgos de los cigarrillos electrónicos, los cuales resultan fundamentales para el análisis normativo y sanitario de este tipo de productos en Colombia.

Mediante concepto emitido por la Sala Especializada de Medicamentos y Productos Biológicos de la Comisión Revisora, bajo radicado No. 09011727 del 25 de febrero de 2009, el INVIMA determinó que los cigarrillos electrónicos no pueden ser considerados medicamentos, al no cumplir con los requisitos técnicos ni funcionales establecidos en el Decreto 677 de 1995. En particular, se señaló que estos dispositivos carecen de eficacia terapéutica comprobada, además en el año 2011, en el marco de una sesión conjunta de la Subdirección de Registros Sanitarios del INVIMA y las Salas Especializadas de Medicamentos y Productos Biológicos y de Dispositivos Médicos y Productos Varios, convocada con el objetivo de emitir un concepto actualizado sobre los cigarrillos electrónicos, señalo lo siguiente:

> *CONCEPTO: Revisada la documentación allegada, la Sala Especializada de Medicamentos y Productos Biológicos y la Sala Especializada de Dispositivos Médicos y Productos Varios de la Comisión Revisora conceptúan que si bien la nicotina se encuentra en normas farmacológicas en concentraciones definidas en diferentes formas farmacéuticas que han demostrado con estudios clínicos la eficacia, la seguridad y la liberación de cantidades controladas como alternativas para contrarrestar la adicción a esta sustancia en el cigarrillo, y que el llamado "cigarrillo electrónico" contiene nicotina y se ha sugerido como alternativa para "dejar de fumar", y en este sentido podría tener la connotación de medicamento, esta Sala considera que el "cigarrillo electrónico" no puede evaluarse como tal ni dársele esta categoría teniendo en cuenta que:*
>
> *1. No existe suficiente evidencia científica para determinar sus cualidades como método de cesación ni sobre la seguridad que ofrece para la salud humana*
>
> *2. No están estandarizados ni la cantidad ni la frecuencia de nicotina a liberar por dicho dispositivo*
>
> *3. Contiene excipientes e ingredientes que pueden ser nocivos para la salud tales como nitrosaminas, alcoholes o dietilenglicol, etc., de acuerdo con análisis realizados*
>
> *4. Un gran número de países en el mundo han rechazado o prohibido este producto por la cantidad de inconvenientes para la salud relacionados con su contenido de productos químicos*
>
> *5. No existen controles de calidad para este producto que garanticen su seguridad para la salud a través de programas de garantía de la calidad*
>
> *6. "El rito de fumar" con el uso del cigarrillo electrónico puede inducir a la costumbre del consumo de cigarrillo*
>
> *De acuerdo con todo lo anterior, la Sala considera que el balance beneficio / riesgo del uso en humanos del "cigarrillo electrónico", a la luz de la evidencia disponible, es totalmente desfavorable.*

Asimismo, el INVIMA ha manifestado en pronunciamientos públicos como la alerta sanitaria No. 005-10 de 2010, que los vapeadores no cuentan con evidencia científica suficiente que respalde su seguridad y que no deben considerarse alternativas terapéuticas ni de uso médico. De igual manera enfatizó que su consumo podría representar un riesgo para la salud pública, especialmente para la población joven.

> **ALERTA INVIMA 005-10**
>
> *"Para el INVIMA el cigarrillo electrónico no es un medicamento, porque no cumple con las características, establecidas en el Decreto 677 de 1995, donde se define se medicamento como "Es aquél preparado farmacéutico obtenido a partir de principios activos, con o sin sustancias auxiliares, presentado bajo forma farmacéutica que se utiliza para la prevención, alivio, diagnostico, tratamiento, curación o rehabilitación de la enfermedad. Los envases, rótulos, etiquetas y empaques hacen parte integral del medicamento, por cuánto éstos garantizan su calidad, estabilidad y uso adecuado". Lo anterior fue ratificado por la Sala Especializada de Medicamentos de la Comisión Revisora en concepto con radicado N° 09011727 de fecha 25/02/09"*
>
> *"Debido a que el producto es nuevo en el mercado, no se han realizado los estudios científicos necesarios para determinar sus implicaciones y efectos en la salud pública, desconociéndose el alcance de los riesgos por el uso prolongado de los cigarrillos electrónicos, y por lo tanto, las concentraciones liberadas de nicotina no pueden ser medidas fácilmente por el usuario, llevando a una posible intoxicación severa".*

**c. Ingredientes y sustancias químicas comunes en los cigarrillos electrónicos:**

Mediante una publicación del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, relaciona el documento "ABECÉ: Lo que debes conocer de los cigarrillos electrónicos"[6] ¿Qué contienen los cigarrillos electrónicos y qué pueden causar?

[6] https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abece-general-cigarrilos-electronicos.pdf#ty101

- **Propilenglicol:** Sustancia cuya inhalación a altas temperaturas puede producir irritación de ojos, garganta y afectación de las vías aéreas (German Cancer Research Center, Heidelberg WHO Collaborating Centre for Tobacco Control, 2014).
- **Glicerina:** Sustancia que puede llevar al desarrollo de neumonía lipoide y otras formas de presentación de enfermedad pulmonar intersticial (Itoh, Aoshiba, Herai, Nakamura, & Takemura, 2017).
- **Nicotina:** Sustancia altamente adictiva, que aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares, respiratorias y gastrointestinales, puede afectar el desarrollo del cerebro en los adolescentes y jóvenes, y es peligrosa para la salud de las embarazadas y los bebés en gestación (U.S. Department of Health and Human Services, 2018)
- **Partículas ultra finas:** Incrementan el riesgo de enfermedad coronaria, cáncer de pulmón y asma (German Cancer Research Center, Heidelberg WHO Collaborating Centre for Tobacco Control, 2014).
- **Sustancias asociadas a cáncer:** metales pesados, formaldehído, acetaldehído, butilaldehído, acroleína, acetona, y otras como benceno, tolueno, etilbenceno, xileno, hidrocarbonos y fenoles (German Cancer Research Center, Heidelberg WHO Collaborating Centre for Tobacco Control, 2014) (Pisinger & Dossing, 2014).
- **Saborizantes:** Sustancias que mejoran el sabor y estimulan el consumo de estos productos, principalmente en los adolescentes (Jenssen & Boykan, 2019).

Los líquidos de los cigarrillos electrónicos presentan una amplia variedad de saborizantes, que se agrupan en 43 categorías principales, como tabaco, mentol, frutas, postres, bebidas y café, y se han reportado más de 7000[7] sabores únicos para estos productos. Es relevante destacar que estas sustancias, aunque diseñadas para dar sabor, pueden inducir toxicidad al ser consumidas o inhaladas[8]. Un ejemplo específico de esto es la butanodiona o butano-2,3-diona (diacetilo), un químico que otorga un intenso sabor a mantequilla y que está vinculado a la bronquiolitis obliterante[9].

La nicotina, una sustancia altamente adictiva del tabaco, se incorpora a estos líquidos electrónicos. Inicialmente, las dosis variaban de 3 a 36 mg/ml, pero actualmente se reportan concentraciones superiores. Para optimizar su biodisponibilidad, existen productos con sales de nicotina que pueden contener más de 50 mg/mL.

Los líquidos también contienen glicerol y propilenglicol, que actúan como portadores de la nicotina y los saborizantes. Aunque no son tóxicos a temperatura ambiente, pueden formar productos de degradación térmica al ser calentados. Por ejemplo, el propilenglicol[10] puede generar acetaldehído, acetona, óxido de propileno, alcohol alílico y formaldehído, mientras que el glicerol puede formar formaldehído, acroleína y acetaldehído. La exposición al propilenglicol puede provocar alteraciones fisiológicas, toxicidad, irritación cutánea y de las vías respiratorias, así como irritación pulmonar y reacciones alérgicas en exposiciones crónicas a bajas dosis.

Además, se han detectado diferentes concentraciones de metales en los líquidos y aerosoles de los cigarrillos electrónicos. Los principales contribuyentes al riesgo de cáncer han sido el cromo y el níquel, seguidos por el cadmio, el plomo y el arsénico. El elemento calefactor del cigarrillo electrónico es la fuente más significativa de exposición a metales tóxicos. Comúnmente, se encuentran metales como cromo, níquel, selenio y aluminio en los modelos de tanque, y también se han identificado hierro, plomo, manganeso, cobalto, molibdeno y titanio.

La Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC)[11] ha clasificado algunas de estas sustancias halladas en los líquidos y aerosoles de la siguiente manera:

- Grupo 1 (carcinógeno humano): Arsénico, benceno, compuestos de níquel, compuestos de cromo, cadmio y formaldehído.
- Grupo 2A (probable carcinogénico): Metales como el plomo, compuestos orgánicos volátiles y acroleína.
- Grupo 2B (posible carcinogénico): Acetaldehído e hidrocarburos aromáticos policíclicos.

En la Séptima reunión celebrada en Delhi (India), del 7-12 de noviembre de 2016, Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, en el informe de la Organización Mundial de la Salud sobre los Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina y Sistemas Similares Sin Nicotina, la Organización Mundial de la Salud se refirió de la siguiente manera "teniendo en cuenta principalmente los niveles y el número de sustancias tóxicas producidas durante el uso típico de los SEAN/ SSSN no adulterados fabricados con ingredientes de calidad farmacéutica, es muy posible que su toxicidad sea inferior a la del humo de cigarrillo. Sin embargo, es poco probable que sean inocuos, y se prevé que su uso a largo plazo aumente el riesgo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer de pulmón y posiblemente afecciones cardiovasculares, así como de otras enfermedades asociadas con el tabaco"[12]

**d. Enfermedades asociadas al consumo de tabaco y productos conexos en Colombia.**

La salud pública y la sostenibilidad de nuestro sistema de salud enfrentan un desafío significativo debido al consumo de tabaco y la creciente prevalencia de cigarrillos electrónicos.

[7] Gordon, T., Karey, E., Rebuli, M. E., Escobar, Y.-N. H., Jaspers, I., & Chen, L. C. (2022). E-Cigarette Toxicology. Annual Review of Pharmacology and Toxicology, 62, 301–322. https://doi.org/10.1146/annurev

[8] Cao, D. J., Aldy, K., Hsu, S., Mcgetrick, M., Verbeck, G., De Silva, I., & Feng, S.-Y. (2020). Review of Health Consequences of Electronic Cigarettes and the Outbreak of Electronic Cigarette, or Vaping, Product UseAssociated Lung Injury. Journal of Medical Toxicology, 16, 295–310. https://doi.org/10.1007/s13181-020- 00772-w/Published

[9] Cao, D. J., Aldy, K., Hsu, S., Mcgetrick, M., Verbeck, G., De Silva, I., & Feng, S.-Y. (2020). Review of Health Consequences of Electronic Cigarettes and the Outbreak of Electronic Cigarette, or Vaping, Product UseAssociated Lung Injury. Journal of Medical Toxicology, 16, 295–310. https://doi.org/10.1007/s13181-020- 00772-w/Published

[10] Gordon, T., Karey, E., Rebuli, M. E., Escobar, Y.-N. H., Jaspers, I., & Chen, L. C. (2022). E-Cigarette Toxicology. Annual Review of Pharmacology and Toxicology, 62, 301–322. https://doi.org/10.1146/annurev

[11] Fowles, J., Barreau, T., & Wu, N. (2020). Cancer and non-cancer risk concerns from metals in electronic cigarette liquids and aerosols. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(6), 1–10. https://doi.org/10.3390/ijerph17062146

[12] Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, informe de la Organización Mundial de la Salud, 2016, Disponible en https:// www.who.int/fctc/cop/cop7/FCTC_COP_7_11_ES.pdf

El estudio "*Caso de inversión a favor del control del tabaco en Colombia*", basado en estimaciones del Global Burden of Disease (GBD) y comparado con un estudio previo del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS)", proporciona una clara y contundente cuantificación del impacto del tabaquismo convencional.

Se estimó que, en 2017, un total de 34.809 muertes fueron atribuibles al consumo de tabaco. Estas defunciones están relacionadas con la incidencia de 37 enfermedades y afecciones diversas, incluyendo degeneración macular, enfermedad de Alzheimer, aneurisma aórtico, asma, cánceres (vejiga, mama, cuello uterino, colon y recto, esófago, riñón, laringe, labio y cavidad oral, hígado, nasofaringe, páncreas, estómago, tráquea, bronquios y pulmón), EPOC, diabetes mellitus tipo 2, cardiopatía isquémica, accidentes cerebrovasculares, y tuberculosis, entre otras.

**e. Efectos adversos en salud asociados al consumo de SEAN y SSSN:**

**A nivel oral:** Estudios recientes han identificado efectos que podrían favorecer el desarrollo de cáncer en la cavidad bucal por el uso de cigarrillos electrónicos, incluyendo daño al ADN[13]. Además, se ha observado un incremento en la producción de mucinas salivales, lo que aumenta la viscosidad del moco y reduce la capacidad defensiva de la boca. También se han reportado enfermedades como gingivitis, periodontitis, pérdida ósea dental y presencia de micronúcleos en células de la mucosa bucal, lo cual indica un efecto genotóxico[14].

**A nivel nasal:** El uso de cigarrillos electrónicos suprime los mismos genes que el consumo de cigarrillos convencionales en tejidos nasales, pero con una mayor magnitud. Además, se ha documentado una alteración más extensa en la expresión genética en comparación con fumadores de tabaco tradicional[15].

**A nivel pulmonar:** Las partículas inhaladas impactan directamente el sistema respiratorio, generando inflamación y daño celular por medio de mecanismos como la apoptosis inducida por especies reactivas de oxígeno. Estas alteraciones pueden desembocar en bronquiolitis obliterante, una afección irreversible caracterizada por acumulación de moco, engrosamiento del músculo bronquiolar, inflamación y cicatrización. Además, se asocia con enfermedades respiratorias crónicas, efectos en otros órganos, y aumento de casos de asma en adolescentes[16]. En 2019 se detectó un incremento de casos graves de lesiones pulmonares asociadas al vapeo, conocidas como EVALI, las cuales fueron reconocidas oficialmente por los CDC. Su origen se relaciona con sustancias químicas inhaladas que causan inflamación severa y toxicidad pulmonar[17].

**A nivel cardiovascular**: El uso de SEAN con nicotina produce aumentos inmediatos de la presión arterial y del ritmo cardiaco, y se ha relacionado con síntomas como dolor en el pecho, palpitaciones, arritmias y enfermedades coronarias. También se ha comprobado que los aerosoles afectan la función del endotelio, incrementan la actividad y agregación plaquetaria, y promueven inflamación, lo cual puede derivar en eventos isquémicos como infartos[18].

**A nivel genético:** Se ha documentado genotoxicidad y modificaciones en la metilación del ADN atribuibles al uso de cigarrillos electrónicos[19].

**Otros efectos adversos:** El consumo de estos productos también puede ocasionar irritación ocular, visión borrosa, dependencia, acumulación de grasa en el hígado, deterioro de la función renal y otros daños en múltiples sistemas del cuerpo[20].

De igual manera a través de este proyecto de ley se protege también a las personas que no utilizan los SEAN, los SSSN y los PTC, pues este tipo de aerosol catalogado por la OMS como "aerosol ajeno" también puede afectar la salud, respecto a lo cual se refirió la OMS en el informe celebrado en Delhi de la siguiente manera "Si bien hay sectores que defienden la escasa probabilidad de que la exposición al aerosol ajeno cause riesgos sanitarios graves, se admite que puede resultar nociva para las personas del entorno que padezcan trastornos respiratorios. No obstante, es razonable asumir que el aumento de la concentración de sustancias tóxicas en el aerosol ajeno, en relación con los niveles del aire ambiente, representa un riesgo mayor para la salud de cualquier persona expuesta"[21]

Los daños que provocan los SEAN y los SSSN no son únicamente para las personas que son consumidores activos de estos productos, también lo provocan aquellos que actúan como consumidores pasivos, los cuales se ven afectados por el ingreso de este tipo de sustancias en su cuerpo a través del aire, según el informe de la OMS, hecho por cual resulta más evidente la viabilidad de este proyecto de ley en aras de la protección de todos los ciudadanos.

[13] Gordon, T., Karey, E., Rebuli, M. E., Escobar, Y.-N. H., Jaspers, I., & Chen, L. C. (2022). E-Cigarette Toxicology. Annual Review of Pharmacology and Toxicology, 62, 301–322. https://doi.org/10.1146/annurev

[14] Traboulsi, H., Cherian, M., Rjeili, M. A., Preteroti, M., Bourbeau, J., Smith, B. M., Eidelman, D. H., & Baglole, C. J. (2020). Inhalation toxicology of vaping products and implications for pulmonary health. International Journal of Molecular Sciences, 21(10), 1–21. https://doi.org/10.3390/ijms21103495

[15] Fernández, E., Ballbè, M., Sureda, X., Fu, M., Saltó, E., & Martínez-Sánchez, J. M. (2015). Particulate Matter from Electronic Cigarettes and Conventional Cigarettes: a Systematic Review and Observational Study. Current Environmental Health Reports, 2(4), 423–429. https://doi.org/10.1007/s40572-015-0072-x

[16] Park, J. A., Crotty Alexander, L. E., & Christiani, D. C. (2022). Vaping and Lung Inflammation and Injury. Annual Review of Physiology, 84, 611–629. https://doi.org/10.1146/annurev-physiol-061121-040014

[17] Park, J. A., Crotty Alexander, L. E., & Christiani, D. C. (2022). Vaping and Lung Inflammation and Injury. Annual Review of Physiology, 84, 611–629. https://doi.org/10.1146/annurev-physiol-061121-040014

[18] Rose, J. J., Krishnan-Sarin, S., Exil, V. J., Hamburg, N. M., Fetterman, J. L., Ichinose, F., Perez-Pinzon, M. A., Rezk-Hanna, M., & Williamson, E. (2023). Cardiopulmonary Impact of Electronic Cigarettes and Vaping Products: A Scientific Statement from the American Heart Association. Circulation, 148(8), 703–728. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001160

[19] Bernal Camila, Camero Carlos, Pinzón María-Jose, Rodríguez Sergio, Cañas Alejandra, Rojas Adriana, Genotoxicity and hypomethylation of LINE-1 induced by electronic cigarettes, Ecotoxicology and Environmental Safety https://doi.org/10.1016/j.ecoenv.2023.114900.

[20] Park, J. A., Crotty Alexander, L. E., & Christiani, D. C. (2022). Vaping and Lung Inflammation and Injury. Annual Review of Physiology, 84, 611–629. https://doi.org/10.1146/annurev-physiol-061121-040014.

[21] Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, informe de la Organización Mundial de la Salud, 2016, Disponible en https:// www.who.int/fctc/cop/cop7/FCTC_COP_7_11_ES.pdf

**Costos Directos para el Sistema de Salud**

Los gastos sanitarios directamente atribuibles al tabaco se estimaron en 6.500 millones de pesos colombianos para el año 2017. Estos costos cubren gastos públicos, privados (seguros, gastos individuales) y otros gastos de salud, distribuyéndose entre los actores del sistema: 65% cubierto por el gobierno, 15% por fuentes privadas y sin ánimo de lucro, y 20% por pagos directos de los hogares.

De acuerdo a un estudio que utiliza estimaciones del Global Burden of Disease (GBD) el cual se denomina "*Caso de inversión a favor del control del tabaco en Colombia*", . Este análisis evalúa la contribución del tabaquismo y la exposición al humo de tabaco a la incidencia de 37 enfermedades, los años de vida saludable perdidos (AVAD) y la mortalidad en 195 países. Para Colombia, los resultados del GBD fueron comparados con un estudio previo del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

El Impacto en la Mortalidad, segun las estimaciones del límite superior de muertes atribuibles al tabaco del GBD (31.645 muertes) fueron muy similares a las del IETS (32.088 muertes). Se estimó que en 2017 ocurrieron 34.809 muertes atribuibles al consumo de tabaco relacionadas con 37 enfermedades y afecciones, incluyendo degeneración macular, enfermedad de Alzheimer, aneurisma aórtico, asma, cáncer de vejiga, cáncer de mama, catarata, EPOC, diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiacas isquémicas, accidente cerebrovascular, y diversos tipos de cáncer (laringe, pulmón, colon y recto, entre otros)

**f. Costos Directos para el Sistema de Salud:**

Los costos directos se refieren a los gastos sanitarios atribuibles al tabaco, que incluyen gastos públicos, privados (seguros, gastos individuales por cuenta propia) y otros gastos de salud. Así pues, Un estudio de Pinchon-Riviere y colaboradores (2016) calculó que el tabaquismo generó 5.500 millones de pesos colombianos en gastos sanitarios en 2015. Actualizando estas cifras a 2017, se estima que los gastos de salud atribuibles al tabaquismo ascendieron a 6.500 millones de pesos colombianos.

Estos gastos se distribuyen entre los actores del sistema de salud de la siguiente manera: el gobierno cubre el 65%, las fuentes privadas y sin ánimo de lucro el 15%, y los hogares (mediante pagos directos) el 20%. Los costos indirectos corresponden al valor de las vidas perdidas debido a la mortalidad prematura atribuible al tabaco y a las pérdidas de productividad de la fuerza laboral (ausentismo, presentismo y pausas excesivas para fumar).

En cuanto a las pérdidas de productividad, se estima que el tabaquismo activo causa 2,6 días laborales adicionales perdidos al año. Además, los fumadores pueden experimentar un 22% más de deterioro en el trabajo debido a problemas de salud. Las pausas para fumar se valoran asumiendo ocho minutos de pausas adicionales al día. La exposición al humo de tabaco también genera costos indirectos, los lactantes que viven con un fumador tienen un 28% más de probabilidades de ser hospitalizados. Los niños con padres fumadores en casa tienen el doble de probabilidades de ser hospitalizados por neumonía y bronquitis, y 3 veces más por asma, en comparación con niños de no fumadores.

**g. Los cigarrillos electrónicos en términos de funcionamiento y composición:**

Se reconoce la existencia de cuatro generaciones de Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) y Sistemas Similares Sin Nicotina (SSSN). El modo de operación de estos aparatos se basa en el calentamiento de un líquido, que puede contener o no nicotina, mediante el uso de baterías para generar un aerosol. La peligrosidad de este aerosol se vincula directamente con las propiedades intrínsecas del líquido base y la toxicidad de las sustancias químicas que se forman cuando el líquido entra en contacto con la bobina calefactora y se transforma en aerosol.

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de la Conferencia de las Partes en el Convenio Marco para el Control del Tabaco, ha dictaminado que todos los SEAN y SSSN producen un aerosol. Dicho aerosol, en general, contiene aromatizantes, usualmente disueltos en propilenglicol o glicerina, que se liberan al calentar la solución líquida. Se especifica que, a diferencia de los SSSN, todos los SEAN incluyen nicotina. Aunque comúnmente se les agrupa en una misma clase, la OMS resalta que estos productos constituyen un conjunto diverso, con diferencias potenciales notables tanto en la producción de sustancias tóxicas como en la forma de administrar la nicotina.

A pesar de la rápida evolución de estos sistemas electrónicos, cuatro componentes fundamentales se mantienen constantes:

- Un depósito de líquido (denominado tanque, cartucho o cápsula) para contener la solución.
- Una fuente de energía, que suele ser una batería recargable de litio.
- Un elemento calefactor (el atomizador).
- Una boquilla.

No obstante, las variaciones en el voltaje, la potencia, la temperatura, los metales y los plásticos utilizados entre los distintos dispositivos son significativas. Estos factores desempeñan un papel crucial en la formación de toxinas, como la producción de formaldehído cuando se aplica una alta potencia o temperatura, y la generación de carbonilos en función de la longitud de la mecha y el diseño de la bobina. Adicionalmente, se ha detectado la presencia de metales tóxicos y otras sustancias en los líquidos y aerosoles, lo cual podría deberse a los materiales empleados en la fabricación de los propios dispositivos.

**h. ¿Qué son los cigarrillos electrónicos de un solo uso?**

Los vapeadores desechables, también conocidos como puff bars, vape pens o cigarrillos electrónicos de un solo uso, son dispositivos electrónicos ya cargados y listos para ser utilizados. A diferencia de los modelos reutilizables que requieren recarga y mantenimiento regular, estos aparatos están diseñados para brindar una experiencia de vapeo sencilla y directa, sin necesidad de ensamblaje ni cuidados adicionales.

Por su tamaño compacto, peso ligero y facilidad de uso, estos dispositivos se han convertido en una alternativa popular, especialmente entre quienes están empezando a vapear o buscan una opción discreta

y portátil. Con el paso del tiempo, este tipo ha sido reemplazado por una gran variedad de opciones más avanzadas y estilizadas.

En general, estos dispositivos vienen con e-líquido ya incorporado y se pueden encontrar en múltiples sabores y concentraciones de nicotina. Su diseño práctico y sencillo ha contribuido a su popularidad. Los elementos que componen un vapeador desechable suelen incluir:

- **Batería**: Suministra energía para calentar el líquido.
- **Atomizador:** Contiene la resistencia que convierte el e-líquido en vapor.
- **E-líquido:** Mezcla de propilenglicol, glicerina vegetal, saborizantes y nicotina.
- **Mecha:** Transporta el e-líquido a la bobina para su vaporización.

Otra característica de estos dispositivos es su precio inicial, generalmente más bajo que el de los sistemas de vapeo recargables, lo que los hace atractivos para quienes desean una opción económica. Aunque los desechables pueden parecer convenientes, a largo plazo suelen ser menos económicos y amigables con el ambiente. Como están diseñados para un solo uso, no se reciclan, se consideran residuos electrónicos.

Además, al tener una vida útil limitada especialmente si se usan frecuentemente es necesario reemplazarlos con regularidad, lo que puede representar un gasto acumulativo importante. Otro inconveniente es su capacidad restringida: con un uso constante, es posible alcanzar rápidamente el límite de 600 inhalaciones, lo que obliga a adquirir un nuevo dispositivo para continuar con el consumo.

La duración de un vaporizador desechable depende tanto del estilo de vapeo de cada persona como de la frecuencia con la que se utilice. Estos dispositivos generalmente cuentan con una batería de alrededor de 350 mAh, lo que significa que su capacidad de carga es limitada.

En el caso de quienes vapean de forma continua a lo largo del día y utilizan exclusivamente este tipo de dispositivo, es común que el vaporizador solo funcione durante un día antes de que se consuma el e-líquido o se descargue la batería por completo.

i. **Marco normativo Internacional:**

**Brasil:** La Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria de Brasil (Anvisa) ha emitido una resolución que reitera la prohibición de la fabricación, importación, comercialización, distribución, almacenamiento, transporte y publicidad de dispositivos electrónicos para fumar, comúnmente conocidos como cigarrillos electrónicos.

En la resolución, se define a los dispositivos electrónicos para fumar como "productos destinados a fumar, cuyas emisiones se generan mediante un sistema alimentado por electricidad, batería u otra fuente no combustible, y que imitan el acto de fumar". Los siguientes dispositivos entran en esta categoría y, por ende, están sujetos a la prohibición establecida:

- Productos desechables o reutilizables;
- Productos que utilizan una matriz sólida, líquida o de otro tipo, según su construcción y diseño.
- Productos compuestos por una unidad que calienta una o más matrices: líquida (con o sin nicotina); sólida (usualmente compuesta por extracto o hojas de tabaco, ya sea machacadas, molidas, cortadas o enteras, así como otras plantas); compuesta por sustancias sintéticas que imitan componentes del tabaco, extractos de otras plantas, aceites esenciales, complejos vitamínicos, u otras sustancias.
- Productos conocidos como e-cigs, sistemas electrónicos de suministro de nicotina (ENDS), sistemas electrónicos de suministro sin nicotina (ENNDS), e-pod, pen-drive, pod, vapes, productos de tabaco calentado (HTP), heat not burn y vaporizadores, entre otros.

La publicación también prohíbe la entrada de productos relacionados con los cigarrillos electrónicos al país, incluso aquellos llevados por viajeros en cualquier forma de importación, ya sea en equipaje acompañado o de mano. Anvisa enfatizó que el incumplimiento de esta resolución constituye una infracción sanitaria.

**Chile:** La nueva Ley 21.642, que regula la venta y publicidad de cigarrillos electrónicos o vapeadores, con y sin nicotina, en Chile. Esta normativa, que establece por primera vez advertencias sanitarias para los cigarrillos electrónicos, sus accesorios y líquidos de vapeo, es un hito significativo en el contexto del Convenio Marco del Control del Tabaco.

La regulación prohíbe la venta de cigarrillos electrónicos con o sin nicotina a menores de 18 años. Además, las autoridades sanitarias chilenas presentaron las nuevas advertencias sanitarias que serán obligatorias no solo para productos de tabaco, sino también para los cigarrillos electrónicos y sus accesorios.

La ministra (s) de Salud, Andrea Albagli, explicó que "*con estas nuevas advertencias, se busca equiparar la regulación de los dispositivos de vapeo con la de otros productos de tabaco. Ahora, estos dispositivos deberán incluir advertencias sanitarias en ellos mismos y en sus accesorios*". Agregó además que "*los productos de tabaco y de vapeo tienen elementos en común: ambos son altamente nocivos para la salud, y tanto el tabaco como los vapeadores, con y sin nicotina, tienen impactos negativos en la salud*".
El Representante de OPS/OMS Chile, Dr. Giovanni Escalante, destacó este logro sanitario y recalcó que "este es un hito no solo para Chile, sino para América Latina, el Caribe y el mundo". Además, señaló que "esta medida busca informar de manera clara y directa sobre los riesgos de estos productos, en línea con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud".

Principales disposiciones de la Ley 21.642:

- Prohibición de venta, distribución o entrega gratuita de productos de tabaco y vapeo a menores de 18 años.
- Restricción de venta a menos de 100 metros de establecimientos educacionales y de salud.
- Incorporación de advertencias sanitarias en envases y empaques de cigarrillos electrónicos y líquidos de vapeo.
- Prohibición de publicidad engañosa o mensajes que sugieran beneficios para la salud.
- Extensión de la prohibición de consumo en espacios públicos cerrados, transporte y playas.

Reforzamiento de la fiscalización por parte de las autoridades competentes.

Esta regulación responde a la preocupación por el aumento del uso de cigarrillos electrónicos, especialmente entre jóvenes, y a los riesgos para la salud asociados, como problemas cardiovasculares, daños pulmonares (EVALI) y adicción a la nicotina. Estudios de SENDA muestran un aumento en la prevalencia de uso de vapeadores entre 2012 y 2016, y la Ley 21.642 busca frenar esta tendencia, especialmente en menores.

**Argentina:** En Argentina, los cigarrillos electrónicos desechables, al igual que otros dispositivos de vapeo, están sujetos a una prohibición total de importación, distribución, comercialización, publicidad y promoción en todo el territorio nacional, según la Disposición 3226/2011 de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), vigente desde el 6 de mayo de 2011. Esta normativa se aplica a los Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN), que incluyen los cigarrillos electrónicos desechables, sus accesorios y cartuchos con nicotina. A continuación, detallo el estado de las regulaciones:

Prohibición de comercialización: La Disposición 3226/2011 prohíbe la importación, distribución, venta, publicidad y cualquier forma de promoción de cigarrillos electrónicos, incluidos los desechables, debido a la falta de evidencia científica en 2011 que demostrara su seguridad para el consumo humano o su eficacia como herramienta para dejar de fumar, además de considerar la nicotina una sustancia altamente tóxica y adictiva. Esta prohibición fue ratificada en comunicados de ANMAT en 2016 y 2018.
Regulación del consumo: Aunque el consumo personal de cigarrillos electrónicos no está explícitamente prohibido, su uso está restringido bajo la Ley Nacional N° 26.687 de Control del Tabaco (2011) y su Decreto Reglamentario 602/2013. Estos dispositivos están equiparados a productos de tabaco, por lo que está prohibido su uso en:

Espacios cerrados de acceso público o privado, como lugares de trabajo, bares, restaurantes, cines, transporte público, casinos, y estadios cubiertos.
Escuelas, establecimientos de salud, museos, y otros lugares públicos, incluyendo sus áreas al aire libre como patios.
La única excepción son áreas al aire libre como terrazas o balcones, siempre que no estén cubiertas o adosadas a paredes que las conviertan en espacios cerrados.
Restricciones adicionales:
Se prohíbe la venta de cigarrillos electrónicos a menores de 18 años, aunque la dificultad para implementar esta norma debido a la comercialización informal es un problema reconocido.
Está prohibida la venta en máquinas expendedoras, centros de enseñanza, hospitales, edificios públicos, transporte público, museos, clubes, teatros, cines o estadios.
La publicidad en medios audiovisuales que muestre el uso de cigarrillos electrónicos está restringida, especialmente si incita al consumo entre jóvenes o menores.
Riesgos para la salud y medio ambiente: La ANMAT y el Ministerio de Salud han destacado que los cigarrillos electrónicos desechables emiten aerosoles con sustancias tóxicas como nicotina, acetaldehído, acroleína, formaldehído, y metales pesados, que representan riesgos para la salud, incluyendo enfermedades pulmonares (como EVALI), problemas cardiovasculares y adicción. Además, los desechables generan desechos plásticos, electrónicos (baterías de litio) y tóxicos, contribuyendo a la contaminación ambiental.

**México:** En México, los cigarrillos electrónicos desechables, junto con otros dispositivos de vapeo, están sujetos a una prohibición total de producción, importación, exportación, distribución, comercialización y consumo en espacios públicos, según una serie de decretos y reformas constitucionales.
En diciembre de 2024, se aprobó una reforma constitucional que adiciona un párrafo quinto al Artículo 4° y un párrafo segundo al Artículo 5° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Esta reforma prohíbe explícitamente la producción, distribución, comercialización y enajenación de cigarrillos electrónicos, vapeadores y demás sistemas o dispositivos electrónicos análogos, incluyendo los desechables. También prohíbe actividades relacionadas con sustancias tóxicas, precursores químicos y drogas sintéticas no autorizadas, como el fentanilo ilícito.
La prohibición se basa en estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y análisis de Cofepris que identifican sustancias tóxicas en los aerosoles de los cigarrillos electrónicos (nicotina, metales pesados, propilenglicol, glicerina, acetato de vitamina E), asociadas a enfermedades pulmonares (como EVALI), problemas cardiovasculares, cáncer y adicción, especialmente en jóvenes. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2022 reportó que el 2.6% de los adolescentes (unos 500,000) y el 1.5% de los adultos (unos 300,000) usan vapeadores, mientras que la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos 2023 indica que 2.1 millones de personas mayores de 15 años (2.1%) usan cigarrillos electrónicos, con mayor prevalencia en hombres (3.1%) y en el grupo de 15 a 24 años (4.1%).

**Venezuela:** Prohíbe el uso, comercialización, importación, distribución y publicidad de cigarrillos electrónicos y vapeadores, incluyendo los desechables para menores de edad. Esta medida se alinea con el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la OMS.

**Uruguay:** Prohibición de la venta de cigarrillos electrónicos, incluyendo los desechables. Prohíbe la comercialización de cigarrillos electrónicos y vapeadores, incluyendo los desechables, como parte de las medidas de control del tabaco.

**Panamá:** Ley 13 de 2008 y regulaciones complementarias: Prohíbe la comercialización de cigarrillos electrónicos y vapeadores, alineándose con las políticas de control del tabaco.

**Nicaragua:** Prohibición de la venta de cigarrillos electrónicos, incluyendo los desechables.
Regulaciones del Ministerio de Salud: Prohíben la comercialización de cigarrillos electrónicos y vapeadores, incluyendo los desechables, como parte de las medidas de control del tabaco.

**Ecuador:** Regulación del uso y comercialización de cigarrillos electrónicos, incluyendo los desechables. Ley Orgánica para la Regulación y Control del Tabaco (2018): Regula los cigarrillos electrónicos, prohibiendo su consumo en espacios cerrados, lugares de trabajo, transporte público y otros espacios declarados libres de humo. También prohíbe la venta a menores de 18 años y exige que las empresas proporcionen información sobre los componentes de los dispositivos.

**Bélgica:** Se convirtió en el primer país de la UE en prohibir la venta de cigarrillos electrónicos desechables a partir del 1 de enero de 2025, citando preocupaciones de salud y medioambientales.

La prohibición se centra en los dispositivos de un solo uso debido a su atractivo para los jóvenes, el riesgo de adicción a la nicotina y el impacto ambiental de las baterías desechadas. El ministro de salud, Frank Vandenbroucke, destacó que los dispositivos reutilizables pueden seguir siendo una herramienta para dejar de fumar, pero los desechables representan una amenaza particular para los adolescentes.

**Francia:** Los cigarrillos electrónicos desechables (de un solo uso) incluyen una prohibición de su venta y fabricación, aprobada por la Asamblea Nacional el 4 de diciembre de 2023. Esta medida, impulsada por la ecologista Francesca Pasquini y Michel Lauzzana del partido Renaissance, busca abordar los riesgos para la salud y el medioambiente, especialmente entre los jóvenes, debido a su alta concentración de nicotina (0 a 20 mg/ml) y su diseño atractivo con sabores afrutados y dulces.

**Reino Unido**: A partir del 1 de junio de 2025, el Reino Unido implementa una prohibición nacional de venta y suministro de vapeadores de un solo uso, incluyendo aquellos sin nicotina. Se mantiene permitido el uso, pero ya no se permite la venta. El objetivo central es reducir el uso entre jóvenes, cortar la proliferación del mercado desechable y mitigar el impacto ambiental asociado a los residuos.

**j. El vacío regulatorio y la gravedad del problema**

La normativa actual en Colombia presenta deficiencias significativas en la regulación de la disposición de residuos de aparatos eléctricos y electrónicos (RAEE), lo que genera una vulneración sistemática del derecho a un ambiente sano. Esta problemática se agrava en el caso de los cigarrillos electrónicos, que no solo se clasifican como RAEE, sino que, en muchos casos, pueden considerarse residuos peligrosos debido a sus componentes. El crecimiento constante de la importación de cigarrillos electrónicos en el país refleja la magnitud del problema. De acuerdo con los microdatos de importaciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), entre enero y octubre de 2022 se importaron a Colombia un promedio mensual de cuatrocientas treinta y cuatro mil novecientas noventa y cinco (434.995) unidades, en 2022 se importaron en promedio 533.963 unidades mensuales de estos dispositivos. Un porcentaje considerable de estos productos son desechables, lo que significa que, una vez utilizados, se convierten en residuos.

Sin embargo, la falta de una obligación clara para que productores e importadores implementen sistemas de recolección y gestión (SRyG) de estos RAEE resulta en una disposición inadecuada, permitiendo que muchos de estos dispositivos sean tratados como residuos comunes. Esta práctica tiene un impacto significativo en el medio ambiente.

El uso de cigarrillos electrónicos, además de constituir un problema de salud pública también afecta de manera grave el derecho a un ambiente sano. Estos dispositivos están compuestos –entre otros elementos– por baterías de ion de litio, circuitos electrónicos, plásticos y soluciones líquidas de glicol de propileno, glicerina vegetal, saborizantes y nicotina. De ahí que su adecuada disposición constituya un imperativo para evitar daños al ambiente y la salud de las personas. Esta situación ejerce una presión innecesaria sobre los ecosistemas, agravando el deterioro ambiental y comprometiendo la sostenibilidad.

Al respecto, no se puede perder de vista que la industria tabacalera ha dejado una huella indeleble sobre el ambiente que merece ser considerada. Como lo ha indicado el Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud), anualmente se generan más de cinco mil millones de colillas (5.000.000.000) que se convierten en residuos sólidos tóxicos que contaminan cinco billones (5.000.000.000.000) de litros de agua[22]. Sin embargo, los cigarrillos electrónicos involucran el manejo de materiales que pueden tener un efecto más profundo sobre el ambiente.

Algunos de estos dispositivos contienen químicos en cantidades suficientes para ser considerados como residuos tóxicos. Por consiguiente, si no se disponen debidamente luego de ser consumidos, los cigarrillos electrónicos pueden liberar metales pesados como mercurio o plomo, ácido de baterías y nicotina al ambiente lo que afecta la salud humana, así como de otros organismos. De otra parte, también se encuentran documentados algunos daños causados a niñas y niños de primera infancia que han entrado en contacto con estos dispositivos, así como a aves, animales de compañía, entre otros[23]. Por otra parte, a diferencia de las colillas de cigarrillos convencionales, los residuos de cigarrillos electrónicos pueden causar cortaduras, quemaduras e incluso explosiones.

## 5. Analisis de impacto Fiscal

El cumplimiento de las metas y la ejecución de las medidas establecidas en el Proyecto de Ley se hará en el marco de las competencias constitucionales y legales de las entidades involucradas y en concordancia con las disponibilidades presupuestales, el Marco Fiscal de Mediano Plazo y el Marco de Gasto de Mediano Plazo.

Por consiguiente, para continuar con el trámite legislativo, es pertinente tener a consideración la siguiente jurisprudencia de la Corte Constitucional:

> *"Las obligaciones previstas en el artículo 7º de la Ley 819/03 constituyen un parámetro de racionalidad legislativa, que está encaminado a cumplir propósitos constitucionalmente valiosos, entre ellos el orden de las finanzas públicas, la estabilidad macroeconómica y la aplicación efectiva de las leyes. Esto último, en tanto un estudio previo de la compatibilidad entre el contenido del proyecto de ley y las proyecciones de la política económica, disminuye el margen de incertidumbre respecto de la ejecución material de las previsiones legislativas. El mandato de adecuación entre la justificación de los proyectos de ley y la planeación de la política económica; empero, no puede comprenderse como un requisito de trámite para la aprobación de las iniciativas legislativas, cuyo cumplimiento recaiga exclusivamente en el Congreso. Ello en tanto (i) el Congreso carece de las instancias de evaluación técnica para determinar el impacto fiscal de cada proyecto, la determinación de las fuentes adicionales de financiación y la compatibilidad con el marco fiscal de mediano plazo; y (ii) aceptar una interpretación de esta naturaleza constituiría una carga irrazonable para el Legislador y otorgaría un poder correlativo de veto al Ejecutivo, a través del Ministerio de Hacienda, respecto de la competencia del Congreso para hacer las leyes. Un poder de este carácter, que involucra una barrera en la función constitucional de producción normativa, se muestra incompatible con el balance entre los poderes públicos y el principio democrático. Si se considera dicho mandato como un mecanismo de racionalidad legislativa, su cumplimiento corresponde inicialmente al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, una vez el Congreso ha valorado, mediante las herramientas que tiene a su alcance, la compatibilidad entre los gastos que genera la iniciativa legislativa y las proyecciones de la política económica trazada por el Gobierno. Así, si el Ejecutivo considera que las cámaras han efectuado un análisis de impacto fiscal erróneo, corresponde al citado Ministerio el deber de concurrir al procedimiento legislativo, en aras de ilustrar al Congreso sobre las consecuencias económicas del proyecto. El artículo 7º de la Ley 819 de 2003 no puede interpretarse de modo tal que la falta de concurrencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público dentro del proceso legislativo afecte la validez constitucional del trámite respectivo.*

Es relevante mencionar que la Corte Constitucional, en Sentencia C-911 de 2007, señala que el impacto fiscal de las normas no puede convertirse en óbice, para que las corporaciones públicas ejerzan su función legislativa y normativa.

> *"En la realidad, aceptar que las condiciones establecidas en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003 constituyen un requisito de trámite que le incumbe cumplir única y exclusivamente al Congreso reduce desproporcionadamente la capacidad de iniciativa legislativa que reside en el Congreso de la República, con lo cual se vulnera el principio de separación de las Ramas del Poder Público, en la medida en que se lesiona seriamente la autonomía del Legislativo.*
>
> *Precisamente, los obstáculos casi insuperables que se generarían para la actividad legislativa del Congreso de la República conducirían a concederle una forma de poder de veto al Ministro de Hacienda sobre las iniciativas de ley en el Parlamento.*
>
> *Es decir, el mencionado artículo debe interpretarse en el sentido de que su fin es obtener que las leyes que se dicten tengan en cuenta las realidades macroeconómicas, pero sin crear barreras insalvables en el ejercicio de la función legislativa ni crear un poder de veto legislativo en cabeza del Ministro de Hacienda".*

## 6. CONFLICTOS DE INTERÉS

Con base en el artículo 3º de la Ley 2003 de 2019, según el cual el autor del proyecto y los ponentes presentan en el cuerpo de la exposición de motivos un acápite que describe las circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto y de acuerdo con los artículos 286 y 291 de la ley 5° de 1992, se incluyen criterios guías para que los otros congresistas tomen una decisión en torno a si se encuentran en una causal de impedimento, no obstante, otras causales que el Congresista pueda encontrar.

Por lo anterior, se pondrán de presente los criterios que la Ley 2003 de 2019 contempla para hacer el análisis frente a los posibles impedimentos que se puedan presentar en razón a un conflicto de interés en el ejercicio de la función congresional, entre ellas la legislativa:

> *"ARTÍCULO 3o. El artículo 286 de la Ley 5 de 1992 quedará así: (...)*
>
> *a) Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado.*
>
> *b) Beneficio actual: aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión.*
>
> *c) Beneficio directo: aquel que se produzca de forma específica respecto del congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil".*

Para todos los efectos se entiende que no hay conflicto de interés en las siguientes circunstancias:

> *a) Cuando el congresista participe, discuta, vote un proyecto de ley o de acto legislativo que otorgue beneficios o cargos de carácter general, es decir cuando el interés del congresista coincide o se fusione con los intereses de los electores.*
>
> *b) Cuando el beneficio podría o no configurarse para el congresista en el futuro.*
>
> *c) Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que establezcan sanciones o disminuyan beneficios, en el cual, el congresista tiene un interés particular, actual y directo. El voto negativo no constituirá conflicto de interés cuando mantiene la normatividad vigente.*
>
> *d) Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que regula un sector económico en el cual el congresista tiene un interés particular, actual y directo, siempre y cuando no genere beneficio particular, directo y actual.*
>
> *f) Cuando el congresista participa en la elección de otros servidores públicos mediante el voto secreto. Se exceptúan los casos en que se presenten inhabilidades referidas al parentesco con los candidatos (...)"*

De lo anterior y de manera meramente orientativa, se considera que para la discusión y aprobación del presente proyecto de ley aquellas circunstancias que podrían configurar un presunto conflicto de interés son

---

[22] Ministerio de Salud y Protección Social, 2022. Colombia tiene un millón de fumadores menos. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-tiene-un-millon-de-fumadores-menos.aspx

[23] Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Datos breves sobre los riesgos de los cigarrillos electrónicos para los niños, adolescentes y adultos jóvenes, 2022. Disponible en: https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/spanish/los-riesgos-de-los-cigarrilloselectronicos-para-jovenes.htm

aquellas relacionadas con el sostenimiento de relaciones contractuales, civiles o comerciales con la industria tabacalera y con la industria de los vapeadores, cigarrillos electrónicos y sucedáneos que redunden en beneficios particulares, actuales y directos para los Congresistas. En todo caso, es pertinente aclarar que los conflictos de interés son personales y corresponde a cada congresista evaluarlos, pudiendo manifestar cuando considere que está inmerso en impedimento durante el trámite legislativo del Proyecto de Ley.

Atentamente,

**NORMA HURTADO SÁNCHEZ**
**SENADORA DE LA REPÚBLICA**

**JOSE ELIECER SALAZAR LOPEZ**
REPRESENTANTE A LA CAMARA

DIEGO FERNANDO CAICEDO NAVAS
REPRESENTANTE A LA CÁMARA POR CUNDINAMARCA

**JORGE ALBERTO CERCHIARO FIGUEROA**
Representante a la Cámara
Departamento de La Guajira

**MILENE JARAVA DÍAZ**
Representante a la Cámara
Departamento de Sucre

**JORGE ELIÉCER TAMAYO MARULANDA**
Representante a la Cámara

**JOSE DAVID NAME CARDOZO**
H. Senador de la República
Partido de la U

**SOLEDAD TAMAYO TAMAYO**
Senadora de la República
~~PL Cigarrillos Electrónicos~~
Partido Conservador

**ALFREDO DELUQUE ZULETA**
**SENADOR DE LA REPÚBLICA**

ESPERANZA ANDRADE SERRANO
SENADORA DE LA REPÚBLICA

Julio Elías Chagüi Flórez
Julio Elías Chagüi Flórez
Senador de la República

JUAN FELIPE LEMOS URIBE
SENADOR DE LA REPÚBLICA

**WILMER RAMIRO CARRILLO**
Representante a la Cámara
Departamento de Norte de Santander

JOHN MOISES BESAILE FAYAD
SENADOR DE LA REPUBLICA

**SARAY ROBAYO BECHARA**
Representante a la Cámara
Departamento de Córdoba

**JULIO ALBERTO ELIAS VIDAL**
SENADOR DE LA REPÚBLICA

**HERNANDO GUIDA PONCE**
Representante a la Cámara
Departamento del Magdalena

**ALEXANDER GUARIN SILVA**
**REPRESENTANTE A LA CÁMARA**
**DEPARTAMENTO DEL GUAINÍA**

SENADO DE LA REPÚBLICA
Secretaría General (Art. 139 y ss Ley 5ª de 1.992)
El día 29 del mes Julio del año 2025
se radicó en este despacho el proyecto de ley
N°. 51 Acto Legislativo N°. _____, con todos y
cada uno de los requisitos constitucionales y legales
por: HD. Norma Hurtado, José David Name, Soledad Tamayo
Alfredo Deluque, Esperanza Andrade y otros Congresistas.

SECRETARIO GENERAL

**SENADO DE LA REPÚBLICA – SECRETARIA GENERAL – TRAMITACIÓN LEYES**

Bogotá D.C., 29 de Julio de 2025

Señor Presidente:

Con el fin de repartir el Proyecto de Ley No.051/25 Senado **"POR MEDIO DE LA CUAL SE PROHÍBE LA FABRICACIÓN, IMPORTACIÓN, COMERCIALIZACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE SISTEMAS ELECTRÓNICOS DE ADMINISTRACIÓN DE NICOTINA (SEAN), SISTEMAS SIMILARES SIN NICOTINA (SSSN) Y PRODUCTOS DE TABACO CALENTADO (PTC) DESECHABLES O DE UN SOLO USO, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"**, me permito remitir a su despacho el expediente de la mencionada iniciativa, presentada el día de hoy ante la Secretaria General del Senado de la República por los Honorables Senadores NORMA HURTADO SÁNCHEZ, JOSÉ DAVID NAME CARDOZO, SOLEDAD TAMAYO TAMAYO, ALFREDO DELUQUE ZULETA, ESPERANZA ANDRADE SERRANO, JULIO ELÍAS CHAGUI FLÓREZ, JUAN FELIPE LEMOS URIBE, JOHN MOISES BESAILE FAYAD, JULIO ALBERTO ELÍAS VIDAL; y los Honorables Representantes JOSÉ ELIÉCER SALAZAR LÓPEZ, DIEGO CAICEDO NAVAS, JORGE CERCHIARO FIGUEROA, MILENE JARAVA DÍAZ, JORGE ELIÉCER TAMAYO MARULANDA, WILMER RAMIRO CARRILLO, SARAY ROBAYO BECHARA, HERNANDO GUIDA PONCE, ALEXANDER GUARIN SILVA. La materia de qué trata el mencionado Proyecto de Ley es competencia de la Comisión **SÉPTIMA** Constitucional Permanente del Senado de la República, de conformidad con las disposiciones Constitucionales y Legales.

**DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ**
Secretario General

**PRESIDENCIA DEL H. SENADO DE LA REPÚBLICA – JULIO 29 DE 2025**

De conformidad con el informe de Secretaria General, dese por repartido el precitado Proyecto de Ley a la Comisión **SÉPTIMA** Constitucional y envíese 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**

**LIDIO ARTURO GARCÍA TURBAY**

**SECRETARIO GENERAL DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA**

**DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ**

Proyectó: Sarly Novoa
Revisó: Dra. Ruth Luengas Peña

# PROYECTO DE LEY NÚMERO 52 DE 2025 SENADO

*por medio de la cual se crea el Comité Técnico Asesor en Salud para la Rama Judicial y se dictan otras disposiciones.*

Bogotá D.C., 29 de julio de 2025

Doctor
**DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ**
Secretario General Senado de la República
Ciudad

**Asunto:** Radicación del Proyecto de Ley *"Por medio de la cual se crea el Comité Técnico Asesor en Salud para la Rama Judicial y se dictan otras disposiciones"*

Respetado Doctor González:

En nuestra calidad de Congresistas de la República y en uso de las atribuciones que nos han sido conferidas constitucional y legalmente, respetuosamente nos permitimos radicar el Proyecto de Ley de la referencia y, en consecuencia, le solicitamos se sirva dar inicio al trámite legislativo respectivo.

**PROYECTO DE LEY 052 DE 2025**

*"Por medio de la cual se crea el Comité Técnico Asesor en Salud para la Rama Judicial y se dictan otras disposiciones"*

**EL CONGRESO DE COLOMBIA,**
**DECRETA:**

**Artículo 1°. Objeto.** La presente ley tiene como objeto crear el Comité Técnico Asesor en Salud para la Rama Judicial, como órgano consultor especializado del Consejo Superior de la Judicatura, con el fin de brindar asesoría técnica y científica en asuntos relacionados con el Sistema General de Seguridad Social en Salud que sean conocidos por los despachos judiciales, promoviendo la eficiencia del gasto en salud, el control del impacto fiscal de las decisiones judiciales y garantizando decisiones judiciales técnicamente informadas que contribuyan a la sostenibilidad del sistema de salud.

**Artículo 2°. Ámbito de aplicación.** En la aplicación e interpretación de las disposiciones de esta ley deberán observarse de manera prevalente los principios constitucionales, la eficiencia del gasto en salud, la integralidad, universalidad, solidaridad, inmediatez, oportunidad, continuidad, calidad y eficiencia en la prestación del servicio público de salud establecidos en la Constitución Política, en la Ley 100 de 1993 y sus normas complementarias.

**Artículo 3°. Principios rectores.** El Comité se regirá por los principios de independencia técnica, especialización, objetividad, eficiencia y sostenibilidad fiscal, coordinación interinstitucional y transparencia.

**Artículo 4°. Creación.** Créase el Comité Técnico Asesor en Salud para la Rama Judicial como órgano consultor especializado adscrito al Consejo Superior de la Judicatura, con autonomía técnica en sus conceptos y recomendaciones.

El Comité Técnico Asesor en Salud es un órgano colegiado de carácter consultivo, técnico y especializado, que actúa como instancia asesora del Consejo Superior de la Judicatura y de los despachos judiciales que conozcan de asuntos relacionados con el sistema de salud.

El Comité tendrá su sede principal en Bogotá D.C. y podrá sesionar de manera presencial o virtual. Para la atención de asuntos regionales específicos, podrá constituir subcomités territoriales en coordinación con los Consejos Seccionales de la Judicatura.

**Artículo 5°. Integración del Comité.** El Comité Técnico Asesor en Salud estará integrado por once (11) miembros principales con sus respectivos suplentes, así:

1. El Presidente del Consejo Superior de la Judicatura o su delegado, quien lo presidirá.
2. El Presidente de la Corte Constitucional o su delegado.
3. Un delegado del Ministerio de Salud y Protección Social de nivel directivo, con conocimientos en normatividad del sistema de salud.
4. Un delegado de la Superintendencia Nacional de Salud con experiencia en inspección, vigilancia y control del sistema.
5. Un representante del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS con experiencia en evaluación de tecnologías sanitarias.
6. Un representante del Instituto Nacional de Salud - INS con conocimientos en salud pública y epidemiología.
7. Un representante de la Academia Nacional de Medicina elegido por su junta directiva.

8. Un representante de las facultades de medicina y ciencias de la salud elegido por ASCOFAME.
9. Un representante de las sociedades científicas médicas elegido por consenso entre las principales sociedades
10. Un experto en economía de la salud con título de posgrado y experiencia mínima de cinco (5) años en el área.
11. Un representante de los usuarios del sistema de salud elegido por las asociaciones de usuarios legalmente constituidas.

Los miembros del Comité deberán cumplir los siguientes requisitos:

1. Ser profesionales con título universitario y preferiblemente con estudios de posgrado en áreas relacionadas con salud, derecho, economía de la salud o áreas afines
2. Acreditar experiencia mínima de cinco (5) años en el sistema de salud, investigación médica, administración sanitaria o áreas relacionadas.
3. Demostrar conocimientos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano.
4. No tener conflictos de interés que puedan comprometer su objetividad.
5. No estar incursos en inhabilidades e incompatibilidades establecidas en la ley.

Los miembros del Comité serán designados para períodos de cuatro (4) años, renovables por una sola vez. La designación se realizará mediante acto administrativo del Consejo Superior de la Judicatura, previa postulación de las entidades correspondientes.

Los miembros del Comité deberán declarar cualquier conflicto de interés que pueda afectar su objetividad en conceptos específicos y abstenerse de participar en dichos casos.

Los miembros del Comité están obligados a mantener reserva sobre la información a la que tengan acceso en desarrollo de sus funciones, especialmente los datos personales de los pacientes.

Los miembros del Comité responderán civil, penal y disciplinariamente por los actos realizados en ejercicio de sus funciones, de conformidad con la normatividad aplicable.

**Artículo 6°. Secretaría Técnica.** El Comité contará con una Secretaría Técnica permanente, adscrita al Consejo Superior de la Judicatura, integrada por:

1. Un Secretario Técnico, profesional en derecho con especialización en derecho de la seguridad social o áreas afines.
2. Un profesional en ciencias de la salud con experiencia en políticas públicas sanitarias.
3. Un profesional en economía de la salud.
4. Personal auxiliar necesario para el funcionamiento del Comité.

**Artículo 7°. Funciones generales del Comité Técnico Asesor en Salud.** Son funciones del Comité Técnico Asesor en Salud:

1. Asesorar técnica y científicamente al Consejo Superior de la Judicatura en asuntos relacionados con el sistema de salud.
2. Emitir conceptos técnicos sobre normatividad del sistema de salud cuando sean solicitados por despachos judiciales.
3. Elaborar protocolos y guías técnicas para la asesoría judicial en materia de salud.
4. Proponer mejoras al marco normativo del sistema de salud basadas en el análisis de la litigiosidad.
5. Realizar estudios sobre el impacto de las decisiones judiciales en el sistema de salud.
6. Coordinar con las entidades del sistema de salud para obtener información técnica relevante.
7. Proponer medidas para reducir la litigiosidad innecesaria y mejorar el acceso a servicios de salud.
8. Elaborar informes periódicos sobre tendencias en litigiosidad en salud

El Comité, a través del Consejo Superior de la Judicatura, podrá suscribir convenios de cooperación técnica con:

a. Universidades e instituciones de educación superior con programas en ciencias de la salud.
b. Centros de investigación en salud nacionales e internacionales.
c. Organizaciones internacionales especializadas en sistemas de salud
d. Entidades públicas y privadas que desarrollen actividades relacionadas con salud

El Comité conformará una red de expertos colaboradores en diferentes especialidades médicas y áreas de la salud, quienes podrán ser consultados para casos específicos que requieran conocimientos altamente especializados

**Artículo 8°. Competencias específicas.** El Comité podrá pronunciarse sobre:

1. Tecnologías en salud: Pertinencia, seguridad, eficacia y costo-efectividad de procedimientos, medicamentos y dispositivos médicos objeto de litigio.
2. Protocolos de atención: Adecuación de protocolos y guías de práctica clínica aplicados en casos específicos.
3. Aspectos epidemiológicos: Análisis de patrones de enfermedad relevantes para casos judiciales.
4. Economía de la salud: Evaluación de costos y beneficios de intervenciones sanitarias.
5. Normatividad sanitaria: Interpretación técnica de normas del sistema de salud.
6. Calidad en salud: Estándares de atención y habilitación de servicios de salud.
7. Salud pública: Aspectos relacionados con promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

**Artículo 9°. Modalidades de asesoría y procedimiento.** El Comité prestará asesoría mediante conceptos técnicos escritos, protocolos generales, informes de coyuntura, estudios especiales y participación en audiencias. Los despachos judiciales solicitarán conceptos mediante oficio a la Secretaría Técnica. Los términos de respuesta serán: casos urgentes cinco (5) días hábiles, casos ordinarios quince (15) días hábiles, casos complejos treinta (30) días hábiles.

Los conceptos emitidos por el Comité tendrán carácter técnico y consultivo, y no comprometen la independencia judicial. Los jueces conservan plena autonomía para adoptar las decisiones que consideren ajustadas a derecho

Los conceptos del Comité podrán ser valorados por los jueces como dictamen pericial de parte, de conformidad con las reglas generales de la prueba pericial establecidas en los códigos procesales.

Los conceptos del Comité, una vez emitidos, serán públicos y se publicarán en la página web del Consejo Superior de la Judicatura, preservando la reserva de datos personales conforme a la ley.

**Artículo 10°. Sesiones.** El Comité sesionará de manera ordinaria una vez al mes y extraordinariamente cuando sea convocado por su presidente o por solicitud de al menos cinco (5) de sus miembros. Las decisiones se adoptarán por mayoría simple de los miembros presentes.

Habrá quórum deliberatorio con la asistencia de por lo menos seis (6) miembros y decisorio con la asistencia de por lo menos ocho (8) miembros, siempre que esté presente el presidente o su delegado.

**Artículo 11°. Criterios para servicios incluidos en el Plan de Beneficios.** En la evaluación de solicitudes relacionadas con servicios incluidos en el Plan de Beneficios en Salud, el Comité aplicará los criterios verificando que

a. La prestación haya sido ordenada por un médico adscrito a la entidad de salud respectiva.
b. Sea necesaria para la conservación de un derecho fundamental.
c. Ya se haya solicitado a la entidad encargada de la prestación
d. No existan barreras de acceso injustificadas como pagos moderadores para población sin capacidad económica
e. Se garantice especial protección cuando el beneficiario sea un menor de edad o sujeto de especial protección constitucional.

**Artículo 12°. Criterios para servicios no incluidos en el Plan de Beneficios.** Para servicios no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud, el Comité se pronunciará de manera no vinculante teniendo en cuenta el cumplimiento de los criterios

a. Que la exclusión amenace los derechos fundamentales del paciente
b. Que el medicamento o servicio no pueda ser sustituido por uno incluido en el Plan de Beneficios, o que al sustituirlo se disminuya su efectividad.
c. Que el servicio o medicamento haya sido ordenado por un médico de la entidad de salud correspondiente
d. Que el paciente no tenga capacidad económica para costearlo.
e. Que se cumplan los criterios de necesidad, efectividad y ausencia de alternativa terapéutica equivalente.

**Artículo 13°. Coordinación con entidades de salud.** El Comité establecerá mecanismos de coordinación permanente con:

1. Ministerio de Salud y Protección Social
2. Superintendencia Nacional de Salud
3. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS
4. Instituto Nacional de Salud - INS
5. ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
6. Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA
7. Entidades Promotoras de Salud - EPS
8. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS
9. Academia Nacional de Medicina
10. Asociaciones científicas y profesionales del área de la salud

**Artículo 14°. Creación y Funciones del Observatorio.** Créase el Observatorio de Litigiosidad en Salud como dependencia técnica del Comité, encargado de realizar seguimiento, análisis y estudios sobre los conflictos judiciales relacionados con el sistema de salud.

Son funciones del Observatorio.

1. Recopilar y sistematizar información sobre procesos judiciales en materia de salud.
2. Analizar tendencias y patrones en la litigiosidad sanitaria.
3. Identificar problemáticas recurrentes en el sistema de salud
4. Evaluar el impacto de las decisiones judiciales en el sistema de salud.
5. Proponer medidas preventivas para reducir la litigiosidad innecesaria.
6. Elaborar reportes estadísticos periódicos.
7. Realizar estudios de costo-efectividad de las intervenciones judiciales.

**Artículo 15°. Sistema de información.** El Observatorio desarrollará y mantendrá un sistema de información que permita:

1. Consolidar datos sobre procesos judiciales en salud a nivel nacional.
2. Generar alertas tempranas sobre problemas sistémicos.
3. Facilitar el intercambio de información entre despachos judiciales.
4. Producir estadísticas especializadas para la toma de decisiones.
5. Monitorear el cumplimiento de decisiones judiciales en salud.

**Artículo 16°. Recursos.** El funcionamiento del Comité Técnico Asesor en Salud se financiará con cargo al presupuesto del Consejo Superior de la Judicatura, sin perjuicio de los recursos adicionales que puedan obtenerse mediante:

1. Aportes de cooperación técnica nacional e internacional.
2. Convenios con entidades del sistema de salud para estudios específicos.
3. Recursos de cooperación académica con universidades e instituciones de investigación.

Los miembros del Comité que no sean funcionarios públicos tendrán derecho a honorarios por sesión, cuyo monto será fijado por el Consejo Superior de la Judicatura conforme a los parámetros establecidos para comités asesores similares.

**Artículo 17°. Presupuesto.** El Consejo Superior de la Judicatura incluirá en su presupuesto anual las partidas necesarias para el funcionamiento del Comité, incluyendo:

a) Honorarios de los miembros no funcionarios públicos.

b) Gastos de funcionamiento de la Secretaría Técnica.

c) Recursos para estudios e investigaciones especializadas.

d) Tecnología e infraestructura necesaria para el funcionamiento.

**Artículo 18°. Rendición de cuentas.** El Comité presentará anualmente al Consejo Superior de la Judicatura un informe de gestión que incluya:

1. Estadísticas de conceptos emitidos y su tipología.
2. Evaluación del impacto de sus recomendaciones.
3. Análisis de tendencias en litigiosidad en salud.
4. Propuestas de mejoras al sistema de salud.
5. Estado de la coordinación interinstitucional.

**Artículo 19°. Articulación con la Escuela Judicial.** El Comité coordinará con la Escuela Judicial "Rodrigo Lara Bonilla" para desarrollar programas de capacitación en derecho a la salud dirigidos a funcionarios judiciales.

**Artículo 20°. Reglamentación.** El Consejo Superior de la Judicatura reglamentará el funcionamiento interno del Comité, sus procedimientos, metodologías de trabajo y demás aspectos operativos, dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de esta ley.

**Artículo 21°. Cooperación internacional.** Se autoriza al Comité para establecer relaciones de cooperación técnica con organismos internacionales especializados en sistemas de salud y resolución de controversias médicas

**Artículo 22°. Vigencia.** La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Atentamente,

| | |
|---|---|
| **NORMA HURTADO SÁNCHEZ**<br>Senadora de la República | **VICTOR MANUEL SALCEDO GUERRERO**<br>Representante a la Cámara |
| **DIEGO FERNANDO GAICEDO NAVAS**<br>Representante a la Cámara Cundinamarca | **JOSE ELIECER SALAZAR LOPEZ**<br>Representante a la Camara<br>Departamento del Cesar |
| **JULIO ALBERTO ELÍAS VIDAL**<br>Senador de la República | **TERESA ENRÍQUEZ ROSERO**<br>Representante a la Cámara<br>Departamento de Nariño |
| **JORGE ELIÉCER TAMAYO MARULANDA**<br>Representante a la Cámara | **CAMILO ESTEBAN ÁVILA MORALES**<br>Representante a la Cámara<br>Departamento del Vaupés |
| Julio Elías Chagüi Flórez<br>Julio Elías Chagüi Flórez<br>Senador de la República | **ESPERANZA ANDRADE SERRANO**<br>Senadora de la República |

| | |
|---|---|
| JUAN FELIPE LEMOS URIBE<br>Senador de la República | **WILMER RAMIRO CARRILLO**<br>Representante a la Cámara<br>Departamento de Norte de Santander |
| **JOHN MOISES BESAILE FAYAD**<br>Senador de la Republica | **ALFREDO DELUQUE ZULETA**<br>**SENADOR DE LA REPÚBLICA** |
| **HERNANDO GUIDA PONCE**<br>Representante a la Cámara<br>Departamento del Magdalena | **SOLEDAD TAMAYO TAMAYO**<br>Senadora de la República<br>Partido Conservador Colombiano |

SENADO DE LA [illegible]

Secretaría General (Art. 139 y ss Ley 5ª de 1.992)

El día 29 del mes julio del año 2025

se radicó en este despacho el proyecto de le

N°. 52 Acto Legislativo N°. _____, con todos y

cada uno de los requisitos constitucionales y le[illegible]

por: HS Norma Hurtado, Julio Elías Vidal, Julio Elías Chagüi, Esperanza Andrade, Juan Felipe Lemos y otros Congresistas.

SECRETARIO GENERAL

**PROYECTO DE LEY ____ DE 2025**

*"Por medio de la cual se cree el Comité Técnico Asesor en Salud para la Rama Judicial y se dictan otras disposiciones"*

## I. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

### 1. Objeto

La presente iniciativa legislativa se fundamenta en la necesidad de fortalecer la capacidad técnica de la Rama Judicial para conocer de asuntos relacionados con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, atendiendo la creciente complejidad de los casos y la especialización requerida en esta materia.

El proyecto se basa en las facultades del Consejo Superior de la Judicatura establecidas en el artículo 256 de la Constitución Política y desarrolladas en la Ley 270 de 1996, especialmente el artículo 85 modificado por la Ley 2430 de 2024, que faculta la aprobación de reglamentos para el eficaz funcionamiento de la administración de justicia.

La complejidad del sistema de salud colombiano requiere que las decisiones judiciales cuenten con sustento técnico especializado, lo que contribuirá a mejorar la calidad de la justicia y la eficiencia del gasto público en salud.

Se espera que el Comité contribuya a reducir la litigiosidad innecesaria, mejore la fundamentación técnica de las decisiones judiciales y promueva un uso más eficiente de los recursos del sistema de salud.

### 2. Estado de las tutelas en salud en Colombia

Con la promulgación de la Constitución Política de 1991, en su artículo 48°, se establece que le corresponde al Estado regular el sistema de salud, especialmente, para el goce efectivo de este derecho entre sus ciudadanos. Asimismo, una de las manifestaciones que aseguraron el cumplimiento de la prestación del servicio de salud está consagrada en los artículos 345° y 350° de la Carta Política, que se refieren a la Ley de Apropiaciones o Presupuesto de Gastos[1].

A principios del presente siglo, se constató un evidente progreso en áreas sociales de vital importancia. Por ejemplo, en materia de educación, la cobertura neta a nivel de primaria presentó un incremento de 73% en los años ochenta a casi el 90% al finalizar los años noventa, lo mismo ocurrió en el área de cobertura en salud, transitando de un aseguramiento del 60% al 79%[2].

Igualmente, el Sistema ha establecido acciones positivas dirigidas a garantizar las condiciones de grupos poblacionales vulnerables que antes de dichas reformas no tenían atención en salud[3].

Específicamente, en el área de salud, la asignación presupuestal para ese campo aumentó de $2 billones en 1996 a $22 billones en 2017. A través de un enorme esfuerzo institucional, se ha logrado que el número de afiliados al SGSSS en los tres regímenes de afiliación a

[1] (PLAZAS GÓMEZ & MORENO GUZMÁN, 2017)

[2] (CLAVIJO, 2001)

[3] (CLAVIJO 2001)

nivel nacional se haya incrementado a lo largo de los últimos 22 años, generando un aumento en la cobertura total del sistema, con el cubrimiento del 29 21% en el año 1995 hasta el 94.88%, registrado al cierre del año 2017[4].

Sin embargo, a través de las transformaciones sociales económicas, políticas e institucionales se hace necesario reconocer que los organismos colombianos encargados de garantizar los servicios sociales de sus ciudadanos han sufrido desgastes y pérdida de perceptibilidad que otorgue la debida satisfacción de las necesidades que se les ha encomendado atender. En pocas palabras, estamos viviendo en una corriente institucionalista que denuncia una realidad social con muchas deficiencias e injusticias[5].

En ese sentido, contra el sistema de salud se han acumulado un sinnúmero de quejas y acciones judiciales relacionados con casos que se refieren a diversas situaciones en las cuales el acceso a los servicios de salud requerido fue negado o prestado insatisfactoriamente, en items como acceso a servicios de salud contemplados en el plan obligatorio de salud, POS, sometidos a pagos moderadores, acceso a servicios de salud no incluidos dentro del POS, acceso a los servicios de salud que requiere un menor [presupuesto] para su adecuado desarrollo; reconocimiento de incapacidades laborales cuando no se cumplen los requisitos de pago oportuno: acceso a los servicios de salud en condiciones de integralidad; acceso a los servicios de salud de alto costo y para tratar enfermedades catastróficas, así como a los exámenes diagnósticos, acceso a los servicios de salud requeridos por personas vinculadas al Sistema de Salud, en especial si se trata de menores, acceso a los servicios de salud cuando se requiere desplazarse a vivir en lugar distinto a aquel en que reside la persona y libertad de elección de la entidad encargada de garantizarle el acceso a la prestación de los servicios de salud[6].

Entre 1999 a 2015, se han presentado 614.520 acciones de tutela, de las cuales 151.213 de ellas corresponden a amparos en salud. El incremento exponencial de las acciones contra el sistema de aseguramiento se evidencia en hechos tales como:

1. En 1999 se contabilizaron 21.301 acciones de tutelas.
2. Se evidencia un crecimiento del 27.84% con relación a 2014 cuando se utilizó el mecanismo constitucional 118.281 veces
3. En promedio cada 3 minutos se interpone en Colombia una tutela para reclamar servicios de salud
4. El derecho a la salud es el segundo más accionado después del derecho de petición[7]

Las decisiones en materia de salud están ligadas principalmente a la concesión de tratamientos, medicamentos, citas médicas, prótesis e insumos médicos y cirugías. En 2015, las tutelas interpuestas por tratamientos ascendieron a 76.899, por medicamentos 51.795, por citas médicas 34 005, por prótesis e insumos médicos 34 140 y finalmente por cirugías 28.324 solicitudes[8]

Por su parte, la Defensoría del Pueblo reportó en su informe publicado en 2024 denominado "La tutela y los derechos a la salud y la seguridad social 2023" que durante dicho año se se registraron un total de 197.765 acciones en las cuales los ciudadanos invocaron el derecho

[4] (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, s f)

[5] (LA GRAN ENCICLOPEDIA DE ECONOMÍA, s f)

[6] (PLAZAS GÓMEZ & MORENO GUZMÁN, 2017)

[7] (PLAZAS GÓMEZ & MORENO GUZMÁN, 2017)

[8] (DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2019)



fundamental a la salud,bien como derecho individualizado o en conjunto con otros derechos, lo que representó el 26,95% del total de las acciones de tutela interpuestas en el país ese año. El número representa un incremento significativo del 26,44 % respecto al año anterior. Este aumento llevó a que el 2023 se convirtiera en el año con la tercera frecuencia más alta de acciones de tutela que invocan el derecho a la salud desde 1991 (Tabla 1).

La Defensoría del Pueblo advierte que es importante señalar que el número de posibles violaciones al derecho a la salud puede ser aún mayor, debido a que muchos usuarios invocan solamente el derecho de petición para tener acceso a servicios de salud, lo que significa que pueden existir más casos de violaciones al derecho a la salud que no se reflejan en el número de acciones de tutela interpuestas.

*Tabla 1. Participación de las tutelas de salud (periodo 1999-2023)*

| Año | Tutelas en Colombia | | Tutelas en Salud | | Participación salud % | Tasa de crecimiento en promedio mensual % | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Total | Promedo mensual | Total | Promedio mensual | | Total | Salud |
| 1999 | 86.313 | 7.193 | 21.301 | 1.775 | 24,68 | - | - |
| 2000 | 131.764 | 10.980 | 24.843 | 2.070 | 18,85 | 52,66 | 16.63 |
| 2001 | 133.272 | 11.106 | 34.319 | 2.860 | 25,75 | 1,14 | 38,14 |
| 2002 | 143.887 | 11.991 | 42.734 | 3.561 | 29,70 | 7,96 | 24,52 |
| 2003 | 149.439 | 12.453 | 51.944 | 4.329 | 34,76 | 3,86 | 21,55 |
| 2004 | 198.125 | 16.510 | 72.033 | 6.003 | 36,36 | 32,58 | 38,67 |
| 2005 | 224.270 | 18.689 | 81.017 | 6.751 | 36,12 | 13,20 | 12,47 |
| 2006 | 256.166 | 21.347 | 96.226 | 8.019 | 37,56 | 14,22 | 18,77 |
| 2007 | 283.637 | 23.636 | 107.238 | 8.937 | 37,81 | 10,72 | 11,44 |
| 2008 | 344.468 | 28.706 | 142.957 | 11.913 | 41,50 | 21,45 | 33,31 |
| 2009 | 370.640 | 30.887 | 100.490 | 8.374 | 27,11 | 7,60 | -29,71 |
| 2010 | 403.380 | 33.615 | 94.502 | 7.875 | 23,43 | 8,83 | -5,96 |
| 2011 | 405.359 | 33.780 | 105.947 | 8.829 | 26,14 | 0,49 | 12,11 |
| 2012 | 424.400 | 35.367 | 114.313 | 9.526 | 26,94 | 4,70 | 7,90 |
| 2013 | 454.500 | 37.875 | 115.147 | 9.596 | 25,33 | 7,09 | 0,73 |
| 2014 | 498.240 | 41.520 | 118.281 | 9.857 | 23,74 | 9,62 | 2,72 |
| 2015 | 614.520 | 51.210 | 151.213 | 12.601 | 24,61 | 23,34 | 27,84 |
| 2016 | 617.071 | 51.423 | 163.977 | 13.665 | 26,57 | 0,42 | 8,44 |
| 2017 | 607.499 | 50.625 | 197.655 | 16.471 | 32,54 | -1,55 | 20,54 |
| 2018 | 607.308 | 50.609 | 207.734 | 17.311 | 34,21 | -0,03 | 5,10 |
| 2019 | 620.257 | 51.688 | 207.368 | 17.281 | 33,43 | 2,13 | -0,18 |
| 2020 | 290.531 | 32.281 | 81.899 | 9.100 | 28,19 | -37,55 | -47,34 |
| 2021 | 456.438 | 38.037 | 92.499 | 7.708 | 20,27 | 17,83 | -15,29 |
| 2022 | 619.438 | 51.620 | 156.413 | 13.034 | 25,25 | 35,71 | 69,10 |
| 2023 | 733.745 | 61.145 | 197.765 | 16.480 | 26,95 | 18,45 | 26,44 |
| Total | 9.674.667 | | 2.779.815 | | 28,73 | | |

Nota: En 2020 la información corresponde a 9 meses.

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

*Tabla 2. Tutelas de salud por departamento (periodo 2022-2023)*

| Departamento | 2022 | | 2023 | | Variación % |
|---|---|---|---|---|---|
| | N.° tutelas | Part. % | N.° tutelas | Part. % | |
| Antioquia | 27.866 | 17,82 | 37.155 | 18,79 | 33,33 |
| Valle | 17.449 | 11,16 | 21.415 | 10,83 | 22,73 |
| Bogotá D.C | 14.858 | 9,50 | 19.006 | 9,61 | 27,92 |
| Norte de Santander | 12.573 | 8,04 | 14.529 | 7,35 | 15,56 |
| Santander | 9.736 | 6,22 | 11.375 | 5,75 | 16,83 |
| Caldas | 9.905 | 6,33 | 10.354 | 5,24 | 4,53 |
| Risaralda | 5.212 | 3,33 | 8.233 | 4,16 | 57,96 |
| Tolima | 5.381 | 3,44 | 7.052 | 3,57 | 31,05 |
| Bolivar | 3.913 | 2,50 | 5.958 | 3,01 | 52,26 |
| Nariño | 4.023 | 2,57 | 5.762 | 2,91 | 43,23 |
| Cesar | 3.923 | 2,51 | 5.710 | 2,89 | 45,55 |
| Cundinamarca | 4.570 | 2,92 | 5.136 | 2,60 | 12,39 |
| Boyacá | 4.221 | 2,70 | 4.715 | 2,38 | 11,70 |
| Atlántico | 3.871 | 2,47 | 4.510 | 2,28 | 16,51 |
| Huila | 3.790 | 2,42 | 4.489 | 2,27 | 18,44 |
| Córdoba | 3.753 | 2,40 | 4.410 | 2,23 | 17,51 |
| Cauca | 3.164 | 2,02 | 4.284 | 2,17 | 35,40 |
| Meta | 3.270 | 2,09 | 3.649 | 1,85 | 11,59 |
| Arauca | 2.945 | 1,88 | 3.393 | 1,72 | 15,21 |
| Quindio | 2.478 | 1,58 | 3.225 | 1,63 | 30,15 |
| Magdalena | 2.034 | 1,30 | 3.096 | 1,57 | 52,21 |
| Caquetá | 1.863 | 1,19 | 2.829 | 1,43 | 51,85 |
| Sucre | 1.590 | 1,02 | 1.697 | 0,86 | 6,73 |
| Casanare | 910 | 0,58 | 1.438 | 0,73 | 58,02 |
| Putumayo | 875 | 0,56 | 1.062 | 0,54 | 21,37 |
| La Guajira | 519 | 0,33 | 897 | 0,45 | 72,83 |
| Chocó | 546 | 0,35 | 773 | 0,39 | 41,58 |
| San Andrés | 259 | 0,17 | 495 | 0,25 | 91,12 |
| Amazonas | 493 | 0,32 | 486 | 0,25 | -1,42 |
| Vaupés | 137 | 0,09 | 215 | 0,11 | 56,93 |
| Guainia | 150 | 0,10 | 161 | 0,08 | 7,33 |
| Vichada | 55 | 0,04 | 144 | 0,07 | 161,82 |
| Guaviare | 81 | 0,05 | 112 | 0,06 | 38,27 |
| Total | 156.413 | 100,00 | 197.765 | 100,00 | 26,44 |

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

Además, en 1.044 municipios se interpuso al menos una tutela que invocaba el derecho a la salud, 24 más que en el 2022. Persistieron las dificultades de accesibilidad en zonas dispersas, especialmente en municipios de los departamentos de Amazonas, Vaupés, Guainía y Chocó.

Los municipios con el mayor número de tutelas fueron: Bogotá con 19.006, Medellín con 17.482, Cali con 10.728, Cúcuta con 8.661 y Manizales con 5.547. Teniendo en cuenta el indicador de número de tutelas porcada 10.000 habitantes en las capitales de Departamento, Arauca, Florencia, Manizales, Cúcuta y Pereira fueron las ciudades con los indicadores más elevados.

Por **entidad demandada**, el estudio arrojó que el 80,21 % de las tutelas en salud se dirigieron contra las EPS vigentes, situación lógica ya que son las que aseguran la población, observándose un incremento en laparticipación de 10,45 puntos porcentuales respecto a 2022. Este grupo sumó 159.860 acciones, con un incremento del 44,49 %.

En segundo lugar, estaban las IPS (incluidas las que prestan servicios al magisterio), con el 5,45% de las tutelas y un incremento del 22,53%. Le siguieron los regímenes de excepción, que incluyen el sistema de salud de las fuerzas militares y de policía, Ecopetrol y el régimen del magisterio (sin IPS), cuya participación fue de 4,57%, con un aumento en la frecuencia del 25,91% frente al 2022. En el cuarto lugar se ubicaron las entidades territoriales, con el 2,10% y una disminución del 25,80 (tabla 4).

*Tabla 4 . Tutelas en salud según el tipo de entidad demandada (periodo 2022-2023)*

| Tipos de entidad demandada | 2022 | | 2023 | | Variación % |
|---|---|---|---|---|---|
| | N.º tutelas | Part. % | N.º tutelas | Part. % | |
| Entidades Promotoras de Salud vigentes (EPS) | 110.638 | 69,76 | 159.860 | 80,21 | 44,49 |
| Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) | 8.869 | 5,59 | 10.867 | 5,45 | 22,53 |
| Regímenes de excepción* | 7.465 | 4,71 | 9.103 | 4,57 | 21,94 |
| Entes territoriales | 5.654 | 3,56 | 4.150 | 2,08 | -26,60 |
| Inpec/USPEC/penitenciarias | 3.704 | 2,34 | 3.715 | 1,86 | 0,30 |
| Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) y aseguradoras | 2.835 | 1,79 | 3.169 | 1,59 | 11,78 |
| Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) | 675 | 0,43 | 627 | 0,31 | -7,11 |
| Empresas de medicina prepagada y complementaria | 447 | 0,28 | 527 | 0,26 | 17,90 |
| Otros (incluye EPS liquidadas) | 18.317 | 11,55 | 7.227 | 3,66 | -60,22 |
| Total | 158.604 | 100,00 | 199.305 | 100,00 | 25,66 |

En valores absolutos, Nueva EPS fue la entidad con el mayor número (44.347), con un incremento de 39,96% yuna participación del 27,37%. En segundo lugar, se ubicó Sanitas, con 16.213 tutelas y un aumento de 44,68%, seguida de Sura con 15.170 acciones y un aumento de 41,29%, SaviaSalud (14.255) y Asmet salud con 12.459 (Tabla 5).

Los incrementos porcentuales más elevados se observaron en Anas Wayuu (153,33%), Dusakawi (108,57%), Capresoca (105,08%), Asmet salud (81,94%) y Comfaoriente (81,11%). En general todas las EPS tuvieron incrementos significativos.

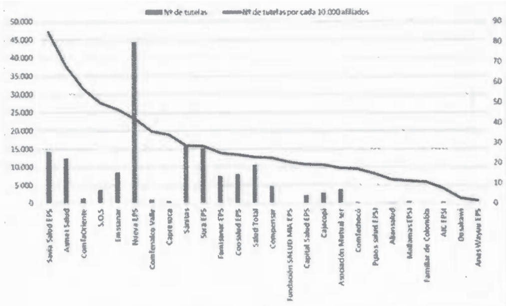
*Tabla 5. Número de tutelas en cada EPS en 2022-2023*

| EPS | 2022 | | 2023 | | Variación % |
|---|---|---|---|---|---|
| | N.° tutelas | Part. % | N.° tutelas | Part. % | |
| Nueva EPS | 31.685 | 25,70 | 44.347 | 27,37 | 39,96 |
| Sánitas | 11.206 | 9,09 | 16.213 | 10,01 | 44,68 |
| Sura EPS | 10.737 | 8,71 | 15.170 | 9,36 | 41,29 |
| Savia Salud | 8.609 | 6,98 | 14.255 | 8,80 | 65,58 |
| Asmet Salud | 6.848 | 5,56 | 12.459 | 7,69 | 81,94 |
| Salud Total | 9.923 | 8,05 | 10.649 | 6,57 | 7,32 |
| Emssanar | 7.060 | 5,73 | 8.581 | 5,30 | 21,54 |
| Coosalud | 5.628 | 4,57 | 8.096 | 5,00 | 43,85 |
| Famisanar | 4.446 | 3,61 | 7.518 | 4,64 | 69,10 |
| Compensar | 2.874 | 2,33 | 4.813 | 2,97 | 67,47 |
| Asociación Mutual Ser | 2.313 | 1,88 | 3.888 | 2,40 | 68,09 |
| Servicio Occidental de Salud S.O.S | 2.393 | 1,94 | 3.741 | 2,31 | 56,33 |
| Cajacopi | 1.872 | 1,52 | 2.900 | 1,79 | 54,91 |
| Capital salud | 1.962 | 1,59 | 2.261 | 1,40 | 15,24 |
| Comfa Oriente | 736 | 0,60 | 1.333 | 0,82 | 81,11 |
| Comfenalco Valle | 768 | 0,62 | 1.052 | 0,65 | 36,98 |
| Capresoca | 295 | 0,24 | 605 | 0,37 | 105,08 |
| Mallamás EPSI | 270 | 0,22 | 433 | 0,27 | 60,37 |
| Asociación Indígena del Cauca | 235 | 0,19 | 419 | 0,26 | 78,30 |
| Aliansalud | 246 | 0,20 | 300 | 0,19 | 21,95 |
| Comfachocó | 205 | 0,17 | 295 | 0,18 | 43,90 |
| PijaoSalud EPSI | 109 | 0,09 | 167 | 0,10 | 53,21 |
| Comfasucre/Familiar de Colombia | 82 | 0,07 | 130 | 0,08 | 58,54 |
| Fundación Mía | 86 | 0,07 | 118 | 0,07 | 37,21 |
| Dusakawi | 35 | 0,03 | 73 | 0,05 | 108,57 |
| Anas Wayúu EPSI | 15 | 0,01 | 38 | 0,02 | 153,33 |
| EPS liquidadas | 12.638 | 10,25 | 2.154 | 1,33 | -82,96 |
| Total | 123.276 | 100,00 | 162.008 | 100,00 | 31,42 |

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

Teniendo en cuenta el indicador Número de tutelas en salud por cada 10.000 afiliados según EPS, se encontró que todas las EPS tuvieron incrementos, siendo los más altos los observados en Anas Wayuu EPSI, Capresoca, Asmet salud, Mutual ser y Dusakawi (figura 1).

*Figura 1. Número de tutelas en salud por cada 10.000 habitantes por EPS-2023*




Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

En cuanto a las tutelas en contra de las IPS (hospitales, clínicas y centros de salud) que ocuparon el segundo lugar en el grupo de entidades con el mayor número de tutelas en salud (10.867) y un incremento del 22,53% con respecto al 2022.

Las IPS más tuteladas fueron las que prestan servicios al magisterio, tales como Cosmitet (8,03%),Redvital/Sumimedical (5,36%) y Avanzar Médico/Foscal (5,13%). Entre las IPS públicas sobresale el hospital Erasmo Meóz, de Cúcuta y Hospital Universitario del Valle. Las IPS que prestan servicios al magisterio no son exclusivas para estos usuarios, pues varias ofrecen servicios a EPS y otras entidades, por las que también son demandadas (Tabla 6).

Con respecto a la ubicación de las IPS, el 16,77% de las tutelas son contra IPS, en Antioquia, el 10,74 % enValle del Cauca, el 9,65 % en Bogotá, el 7,92 % en Norte de Santander y el 5,53% en Santander. Las ciudades con más tutelas de este grupo son Bogotá con 9,65%, Medellín (8,31%), Cali (5,94), Cúcuta (6,15%) y Manizales (3,53%).

*Tabla 6. Tutelas en salud contra IPS (periodo 2022-2023)*

| IPS | 2022 | | 2023 | | Variación % |
|---|---|---|---|---|---|
| | N.° tutelas | Part. % | N.° tutelas | Part. % | |
| Cosmitet | 855 | 9,64 | 873 | 8,03 | 2,11 |
| Redvital/Sumimedical | 551 | 6,21 | 582 | 5,36 | 5,63 |
| Avanzar Médico/Foscal | 507 | 5,72 | 557 | 5,13 | 9,86 |
| Clínica General del Norte | 337 | 3,80 | 480 | 4,42 | 42,43 |
| Tolihuila/Emcosalud | 200 | 2,26 | 294 | 2,71 | 47,00 |
| Servisalud | 266 | 3,00 | 252 | 2,32 | -5,26 |
| Hospital Erasmo Meóz | 249 | 2,81 | 238 | 2,19 | -4,42 |
| Medisalud | 227 | 2,56 | 191 | 1,76 | -15,86 |
| Medicina Integral | 141 | 1,59 | 190 | 1,75 | 34,75 |
| Hospital Universitario del Valle | 87 | 0,98 | 99 | 0,91 | 13,79 |
| Proinsalud | 74 | 0,83 | 59 | 0,54 | -20,27 |
| Fundación Médico Preventiva | 83 | 0,94 | 51 | 0,47 | -38,55 |
| Otras IPS | 5.292 | 59,67 | 7.001 | 64,42 | 32,29 |
| **Total** | **8.869** | **100,00** | **10.867** | **100,00** | **22,53** |

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

*En los regímenes de excepción, que se constituyeron como el tercer grupo con más acciones en su contra con 9.103 tutelas, presentó un incremento del 21,94%, donde el 97,17% corresponde a los servicios de salud de las fuerzas militares y de policía, en gran parte por la no inclusión en este grupo de las IPS que prestan servicios al régimen de salud del magisterio (sólo se incluyeron tutelas contra magisterio plenamente identificadas) (Tabla 7).*

*Tabla 7. Tutelas en salud contra entidades de regímenes de excepción (periodo 2022-2023)*

| | 2022 | | 2023 | | Variación % |
|---|---|---|---|---|---|
| | N.° tutelas | Part. % | N.° tutelas | Part. % | |
| Fuerzas Militares y de Policía | 7.209 | 96,57 | 8.845 | 97,17 | 22,69 |
| Fondo de Previsión del Magisterio | 177 | 2,37 | 159 | 1,75 | -10,17 |
| Ecopetrol | 79 | 1,06 | 99 | 1,09 | 25,32 |
| **Total** | **7.465** | **100,00** | **9.103** | **100,00** | **21,94** |

Fuente Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

Los cinco diagnósticos más frecuentes que se relacionaron en las tutelas de 2023 fueron tumores y neoplasias (11,74%), enfermedades del sistema osteomuscular (9,52%), enfermedades del sistema circulatorio (9,43%), traumatismos y envenenamientos (8,02%) y enfermedades del aparato genitourinario (7,67%). En todos los diagnósticos se presentaron incrementos significativos, siendo los de mayor crecimiento los trastornos mentales y del comportamiento, los cuales aumentaron en el 51,48% con relación a 2022 (Tabla 8).

Es de anotar que los diagnósticos fueron agrupados según los capítulos y bloques establecidos en la clasificación "Estadística Internacional de Enfermedades - CIE 10".

*Tabla 8. Diagnósticos principales en las tutelas según régimen (año 2023)*

| Diagnósticos en las Tutelas | RÉGIMEN | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Contributivo y Subsidiado | | Especiales | | Otros | | TOTAL | |
| | Part. vertical % | Part. horizontal % | Part. vertical % | Part. horizontal % | Part. vertical % | Part. horizontal % | Part. vertical % | Part. horizontal % |
| Tumores (Neoplasias) | 13,83 | 90,96 | 9,83 | 5,31 | 6,22 | 3,73 | 11,73 | 100 |
| Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo | 10,17 | 89,20 | 9,11 | 6,07 | 6,39 | 4,73 | 9,51 | 100 |
| Enfermedades del sistema circulatorio | 9,93 | 88,22 | 11,53 | 7,76 | 5,39 | 4,02 | 9,42 | 100 |
| Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa | 6,49 | 67,50 | 7,71 | 6,10 | 30,08 | 26,40 | 8,01 | 100 |
| Enfermedades del aparato genitourinario | 8,04 | 91,63 | 6,45 | 5,34 | 3,30 | 3,03 | 7,66 | 100 |
| Enfermedades del sistema nervioso | 7,22 | 88,67 | 8,73 | 7,28 | 4,38 | 4,05 | 7,50 | 100 |
| Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas | 6,40 | 90,74 | 8,12 | 7,72 | 1,46 | 1,54 | 6,66 | 100 |
| Trastornos mentales y del comportamiento | 5,56 | 88,07 | 7,11 | 7,04 | 4,45 | 4,89 | 6,40 | 100 |
| Enfermedades del sistema digestivo | 5,37 | 86,71 | 2,17 | 2,23 | 9,67 | 11,06 | 6,15 | 100 |
| Enfermedades del ojo y sus anexos | 5,22 | 89,96 | 4,84 | 5,25 | 3,98 | 4,79 | 5,84 | 100 |
| Otros/No refiere | 21,78 | 84,37 | 24,40 | 7,36 | 24,69 | 8,26 | 21,01 | 100 |
| **Total** | **100** | **86,63** | **100,0** | **6,34** | **100,0** | **7,03** | **100,0** | **100,0** |

Nota: Los regímenes especiales corresponden a Fuerzas militares y de Policía y al magisterio
Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

Los tumores y neoplasias presentaron un aumento del 17,70% con relación a 2022, lo que incrementó la problemática relacionada con el acceso efectivo al tratamiento de cáncer por falta de oportunidad en citas con especialistas, no disponibilidad de medicamentos para quimioterapias y no disponibilidad de insumos médicos, entre otros factores. El 90,96% correspondieron a los Regímenes Contributivo y subsidiado, el 5,31% a los exceptuados y el 3,73% (Tabla 9).

*Tabla 9. Tutelas por diagnóstico de tumores y neoplasias (año 2023)*

| Diagnósticos en tumores y neoplasias | RÉGIMEN | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Contributivo y Subsidiado | | Especiales | | Otros | | TOTAL | |
| | Part. vertical % | Part. horizontal % | Part. Vertical % | Part. Horizontal % | Part. vertical % | Part. horizontal % | Part. vertical % | Part. horizontal % |
| Tumor maligno de la mama | 13,50 | 93,29 | 11,24 | 4,54 | 7,69 | 2,17 | 13,16 | 100 |
| Tumor maligno de la próstata | 7,39 | 92,56 | 10,18 | 7,44 | 0,00 | 0,00 | 7,27 | 100 |
| Otros tumores maligno de la piel | 5,64 | 96,10 | 0,00 | 0,00 | 5,59 | 3,90 | 5,34 | 100 |
| Tumor maligno del encefalo | 4,22 | 81,36 | 5,38 | 6,05 | 15,99 | 12,59 | 4,72 | 100 |
| Leiomioma del utero | 4,18 | 86,46 | 5,68 | 6,85 | 7,92 | 6,69 | 4,40 | 100 |
| Tumor maligno de la glándula tiroides | 3,44 | 83,86 | 5,68 | 8,09 | 8,07 | 8,05 | 3,73 | 100 |
| Tumor maligno del colon | 3,59 | 91,58 | 5,65 | 8,42 | 0,00 | 0,00 | 3,56 | 100 |
| Tumor maligno del estómago | 3,80 | 100,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 3,46 | 100 |
| Tumor maligno del cuello del útero | 3,78 | 100,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 3,44 | 100 |
| Tumor maligno del ovario | 2,82 | 81,40 | 5,66 | 9,53 | 7,69 | 9,07 | 3,15 | 100 |
| Otros | 47,63 | 90,71 | 50,54 | 5,62 | 47,06 | 3,66 | 47,76 | 100 |
| **Total** | **100** | **90,97** | **100** | **5,31** | **100** | **3,72** | **100** | **100** |

Nota: Los regímenes especiales corresponde a Fuerzas militares y de Policía y al magisterio
Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

Las **solicitudes más frecuentes en las tutelas** aumentaron un 24,84% en comparación con el año anterior. Delas solicitudes realizadas por los usuarios, el 45.58 % correspondió a servicios y tecnologías, incluyendo citas médicas, cirugías, imágenes, terapias y laboratorios, entre otros, seguido, en segundo lugar, por solicitudes de transporte y viáticos, con un 24.27 %; en tercer lugar, los tratamientos integrales con un 14.01 %; y, los medicamentos con un 12.23 % (Tabla 10).

Cabe destacar que los mayores crecimientos se observaron en la categoría de medicamentos, con un aumentodel 36,87%, ocasionado por el desabastecimiento de estos, que ocasiona su no entrega o su entrega parcial.

El 88,10% de las solicitudes pertenecieron a los regímenes contributivo y subsidiado, mientras que el 6,65%correspondió a solicitudes de regímenes especiales (magisterio y fuerzas armadas y de policía), y el 5,24% a otros. En las tres clasificaciones realizadas, los servicios fueron lo más solicitado.

*Tabla 10. Solicitudes más frecuentes en las tutelas de salud en 2023*

| Contenidos | RÉGIMEN | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Contributivo y Subsidiado | | Especiales | | Otros | | TOTAL | |
| | Part. vertical % | Part. horizontal % | Part. vertical % | Part. horizontal % | Part. vertical % | Part. horizontal % | Part. vertical % | Part. horizontal % |
| Servicios y tecnologías en Salud | 42,81 | 82,74 | 60,95 | 8,90 | 72,69 | 8,36 | 45,58 | 100 |
| Otros relacionados con Salud | 26,26 | 95,32 | 13,71 | 3,76 | 4,28 | 0,93 | 24,27 | 100 |
| Tratamiento Integral | 14,51 | 91,27 | 11,97 | 5,69 | 8,13 | 3,04 | 14,01 | 100 |
| Medicamentos | 12,66 | 91,16 | 8,25 | 4,49 | 10,16 | 4,36 | 12,23 | 100 |
| Pañales y productos de aseo | 1,67 | 87,28 | 2,73 | 10,75 | 0,63 | 1,97 | 1,69 | 100 |
| Aseguramiento en salud | 1,31 | 82,80 | 1,72 | 8,24 | 2,38 | 8,96 | 1,39 | 100 |
| Productos dietarios y alimenticios | 0,74 | 90,74 | 0,66 | 6,12 | 0,43 | 3,14 | 0,72 | 100 |
| Otros no relacionados con salud | 0,04 | 33,71 | 0,00 | 0,00 | 1,29 | 66,29 | 0,10 | 100 |
| **Total** | **100** | **88,10** | **100** | **6,65** | **100** | **5,24** | **100** | **100** |

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo

Los requerimientos por servicios y tecnologías en salud ocuparon el primer lugar con el 45,58% del total y un incremento del 22,07%, respecto al 2022 las principales solicitudes corresponden a citas médicas especializadas (27,14%), cirugías (17,29%), imágenes diagnósticas (9,98%) y exámenes de laboratorios clínicos (9,09%) (Tabla 25).

Las citas médicas especializadas más solicitadas fueron ortopedia (10,36%), oftalmología (6,98%), medicina interna (6,56%), otorrinolaringología (6,28%), urología (6,25%), neurología (6,04%), anestesiología (5,18%), cirugía general (3,53%), ginecoobstetricia (3,28%) y psiquiatría (3,18%). Es de anotar que, en regímenes especiales, entre las diez primeras se destacan, cardiología y neurocirugía, mientras que, en los demás sistemas, se encuentran dermatología y neumología.

Las cirugías más solicitadas en las tutelas se encuentran las relacionadas con ortopedia (21,98%), oftalmología (13,01%), cirugía general (10,75%), ginecoobstetricia (7,71%), otorrinolaringología (7,11%), neurocirugía (5,99%), urología (4,67%), gastroenterología (3,16%) y mastología (2,85%).

En el grupo de imágenes diagnósticas, los terceros servicios más solicitados, están las imágenes obtenidas con equipos que no generan radiación, como las ecografías, los Doppler y los resonadores magnéticos, que funcionan con ultrasonido con el 48,23 %. Les siguen las imágenes con radiaciones ionizantes, que son negadas en el 36,53 % de los casos y corresponden a tomografías axiales computarizadas, radiografías convencionales y gammagrafías.

Entre los exámenes de laboratorio clínico que representaron el 9,09 % de las solicitudes, se encontraron los hemogramas II, III y IV, el antígeno prostático, pruebas de función renal, pruebas de función hepática, tiempo de protombina y la hormona estimulante de tiroides (TSH). Adicional, se encuentran tutelas por exámenes especializados necesarios para el caso de trasplantes, estudios de enfermedades huérfanas, enfermedades autoinmunes y enfermedades genéticas, entre otras.

Como segunda solicitud, se destacó la categoría denominada "otros relacionados con salud" que en este caso hace referencia a transporte y viáticos para pacientes y acompañantes y a cuidadores, las cuales representan el 24,25 % de los casos.

En tercera posición se encontraron las "solicitudes por tratamiento integral" con el 14,01 %. Los tratamientos integrales más solicitados son aquellos que requieren los pacientes con tumores y neoplasias (15,35 %), con enfermedades del sistema circulatorio (10,96 %)

pacientes con enfermedades osteomuscular (8,43 %), enfermedades del sistema nervioso (8,47%) y enfermedades del sistema genitourinario (8,25%) (tabla 27). Los pacientes suelen incluir esta solicitud en la tutela para asegurarse de que su atención médica relacionada con una misma patología esté cubierta de manera completa.

En cuarto lugar, estuvieron las tutelas por medicamentos, con una participación del 12,23 %. De acuerdo con su categoría terapéutica, los más solicitados fueron los antiinflamatorios con el 12,03 %, entre los cuales sobresalieron los antiinflamatorios no esteroideos (AINES), como la aspirina, el ibuprofeno, el ketoprofeno, el celecoxib, el diclofenaco y el ketorolaco entre otros. En segundo lugar, están los medicamentos antidiabéticos con 9,53% como la Empagliflozina, la metformina, la insulina entre otros, que de no administrarse los pacientes presentarían deterioro importante de la salud inclusive la muerte.

Le siguen los medicamentos antihipertensivos con el 7,75 %, entre los cuales se encuentran el valsartán solo ocombinado, el losartán, irbersartán, lamersartán y amlodipino; los analgésicos con el 6,22%, siendo el acetaminofén solo o combinado, la dexmedetomidina, la hioscina y la oxicodona los más pedidos, todos muyutilizados en la población colombiana y, en quinto lugar, los medicamentos a base de hormonas con el 7,43 % los cuales son importantes para el tratamiento de algunos cánceres; entre ellos, levotiroxina, toxina botulínica, pancreatina, factor de crecimiento epidérmico recombinante humano y bicalutamida, los cuales son de administración continua para evitar complicaciones y estancias hospitalarias.

**3. Impacto de las tutelas en el gasto en salud y su idoneidad**

Ante la expectativa que generó la promulgación de la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud, la cual abre caminos al desarrollo de medidas encaminadas a garantizar el derecho fundamental de la salud y al progreso del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se colige que el número de acciones interpuestas para garantizar el derecho a la salud no tendrá mayor reducción a corto plazo, aun habiendo eliminado la diferenciación del Plan Básico de Salud – PBS[9] con el mandato emanado de la Sentencia C-760 de 2008 de la Corte Constitucional, pues, al contrario de lo que se esperaría con tales medidas, se informa que el porcentaje más alto de amparos solicitados son por prestaciones incluidas en el PBS[10].

El elevado porcentaje de acciones interpuestas para hacer valer el PBS, que para el año 2015 fue de 64,08%, cuyo porcentaje más alto se ubicó en el régimen subsidiado, en comparación con el régimen contributivo. Las cifras recolectadas desde 2003 hasta 2015, sobre tutelas por servicios PBS, revelan constantes barreras al acceso que sufren los usuarios del SGSSS, que en teoría no deberían existir, debido a que esas prestaciones ya han sido cubiertas desde la afiliación y cotización de las personas, con la Unidad de Pago por Capitación (UPC), que es el valor del PBS para los afiliados[11].

El número de tutelas para reclamar servicios de salud por el POS se incrementó, lo cual da continuidad al problema de inequidad de la salud, además de la violación de los principios constitucionales de eficiencia, universalidad y solidaridad[12]. Por citar un ejemplo, en 2014

[9] Son los beneficios a los cuales tienen derecho todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia. (MINISTERIO DE SALUD, s.f.)

[10] (PLAZAS GÓMEZ & MORENO GUZMÁN, 2017)

[11] (DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2016)

[12] (PLAZAS GÓMEZ & MORENO GUZMÁN, 2017)

las solicitudes por servicios PBS son de 65,74% y las del régimen subsidiado superaron en 9 puntos porcentuales al régimen contributivo[13].

La gravedad respecto a la negación de prestación de servicios PBS se constata en que existen atenciones que pueden ser tratadas con antelación, precisamente por estar cubiertas a través de una forma de aseguramiento individual obligatorio, que está compuesto por unos afiliados, un riesgo, una prima, una cobertura, un patrimonio técnico y una reserva técnica, ésta última para pagar riesgos que se quieren conjurar[14]. Si los aseguradores en salud ignoran la prestación de servicios a través de la metodología mencionada, se estaría permitiendo que la enfermedad evolucione y se agrave.

Las atenciones de hospitalización en la unidad de cuidados intensivos (UCI) neonatal, pediátrica y de adulto son consideradas por la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI) como servicios de alto costo[15] que, sin embargo, están cubiertos en el PBS mediante la cobertura del derecho a servicios de hospitalización en la UCI, incluyendo, además de los servicios básicos, la atención médica de especialistas en cuidados intensivos, cardiología y medicina interna, de personal paramédico la utilización de equipos de monitoría cardioscópica y de presión, ventilación mecánica de presión y volumen, desfribilación, cardioversión y la práctica de electrocardiogramas, electroencefalogramas, gasimetrías y demás que se requieran. Sin embargo, la desatención de estos servicios origina, en consecuencia, agravamiento de la enfermedad y, por tanto, demandas contra el sistema de salud[16].

Ahora bien, la jurisprudencia ha dado luces sobre los criterios que deben seguir los jueces respecto a las providencias que emiten cuando resuelven una acción contra el sistema de salud, tales principios se encuentran enunciados en las decisiones de tutela T-736 de 2004 y T.922 de 2009, los cuales son: **1) Que la prestación haya sido ordenada por un médico adscrito a la entidad de salud; 2) Que sea necesaria para la conservación de un derecho fundamental; 3) Que ya se haya solicitado a la entidad encargada de la prestación. Ante la necesidad irrestricta de acatar estas pautas, se presenta uno de los pilares que da cuenta para instaurar el presente proyecto de ley, sin perjuicio del debido respeto a la autonomía de las decisiones judiciales.**

Por otra parte, cuando se reclama un siniestro por fuera de la cobertura que proporciona el PBS, los usuarios recurren a las acciones de tutela para que los jueces constitucionales protejan sus derechos fundamentales, incluso con el costo de desatender la forma de aseguramiento[17]. Son las llamadas demandas por desatención No PBS

Aunque, contrario a lo que se pensaría, no son las desatenciones de las solicitudes No PBS las que originan con mayor frecuencia las demandas contra el sistema de salud, pero sí son en parte las que más problemas generan. En materia de recobros por eventos No PBS, la línea ha sido progresiva con el paso de los años, pues creció a una tasa anual promedio de 87% entre 2005 y 2010, hasta llegar a $2.35 billones en 2010. En 2013, se llegó a la suma de $1,69 billones o de $2.371 billones, incluyendo aprobación de recobros sin constancia de cancelación futura, que fue de aproximadamente de $600.000 millones. En 2014 se

[13] (DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2016)

[14] (SOLORIO, 2001)

[15] (ACEMI, 2015)

[16] (MINISTERIO DE SALUD. Todo lo que usted debe saber sobre el Plan de Beneficios - POS, 2014)

[17] (ACOSTA, 2013)

recobraron $2,13 billones, incluyendo la aprobación de recobros sin constancia de cancelación futura, aproximadamente de $842.000 millones[18].

Siguiendo por esa línea, el día 07 de diciembre de 2018 en una audiencia pública convocada por la Corte Constitucional para evaluar la calidad del sistema de salud, funcionarios del Ministerio de Hacienda y Crédito Público manifestaron que, para lograr el pago de la UPC y recobros de ambos regímenes, la ADRES contó, para el 2018, con un presupuesto de 46,6 billones. Como no resultó ser suficiente ese monto para cubrir los gastos, logró adicionársele 3,9 billones a través de mayor número de cotizaciones, reintegros, recursos de capital, recursos de destinación específica y transferencias del FONPET. Así las cosas, para el año 2018, el presupuesto para recobros fue de 3,9 billones, del cual, se tuvieron que hacer esfuerzos adicionales para lograr conseguir 2,9 billones de ese monto. Incluso se llegó a afirmar que el gasto en recobros es 2,6 veces mayor al presupuesto que los recursos que administra a la ADRES a la par que aumentan el pago y número de los mismos.

Con el propósito de actualizar el impacto económico de los fallos de tutela en salud, se elevó recientemente una petición a la Defensoría del Pueblo solicitando información sobre el costo de las decisiones judiciales emitidas en los últimos diez años relacionadas con acciones de tutela sobre el derecho fundamental a la salud. No obstante, la entidad respondió que no cuenta con dicha información.

En todo caso, es menester traer a colación la intervención de la exdirectora de la ADRES ante la Corte Constitucional, María Cristina Arango, manifestó en aquella audiencia pública que la cantidad de recobros también había aumentado a corte de 2018. En 2010 había 7 millones de ítems por auditar; a 2018 se tenía 12 millones de ítems en la misma situación. En cuanto al valor de los recobros, manifestó haber liquidado $4 billones a 2017 y que, a 2018, se contaba con atrasos en las auditorías de los mismos, los cuales estaban avaluados en una suma de $2,8 billones. Sin embargo, dijo, se esperaba cerrar el año con un monto de $3 billones para cumplirle a los recobrantes. Se llegó a manifestar por parte de la funcionaria que **se hacía necesario la utilización óptima de los recursos, dado que muchos de ellos se pierden en pago de enfermedades huérfanas inexistentes y recobros por medicamentos exageradamente altos en costos**

Existen voces que incluso abogan por eliminar el mecanismo de recobros del sistema dada su condición de generador de ineficiencias y ventana a comportamientos opacos y abusos de diversos actores e involucrados contra la estabilidad macrofinanciera del sistema y que opera de manera contraria a las reglas básicas del modelo de aseguramiento social. Incluso, se ha abogado por empezar a restringir la financiación de los bienes, servicios complementarios y de asistencia social que son ordenados por los médicos del país y autorizados por los médicos mediante tutelas con cargo a los recursos No PBS[19].

Bajo los antecedentes anteriormente mencionados, se ha registrado que, mediante tutelas, se cobraban, desde el inicio del SGSSS, los servicios y bienes No PBS que los usuarios solicitaban a la EPS. Desde entonces, se ha producido un incremento exponencial en el uso de la tutela, por tratarse de la vía más económica para recobrar a la ADRES[20].

[18] (PLAZAS GÓMEZ & MORENO GUZMÁN, 2017)

[19] (FEDERACIÓN NACIONAL DE DEPARTAMENTOS, 2019)

[20] (PLAZAS GÓMEZ & MORENO GUZMÁN, 2017)

La favorabilidad en la concesión de la tutela siempre registró una favorabilidad bastante amplia, para 2014 se situó en 83,16% en la primera instancia[21], por la naturaleza del fallo de tutela y la disposición de recursos que trae inmerso, que hace que el juez presuma que siempre hay recursos para garantizar el derecho a la salud[22]. Para 2009, de los 2 646.164 recobros presentados durante ese año, 1 597.476 fueron tramitados por los Comité Técnico Científico - CTC y 1.048.688 por vía tutela.

Los tratamientos de alto costo que, en su mayoría deben ser asistidos con tecnología No PBS, han abierto la puerta al uso de la acción de tutela para poder ser obtenidos en el transcurso de la enfermedad[23] y, a la vez, han repercutido en las finanzas del sistema de salud, ya que las tutelas en la mayoría de los casos son resueltas a favor de las pretensiones del paciente[24].

Es así como, a modo de ejemplo y, para dimensionar el valor de las enfermedades de alto costo, los pacientes con FIBROSIS QUÍSTICA requieren 17 medicamentos, 10 de los cuales no están en el PBS y, según un estudio realizado por la Fundación Colombiana para Fibrosis Quística, el costo de un paciente controlado es de $30 millones mensuales, pero en el evento de no estar controlado, una sola hospitalización le puede costar al sistema $2.000 millones de pesos[25]

Por otra parte, otro ejemplo se evidencia en enfermedades como la hipertensión, la cual demanda elevados costos derivados de medicamentos y remisiones. la hipertensión arterial pulmonar, por ejemplo, puede costar entre US$30.000 a US$90 000 por paciente y por año dependiendo de la complejidad. Asimismo, para 2013, la diabetes generó un gasto sanitario que superó los US$548.000 millones de dólares, un 11% del presupuesto en salud del planeta y el cáncer, como otra patología que reporta elevados gastos, dependiendo de la etapa en que esté. Por ejemplo, en el cáncer de mama los estadios más cuantiosos por persona, son el regional con un costo total de $65 603 537 y el cáncer metastásico, con un costo total de $144 400 865[26].

Finalmente, el valor promedio de los servicios médicos ocasionados por un paciente cardiovascular es de $12.8 millones de pesos y multiplicado por todos los usuarios con este tipo de patologías es de $13,2 billones de pesos en el periodo comprendido entre 2002 y 2007, según un estudio realizado por el Ministerio de Protección Social y la Universidad de Antioquia. En el caso de la artritis reumatoide, los costos de la terapia biológica para el tratamiento de esta patología representan para el Estado colombiano unos $20.000 millones de pesos anuales.

Ahora bien, la Corte Constitucional ha previsto en los casos en que se soliciten tratamientos o medicamentos fuera del PBS, que el juez constitucional está en el deber de revisar los siguientes requisitos: **1)** Que esta exclusión amenace los derechos fundamentales del paciente: **2)** que el medicamento o servicio no pueda ser sustituido por un bien que esté en el PBS —o que al sustituirlo, disminuya su efectividad—; **3)** el servicio o medicamento fue ordenado por un médico de la entidad de salud correspondiente; **4)** y el paciente no tiene la capacidad para costearlo. Se presenta, así, otro de los pilares que da cuenta de lo

[21] (DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2016)

[22] (CLAVIJO, 2001)

[23] (PLAZAS GÓMEZ & MORENO GUZMÁN, 2017)

[24] (DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2016)

[25] (PLAZAS GÓMEZ & MORENO GUZMÁN, 2017)

[26] (PLAZAS GÓMEZ & MORENO GUZMÁN, 2017)

menester que resulta instaurar el presente proyecto de ley ante la necesidad de acoger los principios en mención a la hora de proferir fallos en salud.

**4. Casos de responsabilidad médica**

Ahora bien, sobre el sistema de salud también recaen demandas por casos de responsabilidad médica o fallas médicas. Mediante oficio No. 2019-1835-O, recibido por parte del Consejo de Estado a petición de la suscrita representante, se informa que los casos de responsabilidad médica engloban temas como: daño por acto no médico, daño derivado de anestesia, daño derivado de efectos adversos de métodos anticonceptivos, daño derivado de eutanasia, daño causado por equipos médicos, daño derivado de error de diagnóstico, daño en ginecología y obstetricia, daño en el marco de identidad de género, daño por infección nosocomial[27] o intrahospitalaria, daño por negación y demora en la prestación del servicio, oblito quirúrgico[28], daño derivado de procedimientos asistenciales y transfusiones, daño derivado de procedimientos quirúrgicos, daño derivado de productos farmacéuticos y suministro de medicamentos, daño por servicio paramédico, de urgencias y de ambulancia, daño por falta de consentimiento informado, daño post-operatorio y daño derivado de diagnóstico tardío.

El Consejo de Estado, mediante fallos analizados por la Sección Tercera, teniendo en cuenta las anteriores previsiones, informa que se pudo establecer la relación de ingresos y fallos proferidos por la Sección desde el año 2011, en las siguientes cantidades:

**Tabla 11. Ingresos y fallos proferidos por fallas médicas. Fuente: Consejo de Estado**

| Año | Procesos recibidos | Fallos de segunda instancia sobre el tema |
|---|---|---|
| 2011 | 61 | 122 |
| 2012 | 84 | 148 |
| 2013 | 110 | 127 |
| 2014 | 99 | 118 |
| 2015 | 95 | 86 |
| 2016 | 51 | 42 |
| 2017 | 62 | 63 |
| 2018 | 42 | 59 |
| 2019 | 25 | 25 |
| **Total general** | **629** | **790** |

Se hace notar que, en la mayoría de los años, los fallos de segunda instancia fueron mayores a los ingresos del mismo período, en atención a que, desde el año 2010 a la fecha, la Sección Tercera ha manejado un inventario de expedientes que supera los diez mil procesos, con lo que se puede afirmar que la mayoría de los nuevos procesos entran en un tiempo de espera para la decisión de la Sala que corresponda y los fallos de cada año suponen ingresos de años anteriores. En la actualidad, los procesos vigentes por asuntos de falla médica alcanzan en promedio el 4% del inventario de la Sección Tercera, esto es, alrededor de 500 expedientes[29].

**5. Ausencia de control y mala calidad de la información sobre fallos contra el sistema de salud**

[27] Las infecciones nosocomiales son aquellas contraídas por pacientes ingresados en un recinto de atención a la salud y se adquieren durante su estancia en el lugar.

[28] Todo cuerpo extraño olvidado en el interior del paciente durante una intervención quirúrgica.

[29] Respuesta del Consejo de Estado mediante oficio No. 2019-1835-O.

Mediante oficio emitido desde la oficina de la suscrita Representante a la Cámara al Ministerio de Salud y Protección Social, Fiscalía General de la Nación, Corte Suprema de Justicia, Superintendencia Nacional de Salud y Corte Constitucional, solicitando información bajo los siguientes parámetros:

1. Histórico de número de demandas judiciales por concepto de negación de tecnología PBS y No PBS; demandas por servicios sociales con vocación de atención a la salud denegados, demandas por inadecuada prestación der servicios médicos, demandas por deficiente cobertura de servicios; demanda por perjuicios y daños médicos; demandas por fraudes y reconocimiento irregular de pagos a favor de las EAPB, IPS y proveedores farmacéuticos; demandas por infracciones administrativas, con sus respectivos agravantes y atenuantes, contenidas en los artículos 3°, 5° y 6° de Ley 1949 de 2019.
2. ¿Cuántas demandas resultaron a favor y en contra del sistema de salud colombiano? ¿Cuántas demandas interpusieron nuevamente por la misma razón? ¿Cuánto es el monto que representa para el Estado el resultado desfavorable de dichas las demandas?
3. Discriminando cada interrogante de los puntos anteriores por año, territorio nacional, departamental y municipal
4. Se concluye, mediante las respuestas allegadas, que el Estado colombiano desconoce en el conocimiento que le corresponde albergar sobre la información que se le requirió proporcionar. Ante la evidente situación demostrada, se vislumbran claros indicios que los problemas judiciales del sector salud desde hace bastante tiempo rebasaron la capacidad que como instancias les compete solucionar. A continuación, se citan las respuestas recibidas que suscitan la inferencia en mención.

- **Corte Suprema de Justicia[30]**: Manifiesta que, infortunadamente, la Corte Suprema de Justicia no cuenta con el personal ni con la infraestructura necesaria para recaudar a nivel municipal, departamental y nacional.

  Adicionalmente, anotan que tanto la recolección de los datos y su sistematización implicaría realizar erogaciones presupuestales, sin que la Corte sea competente para ello, así como emplear términos que superarían con holgura el previsto para responder las solicitudes presentadas.
  Indican que en lo que le corresponde a la Corte Suprema de Justicia, sus Salas Especializadas resuelven cerca de 180.000 acciones de tutela de primera y segunda instancia por año, monto que dificulta establecer el número de quejas constitucionales presentadas para la salvaguarde del derecho a la salud.

- **Corte Constitucional[31]**: Remite solicitud a la Presidencia del Consejo de Estado por ser de su competencia el suministro de la información sobre el histórico y la cuantificación de demandas judiciales.

  Sin embargo, remiten a la dirección electrónica https://www.ramajudicial.gov.co/web/estadisticas-judiciales/ para acceder a la información cuantitativa de distintos factores de gestión de la Rama Judicial de acuerdo a los

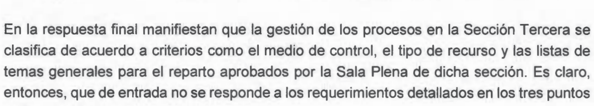
[30] Respuesta fechada al 17 de junio de 2019 con radicado PCSJ – No. 725

[31] Respuesta fechada el 26 de junio de 2019 oficio No. 116.

planteamientos y finalidades presentados. Lastimosamente, cuando se navega por los movimientos de procesos llevados a cabo en el año 2019 en la Jurisdicción Contenciosa Administrativa[32], no ofrece, ni cerca, la información que se les solicita a través del derecho de petición.

Como se podrá observar, sólo detallan la ubicación del despacho y el funcionario que regenta esa instancia; un inventario de ingresos y egresos de acciones judiciales y un desagregado escueto sobre las mismas que, sin duda alguna, no aportan absolutamente nada a la información solicitada. Así las cosas, puede intuirse que el redireccionamiento a ese sitio web constituye la elaboración de una respuesta quizá pronta y oportuna, mas no de fondo, como dicta la Sentencia de la propia Corte Constitucional C-951 de 2014, M.P. (e) Martha Victoria Sáchica Méndez.

- **Consejo de Estado[33]**: Para los fines pertinentes y de su competencia, la Corte Constitucional remite oficio a la Presidenta del Consejo de Estado para resolver petición presentada. El 15 de julio de 2019, la única sección en manifestar respuesta fue la Tercera, a pesar de que fue repartida en las Secciones Primera, Segunda y Tercera de la Corporación.


Consejo Superior de la Judicatura
Unidad de Desarrollo y Análisis Estadístico
División de Estadística

ESTADÍSTICAS DE MOVIMIENTO DE PROCESOS AÑO 2019 - ENERO - JUNIO
JURISDICCIÓN: CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO
COMPETENCIA: TRIBUNAL ADMINISTRATIVO
DESAGREGADO DESPACHO A DESPACHO

TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA - DESPACHOS DESCONGESTIÓN

| DISTRITO ADMINISTRATIVO | SECCIÓN | NOMBRE DEL DESPACHO | FUNCIONARIO | Meses reportados | INGRESOS EFECTIVOS | PROMEDIO MENSUAL DE INGRESOS | EGRESOS EFECTIVOS | PROMEDIO MENSUAL DE EGRESOS | INVENTARIO FINAL | PROMEDIO MENSUAL DE INGRESOS EFECTIVOS: Otras Acciones Constitucionales | Procesos | Tutelas e impugnaciones | PROMEDIO MENSUAL DE EGRESOS EFECTIVOS: Otras Acciones Constitucionales | Procesos | Tutelas e impugnaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cundinamarca | Sección Segunda | Despacho 404 de la Sección Segunda del Tribunal Administrativo de | JAVIER ALFONSO ARGOTE ROYER | 3 | 326 | 109 | 54 | 18 | 272 | | 109 | | | 18 | |
| Cundinamarca | Sección Segunda | Despacho 405 de la Sección Segunda del Tribunal Administrativo de | CARLOS ENRIQUE BERROCAL MORA | 3 | 370 | 123 | 67 | 22 | 303 | | 123 | | | 22 | |
| Cundinamarca | Sección Segunda | Despacho 406 de la Sección Segunda del Tribunal Administrativo de | LUIS EDUARDO PINEDA PALOMINO | 2 | 319 | 160 | 53 | 27 | 266 | | 160 | | | 27 | |

En la respuesta final manifiestan que la gestión de los procesos en la Sección Tercera se clasifica de acuerdo a criterios como el medio de control, el tipo de recurso y las listas de temas generales para el reparto aprobados por la Sala Plena de dicha sección. Es claro, entonces, que de entrada no se responde a los requerimientos detallados en los tres puntos de la petición.

En todo caso, únicamente reportan los temas que tienen que ver con responsabilidad médica, sin poder determinar el sentido de la sentencia proferida por el Consejo de Estado de acuerdo al tema, sin saber cuántas resultaron a favor o en contra del sistema de salud colombiano o cuánto es el monto que representa para el Estado el resultado desfavorable de dichas demandas.

Finalmente, remiten un listado de expedientes de los fallos que ha proferido la Sección Tercera sobre asuntos de responsabilidad extracontractual por falla médica, donde

[32] Respuesta como las de la Fiscalía General de la Nación y la Corte Constitucional manifiestan que es a esta rama del derecho a la cual le corresponde tramitar la información requerida.

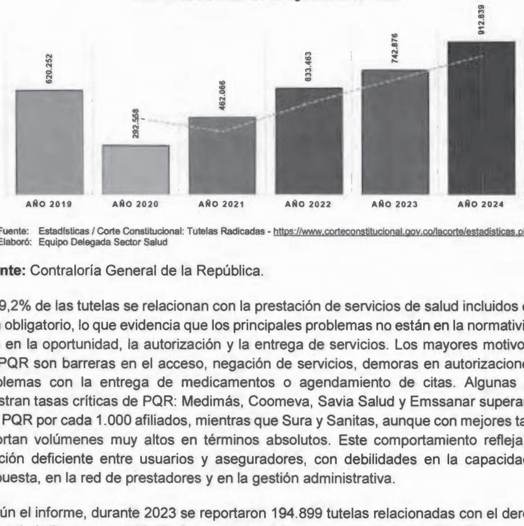
[33] Respuestas fechadas al 2 de julio de 2019 con radicado CE-Presidencia-PQRS-INT-2019-1953 y al 15 de julio de 2019 con oficio No. 2019-1835-O.

únicamente relacionan datos tales como radicado, ponente, medio de control, tema general, actor, demandado, tipo, resuelve, fecha y vigencia.

Es claro, entonces, que el manejo de la información sobre la solicitud de intervención judicial para resolver todo tipo de caso irregular dentro del sistema de salud se sintetiza en un panorama desordenado y nada articulado, que desconoce situaciones inusuales que vulneran el derecho fundamental a la salud y dan paso a la continuidad de fallas dentro del sistema de aseguramiento, sin poder hacer actuar más allá de los pocos casos que estén dispuestos a resolver y hasta donde la congestión judicial se los permita.

De igual manera, la Contraloría General de la República presentó el informe el informe "estado del aseguramiento en salud por parte de las EPS y los programas de salud de las cajas de compensación familiar del 01 de enero - 31 de diciembre vigencia 2024", donde revela que, con corte a febrero de 2024, el sistema de aseguramiento en salud sigue altamente judicializado y saturado de reclamos por parte de los usuarios. Durante 2023 se reportaron 194.899 tutelas relacionadas con el derecho a la salud, de las cuales el 76,7% fue interpuesta contra EPS. Además, se presentaron 11,9 millones de Peticiones, Quejas y Reclamos (PQR) en todo el sistema, lo que equivale a una tasa de 222 PQR por cada 1.000 afiliados. Estos datos muestran un comportamiento preocupante y sostenido: los ciudadanos acuden cada vez más a mecanismos legales y administrativos para acceder a servicios que, en muchos casos, ya están contemplados dentro del plan de beneficios. Las EPS más judicializadas son Nueva EPS, Sura y Sanitas, que concentran el mayor volumen de afiliados y también de demandas.

Gráfica N. 9
Tutelas Radicadas en la Corte Constitucional
Corte: 31 de diciembre de las vigencias 2019 - 2024




Fuente: Estadísticas / Corte Constitucional: Tutelas Radicadas - https://www.corteconstitucional.gov.co/lacorte/estadisticas.php
Elaboró: Equipo Delegada Sector Salud

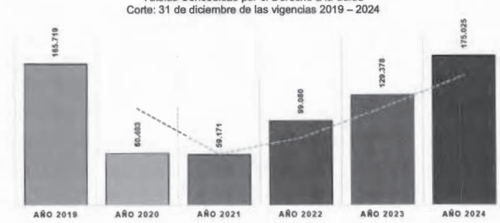
**Fuente:** Contraloría General de la República.

El 89,2% de las tutelas se relacionan con la prestación de servicios de salud incluidos en el plan obligatorio, lo que evidencia que los principales problemas no están en la normatividad, sino en la oportunidad, la autorización y la entrega de servicios. Los mayores motivos de las PQR son barreras en el acceso, negación de servicios, demoras en autorizaciones, y problemas con la entrega de medicamentos o agendamiento de citas. Algunas EPS registran tasas críticas de PQR: Medimás, Coomeva, Savia Salud y Emssanar superan las 400 PQR por cada 1.000 afiliados, mientras que Sura y Sanitas, aunque con mejores tasas, reportan volúmenes muy altos en términos absolutos. Este comportamiento refleja una relación deficiente entre usuarios y aseguradores, con debilidades en la capacidad de respuesta, en la red de prestadores y en la gestión administrativa.

Según el informe, durante 2023 se reportaron 194.899 tutelas relacionadas con el derecho a la salud. De estas, el 76,7% fueron concedidas total o parcialmente por los jueces. El

89,2% de las tutelas corresponden a solicitudes de servicios incluidos en el plan de beneficios. En cuanto al tipo de demandado, el 76,7% de las tutelas fueron dirigidas contra EPS, y el restante 23,3% contra otros actores del sistema. Las entidades con mayor número de tutelas fueron Nueva EPS, Sura y Sanitas, las cuales también tienen la mayor participación en el aseguramiento. El informe muestra que las regiones con mayor volumen de tutelas fueron Bogotá, Valle del Cauca, Antioquia y Atlántico.

Gráfica N. 10
Tutelas Concedidas por el Derecho a la Salud
Corte: 31 de diciembre de las vigencias 2019 – 2024




Fuente: Estadísticas / Corte Constitucional: Tutelas Radicadas - https://www.corteconstitucional.gov.co/lacorte/estadisticas.php
Elaboró: Equipo Delegada Sector Salud

**Fuente:** Contraloría General de la República.

La persistencia de estos indicadores es una alerta sobre la baja resolutividad interna de las EPS, el incumplimiento de deberes contractuales y la ineficacia de los mecanismos de autorregulación. También se advierte sobre la creciente presión sobre el sistema judicial, que termina resolviendo problemas administrativos y clínicos sin el respaldo técnico suficiente. En este contexto, el informe subraya la urgencia de fortalecer los canales de atención al usuario, promover mecanismos efectivos de resolución anticipada de conflictos, y avanzar hacia modelos de supervisión que sancionen de manera efectiva a las entidades con mayor reincidencia. El alto volumen de tutelas y PQR no solo representa una carga institucional, sino que también refleja la insatisfacción ciudadana con el funcionamiento cotidiano del sistema de salud.

**6. La chequera ciega del Estado y los alcances de la intervención judicial**

El panorama es el siguiente: los jueces de primera instancia son mayoritariamente garantistas, cuando se trata de proteger el derecho a la salud, con un porcentaje de favorecimiento de 83,16% en 2014 y de 83,59% en 2015. Lastimosamente, a pesar del alto grado de favorabilidad en primera instancia, los usuarios se ven en la necesidad de interponer desacatos, por no cumplimiento de los fallos[34].

Los indicadores de concesión más altos se observaron en los Juzgados de Menores, 91,3%; Juzgados Civiles del Circuito, 86,91% y Juzgados de Familia, 86,7%; mientras que los más bajos se observaron en la Corte Suprema de Justicia, 31%; en el Consejo Seccional de la Judicatura, 66.45% y el Consejo de Estado, 71,88%[35].

Además, en altas instancias, las decisiones de tutela adoptadas en pro de los derechos fundamentales no han sido solamente un tema jurídico, cada tutela revisada por la Corte Constitucional, además de comprometer la efectividad real de los derechos subjetivos en disputa, para remediar alguna violación de derechos, mediante la adopción formal que hace el juez de la medida de restablecimiento de la vulneración, también ha entrado en la órbita funcional de las autoridades encargadas de la previsión y ejecución del presupuesto, al ordenar a una autoridad administrativa el despliegue de actuaciones que afectan las finanzas públicas, sin que estuviera estipulada la debida apropiación presupuestal[36].

Dadas las limitaciones de recursos y que los programas gubernamentales se han concentrado en la provisión de unos mínimos vitales en educación y salud, aplicados, por ejemplo, a través de las transferencias fiscales hacia los territorios, es claro que, si estos recursos públicos se desvían hacia programas para unos pocos, a través cuantiosos fallos de tutelas en salud, su impacto social y masivo terminará por diluirse y perderse los importantes progresos sociales hasta ahora alcanzados[37].

Es así, como se argumenta que la capacidad fiscal del Estado colombiano es finita y la aplicación de mayores recursos no garantiza que de forma inmediata se logre el acceso universal a los servicios de salud, en adición a que Colombia, como país en desarrollo, sólo podrá ir alcanzando sus objetivos sociales de forma gradual[38].

Con el fin de contener el creciente impacto fiscal de muchas actuaciones estatales, el gobierno colombiano promovió una reforma constitucional a partir del Acto legislativo 003 de 2011, el cual modificó el artículo 334 de la Constitución Política, incluyendo el criterio de sostenibilidad fiscal y el incidente de impacto fiscal. Este último, es un instrumento mediante el cual se busca evaluar los efectos económicos que conllevan los fallos de las altas cortes, con el fin de establecer la forma de cumplimiento de los mismos, pero siendo coherentes con los límites de la hacienda pública.

Es así como el criterio de sostenibilidad, la regla y el incidente de impacto fiscal se consideran instrumentos que imponen restricciones de gasto ligadas a los límites de la Hacienda pública, que no solo deben importar al gobierno sino también a las altas cortes, pues las invita a analizar con profundidad los efectos económicos de sus providencias[39].

Ahora bien, algunos sectores han planteado inquietudes sobre el hecho de que una Rama del Poder Público asigne recursos públicos a un sector tan limitado. Esto, teniendo en cuenta que el presupuesto en Colombia es un acto del Estado entendido como un todo, cuya expresión concreta se materializa en la ley expedida por el órgano de representación popular competente. A través de esta norma se define el plan de actuación económica, se informa sobre los recursos parafiscales administrados por las entidades correspondientes.

---

[34] (DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2016)

[35] (DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2016)

[36] (MENDIVELSO, 2013)

[37] (CLAVIJO, 2001)

[38] (CLAVIJO, 2001)

[39] (PLAZAS GÓMEZ & MORENO GUZMÁN, 2017)

se autoriza el monto máximo de gasto público para un periodo determinado y se proyectan los ingresos necesarios para su financiación[40].

Dicho de otra forma, puede verse el presupuesto público como la expresión financiera de un programa de gobierno o como un estimativo anual de los ingresos fiscales y una autorización de los gastos públicos cuya discusión, aprobación y ejecución está reservado a las autoridades elegidas popularmente, cuyo marco normativo está contenido en el capítulo III del título XII de la Constitución Política y en el estatuto orgánico del presupuesto compilado en el Decreto 111 de 1996 como en otras normas específicas posteriores, asertos aplicables a nivel nacional como territorial[41].

Incluso Sentencias como las T-185 de 1993, T-1689 de 2000 y SU-1052 de 2000 señalan que "(…) mediante la acción de tutela no es posible sustituir al Gobierno Nacional en su gestión de formular y aplicar la política fiscal del Estado, como tampoco resulta procedente, con el propósito por demás loable de proteger los derechos fundamentales, cuestionar las decisiones que con respecto a ésta facultad se tomen, porque de ser posibles la sustitución y la disputa, tendríamos que concluir que el constituyente le confió al juez constitucional, por vía de tutela, el poder omnímodo de decidir en todos los asuntos públicos, incluyendo la dirección económica del Estado lo cual, además de impertinente, contradice abiertamente la Constitución Política. Este ordenamiento determina con claridad las funciones de los diferentes órganos del poder público delimitando las concurrencias, las cuales se establecen, como mecanismos de control y cooperación en la consecución de los fines del Estado, pero nunca como inmisiones o interferencias (Art. 113 C.P.)".

Conscientes de los mandatos, reglas, el proceder y el alcance de la acción de tutelas y sus consecuencias presupuestales, la Corte Constitucional profirió la Sentencia T-760 de 2008, por medio de la cual la Corte Constitucional analiza la crisis en el acceso a la salud con el fin de solucionar el problema financiero de la salud para contribuir a la equidad y buen funcionamiento del sistema, así como también emite órdenes concretas y generales que tuvieron importantes implicaciones desde el punto de vista presupuestal, porque se relacionaron con aspectos de carácter estructural de la política pública en salud y se dispuso el seguimiento al cumplimento de las decisiones tomadas[42].

Sin embargo, es válido dejar claro que existen otras posiciones que contravienen las inconveniencias presupuestales e institucionales que las intervenciones judiciales acomodan al Estado colombiano.

La primera de ellas, es que no necesariamente las órdenes de los jueces constitucionales a los entes administrativos en asuntos que toquen directamente con sus funciones, comportan la intromisión en esferas para las cuales no tienen competencia, al punto de considerarse funciones de coadministración o cogobierno, porque por mandato superior se le confió a la jurisdicción constitucional la integridad de la constitución y, en tal medida, a efectos del control judicial de la actividad estatal se espera cierto nivel de injerencia en asuntos propios de la administración[43].

---

[40] (PLAZAS VEGA, 2008)

[41] (MENDIVELSO, 2013)

[42] (PLAZAS GÓMEZ & MORENO GUZMÁN, 2017)

[43] (GUZMÁN , 2007)

Segundo, la idea de que temas tan importantes como la economía y el presupuesto sean tratados y debatidos solamente por expertos, sería más antidemocrático, excluyendo la posibilidad de que la gente común participe en estos temas y de que la corte, como guardiana de la constitución, someta las políticas económicas a la supremacía de la carta política[44].

En ese mismo sentido, si los jueces decidieran exclusivamente tomando en cuenta las consecuencias económicas de sus determinaciones, se convertirían en órganos políticos, y el derecho perdería todo su sentido como instancia normativa de cohesión social, y que la intervención de los jueces constitucionales en la política económica, a fin de satisfacer los derechos sociales y los mandatos constitucionales, si bien requiere una mayor responsabilidad de los jueces, no es en sí misma antidemocrática, por las mismas razones que justifican el control constitucional en general[45].

El impacto económico de las decisiones no es un argumento que justifica la no protección de los derechos y que las consecuencias económicas de los fallos, son el precio que se debe pagar por la realización de un Estado Social de Derecho en una sociedad con tantas carencias como la nuestra[46].

Dice la Sentencia T-406 de 1992 que la discusión jurídica no debe reducirse a una lógica económica, pues, además de los principios económicos (legalidad del gasto, libertad económica, libertad de empresa, competencia y economía), existen otros principios primordiales con los cuales debe conciliarse cualquier entendimiento de la normatividad constitucional y legal (Estado social de Derecho, organización política y territorial, democracia participativa y pluralista, respeto a la dignidad humana, trabajo, solidaridad, interés general, soberanía popular, supremacía constitucional, los valores de convivencia, trabajo, justicia, igualdad, conocimiento, libertad, paz, servicio a la comunidad, prosperidad, efectividad de los principios y deberes, participación)[47].

Asimismo, que, si bien, estos jueces carecen de legitimidad antidemocrática formal, por no ser electos popularmente, estas intervenciones son sustantivamente democráticas, pues se orientan a preservar la dignidad de las personas y a materializar la ciudadanía social, y en esa medida contribuyen a asegurar la continuidad e imparcialidad del proceso democrático[48].

Cabe agregar que existe una separación de funciones de los órganos del estado, en la cual debe existir colaboración armónica, pero se distribuyen las competencias básicas de carácter legislativo, ejecutivo y judicial[49]:

- La rama ejecutiva, tiene a su cargo por excelencia la realización o puesta en marcha de las diferentes decisiones y políticas públicas que día a día debe asumir el Estado,

---

[44] (MENDIVELSO, 2013)

[45] (UPRIMNY, 2000)

[46] (GARCIA & UPRIMNY, 2002)

[47] (MENDIVELSO, 2013

[48] (UPRIMNY, 2000)

[49] (MENDIVELSO, 2013)

la rama legislativa responde a la función esencial de elaborar en forma deliberativa y colegiada las leyes y, la rama judicial, cumple la tarea básica de dictar justicia en toda la diversidad de casos que requieran zanjarse mediante una decisión definitiva

- El ejercicio de la función jurisdiccional en temas referidos a los mecanismos para la distribución de los bienes o de priorización del gasto público, no implica necesariamente irrespeto al principio de separación de poderes, dado que este no establece una estricta e insuperable demarcación de las funciones de los poderes públicos sino un sistema de frenos y contrapesos que permite que un órgano verifique el funcionamiento de los otros y, por el contrario, eso es manifestación concreta de la colaboración entre los distintos poderes, en la medida en que se trata de la solicitud que un órgano hace para que los demás ejerzan sus funciones con responsabilidad[50].

Es debido a lo anterior que los jueces han intervenido en asuntos relativos a políticas sociales, dada la necesidad de ocupar nuevos espacios de decisión, que otrora estaban restringidos a los demás poderes estatales, y que, cuando normativamente se hayan establecido pautas para el diseño de políticas públicas y los poderes respectivos no hayan adoptado ninguna medida, corresponderá a los jueces reprochar esa omisión y requerirles para la adopción de medidas; ya en casos excepcionales, cuando la magnitud de la violación o la ausencia de colaboración de los poderes públicos lo ha justificado, los jueces han de avanzar en la determinación concreta de las medidas que deben adoptarse[51].

**7. La necesidad de un Comité Técnico Asesor en Salud para la Rama Judicial**

Son muchos los ejemplos evidenciados de lo que va en la presente exposición de motivos, que demuestran ausencia de institucionalidad en las intervenciones judiciales para el sistema de salud. En este sentido, la determinación del derecho a la salud en la Constitución Política y en la ley no fue suficiente para tener un amparo efectivo, razón por la cual se requiere un comité especializado que resuelva las acciones de tutela al respecto[52].

En ese sentido, se debe contar con una institucionalidad sólida que sea plena conocedora de las condiciones de salud de los colombianos, para que en completo uso de sus facultades pueda actuar bajo los cimientos legales y jurisprudenciales que se han proferido en la protección del derecho fundamental a la salud.

Se requiere una institución entendedora de que, si bien, la Corte Constitucional se ha servido en señalar que reconocer la fundamentalidad del derecho a la salud, no implica, necesariamente, que todos los aspectos cobijados por esta condición son tutelables. Primero, porque los derechos constitucionales no son absolutos, es decir, pueden ser limitados de conformidad con los criterios de razonabilidad y proporcionalidad que ha fijado la jurisprudencia constitucional. Segundo, porque la posibilidad de exigir el cumplimiento de las obligaciones derivadas de un derecho fundamental y la procedencia de hacerlo por medio de la acción de tutela, son cuestiones diferentes y separables[53]

Se pretende la creación del Comité Técnico Asesor en Salud para la Rama Judicial que hagan valer las dimensiones positivas y negativas del derecho a la salud, una entidad que conozca que la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha sostenido que las dimensiones negativas del derecho a la salud , de la cuales no se deriva la obligación de realizar una acción positiva, sino más bien obligaciones de abstención, en tanto no suponen que el Estado haga algo, sino que lo deje de hacer, no hay razón alguna para que sean obligaciones cuyo cumplimiento sea pospuesto hasta que el Estado entidad o persona cuente con los recursos suficientes y la capacidad administrativa adecuada[54]

Por lo anterior, se propone una construcción de una figura que comprenda la existencia de múltiples facetas de los derechos sociales, económicos y culturales, concretamente del derecho a la salud, que son de carácter negativo y su cumplimiento no supone la actuación del Estado o de los particulares sino su abstención; que todo derecho tiene facetas prestacionales y facetas no prestacionales, que algunas de las obligaciones que se derivan de un derecho fundamental y que tienen un carácter prestacional, son de cumplimiento inmediato, bien sea porque se trata de una acción simple del estado, que no requiere mayores recursos o porque a pesar de la movilización de recursos que la labor implica, la gravedad y urgencia del asunto demandan una acción estatal inmediata; que otras de las obligaciones de carácter prestacional derivadas de un derecho fundamental son de cumplimiento progresivo, por la complejidad de las acciones y los recursos que se requieren para garantizar efectivamente el goce efectivo de estas facetas de protección de un derecho[55].

Este Proyecto de Ley determinará los criterios con los que actuará un Comité Técnico Asesor en Salud para la Rama Judicial aspectos tales como que las facetas positivas de un derecho no siempre están sometidas a una protección gradual y progresiva; cuando la omisión en el cumplimiento de las obligaciones correlativas mínimas coloca al titular del derecho ante la inminencia de sufrir un daño injustificado, éste puede reclamar la protección judicial inmediata del derecho[56].

Se propone la figura del Comité Técnico Asesor en Salud para la Rama Judicial que actúe bajo los cuatro elementos esenciales e interrelacionados, dictados por la Corte Constitucional, cuya aplicación dependerá de las condiciones del Estado parte, cuales son: DISPONIBILIDAD, referido a un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas; ACCESIBILIDAD, relacionado con que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna; ACEPTABILIDAD, atinente a que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados y, CALIDAD, por cuanto deberán también ser apropiados desde el punto de vista científico y médico[57].

Asimismo, la figura que se procura establecer deberá actuar bajo obligaciones de tres tipos: de RESPETO, en tanto los Estados deben abstenerse de injerir directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud; de PROTECCIÓN, que requiere que los Estados adopten medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías previstas en el derecho a la salud, y DE CUMPLIMIENTO O GARANTÍA, que exige que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud[58].

Se sugiere un comité que actúe acorde a los pronunciamientos realizados por la Corte Constitucional respecto a los amparos del derecho a la salud de los accionantes establecidos en la Sentencia T-760 de 2008, tales como ser conocedor de casos y proceder de acuerdo a los siguientes casos recurrentes en el sistema de salud:

- Una entidad encargada de garantizar la prestación de servicios viola el derecho a la salud de una persona cuando no autoriza un servicio que requiera, únicamente invocando como razón para la negativa el hecho de que no esté incluido en el plan obligatorio de servicios.
- Una entidad encargada de garantizar la prestación de los servicios de salud a una persona irrespeta su derecho a acceder a éstos, si le exige como condición previa que cancele un pago moderador al interesado que no tiene la capacidad económica de asumir.
- El derecho a la salud se viola especialmente, cuando el servicio requerido con necesidad es negado a una niña o a un niño, sujetos de especial protección constitucional
- El juez de tutela puede ordenar directamente a la entidad encargada que garantice el acceso al servicio de salud ordenado por el médico externo, sin darle oportunidad de que el servicio sea avalado por algún profesional que si esté adscrito a la entidad respectiva.
- La acción de tutela es procedente, de manera excepcional, para reclamar el pago de incapacidades laborales, por la importancia que estas prestaciones revisten para la garantía de los derechos fundamentales del trabajador al mínimo vital, a la salud y a la dignidad humana.
- No puede fundamentar el no reconocimiento de una incapacidad laboral en la falta de pago o en la cancelación extemporánea de las cotizaciones, cuando una entidad promotora de salud no ha hecho uso de los diferentes mecanismos de cobro que se encuentran a su alcance.
- Viola el derecho a la salud una EPS que suspenda el suministro de un tratamiento médico que se requiera, antes de que éste haya sido efectivamente asumido por otro prestador, en especial, si se trata de un sujeto de especial protección en salud, por padecer una enfermedad catastrófica o de alto costo, caso en el cual, adicionalmente, no pueden cobrársele copagos.
- Un órgano del Estado que se considera incompetente viola el derecho a la salud por negarse a responder de fondo una petición para remover un obstáculo en uno de los trámites necesarios para asegurar el adecuado flujo de los recursos y, por tanto, sostener las condiciones indispensables para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud.
- La interpretación restrictiva del PBS, según la cual se entienden excluidos los insumos no mencionados expresamente en el PBS, y procede en consecuencia su recobro ante el Fosyga cuando son ordenados por un juez de tutela vulnera el derecho a la salud

Este Proyecto de Ley se presenta bajo la total convicción de que el Comité Técnico Asesor en Salud para la Rama Judicial será conocedor de casos particulares en dicha área, pretendiendo que los tribunales introduzcan eficiencia en la adjudicación de ciertos tipos de casos; actuando bajo la teoría de que se "inyectará estabilidad doctrinal" en el área de la ley de la que es responsable, proporcionando así una mayor previsibilidad a los afectados por el área particular de la ley[59]

Asimismo, se pretende que el comité coadyuve en crear un cuerpo de leyes más coherente que el creado por múltiples tribunales que escuchan el mismo tipo de casos, apuntando, a la par, a la reducción de litigios[60]. Por otro lado, estas figuras son necesarios por una variedad de razones: esto incluye el hecho de que muchos casos son complejos y requieren mucho tiempo, extrae recursos de los tribunales con muchos otros casos en sus registros; los jueces que se sientan en tales tribunales en teoría desarrollarán pericia especial que "maximizará su nivel de desempeño" y dará como resultado un conjunto más predecible de principios legales[61].

Resulta que la conveniencia de crear el comité, el tema más litigioso en Derecho Constitucional y el segundo derecho más accionado después del derecho de petición no sería una medida nueva en relación a otros países que han optado por seguir el mismo camino para aquellos casos que resultan más abundantes en sus tribunales, por ejemplo:

- Se hallan tribunales de negocios en existencia o planeados en muchos otros países, por ejemplo, Indonesia, República Checa, Luxemburgo, Inglaterra Gales- El movimiento hacia tribunales de negocios ha sido acompañado en Europa por los esfuerzos para crear un código de negocio unificado[62].
- Se conoce, por ejemplo, que los aztecas tenían varios tribunales de jurisdicción especial.
- Algunos de los primeros tribunales de jurisdicción especial no eran tribunales orientados al tratamiento, sino que se crearon para lograr eficiencias y previsibilidad en la determinación de ciertos tipos de casos. Por ejemplo, los tribunales de sucesiones se crearon en parte para reemplazar un sistema en inglés en el que tres tipos diferentes de tribunales (eclesiásticos, derecho consuetudinario y tribunales de cancillería) reclamaban jurisdicción sobre diferentes asuntos relacionados con la distribución de los bienes de un difunto.
- Algunos tribunales de jurisdicción especial se han desarrollado para aplicar una filosofía de rehabilitación a ciertos tipos de casos. Estos pueden ser tribunales civiles, por ejemplo, tribunales de familia, o pueden ser tribunales penales, por ejemplo, tribunales de drogas o tribunales de salud mental.
- En muchos sentidos, el prototipo para tribunales especializados es el tribunal de menores. En los Estados Unidos, el primer tribunal de menores se creó en 1899. Estos tribunales, que se encuentran en muchos países en todo el mundo, se rehabilitaron explícitamente en filosofía, se basaron en suposiciones sobre la madurez y competencia del desarrollo de los jóvenes en comparación con los adultos
- Asimismo, los tribunales de drogas han sido los más populares de los tribunales especializados. El primer tribunal de drogas orientado al tratamiento en los Estados Unidos se estableció en el condado de Dade, FL en 1989, y en enero de 2000, los tribunales de drogas, incluidos los tribunales de drogas para menores, se habían

---

50 (RAMÍREZ & RIVERA, 2010)

51 (ABRAMOVICH & COURTIS, 2002)

52 (DUEÑAS 2009)

53 Sentencia T-016 de 2007 de la Corte Constitucional.

54 (MENDIVELSO, 2013)

55 Sentencia T-760 de 2008 Corte Constitucional.

56 (MENDIVELSO, 2013)

57 (MENDIVELSO, 2013)

58 (MENDIVELSO, 2013)

59 (PETRILA, 2003)

60 (PETRILA, 2003)

61 (WARD, 1999)

62 (WARD, 1999)

implementado en más de 440 jurisdicciones de los Estados Unidos y se estaban planificando en otras 279 jurisdicciones. Los tribunales de drogas parecen haberse desarrollado por tres razones principales. Esto incluye la entrada en el sistema judicial de individuos acusados de delitos relacionados con drogas como resultado de la "Guerra contra las drogas" en los Estados Unidos en los años 1980-1990; un aumento concomitante en el número de individuos encarcelados en centros penitenciarios, particularmente aunque no exclusivamente en cárceles, y la disponibilidad de fondos federales para los tribunales de drogas (aunque los primeros tribunales se crearon principalmente como iniciativas locales sin el beneficio de los fondos federales).

Por lo anterior, se presenta a consideración el presente desarrollo legislativo, bajo la confianza que constituirá una medida que apunta a brindar el mejoramiento de las condiciones de prestación del servicio que el sistema de salud brinda a los colombianos

**8. Conceptos a la iniciativa legislativa**

***8.1. Instituto Colombiano de Derecho Procesal:***

*"(...)*

***8.1)*** *Durante la vigencia de la Ley 100 de 1993, el suministro de servicios y tecnologías a los usuarios se realizaba conforme a un sistema en el que lo expresamente reconocido en la ley y sus normas complementarias dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS) era financiado con cargo a la UPC. Por el contrario, lo expresamente excluido no contaba con cobertura y, en principio, debía ser asumido por aquel o por su familia.*

***8.2)*** *En ese marco jurídico,* ***la jurisprudencia*** *constitucional identificó diversos servicios y tecnologías que carecían de regulación expresa, es decir, no se encontraban específicamente incluidos ni excluidos de la cobertura, por lo que inicialmente, no constituían obligaciones a cargo de la EPS.*

*De ahí que su reconocimiento judicial hubiera obedecido a criterios de necesidad, valorando si la negativa comprometía derechos fundamentales, la ausencia de capacidad de pago del paciente y la existencia de prescripción médica.*

*En tal contexto, la decisión recaía en un análisis judicial individualizado, sin que existieran parámetros objetivos preestablecidos para su concesión. Por otra parte, la exclusión de los servicios o tecnologías que no tenían relación con la salud, no se consideraba como generadora de la violación del derecho fundamental.*

***8.3)*** *La* ***Sentencia T860 de 2008*** *identificó las dificultades causadas, entre otras cosas, en la indefinición de los servicios y procedimientos incluidos o excluidos en el POS, entre los cuales destacó el acceso inoportuno, los problemas de calidad, la ineficiencia en el uso de recursos, la debilidad en la articulación del sistema y las dudas sobre la sostenibilidad financiera.*

***8.4)*** *La Ley 1751 de 2015 Estatutaria de la Salud, buscó afrontar esas dificultades, reconociendo el derecho a la salud como uno fundamental y autónomo, adoptando un modelo intermedio en el que las cargas se distribuyen entre el Estado, las familias y otros agentes e incentivando la corresponsabilidad y la progresividad en la cobertura.*

*También reemplazó el POS por el Plan de Beneficios en Salud (PBS) y lo vinculó al ámbito irreductible del derecho a la salud e invirtió la lógica con la que se conceden los servicios a cargo del sistema, imponiendo que el usuario tiene la posibilidad de recibir todos los servicios y tecnologías en salud salvo que expresamente no sean excluidos del PBS.*

***8.5)*** *Las exclusiones (que son las que buscan garantizar la sostenibilidad del sistema sin menoscabar el núcleo esencial del derecho), deben concretarse en una lista por parte del Ministerio de Salud, son específicas y atañen con la existencia de un propósito cosmético, la falta de evidencia científica, el uso no autorizado, la experimentación o la prestación en el exterior.*

***8.6.)*** *El PBS tiene que actualizarse una vez al año y el de sus exclusiones cada dos anualidades.*

***8.7)*** *La falta de variación periódica en los medicamentos y procedimientos excluidos de financiación con recursos públicos de la salud lleva "efectos adversos en la sostenibilidad financiera del sistema", en razón a que, la no exclusión de uno de ellos implicará que el medicamento o procedimiento puede ordenarse con cargo a uno de los siguientes sistemas de protección:*

1. ***colectivo,*** *centrado en las necesidades de la población en general, donde se tiene encuenta la carga de la enfermedad, los datos epidemiológicos y las características de la población para determinar su financiación con cargo a la UPC,*

2. ***individual,*** *que incluye medicamentos, procedimientos y, algunos servicios sociales complementarios y tecnologías de alto costo* ***(no UPC), que son financiados con cargo a los recursos de los presupuestos máximos (PM).***

***8.8.)*** *A la fecha se han expedido los siguientes actos administrativos, mediante los cuales se ha actualizado el PBS:*

| Actualización de servicios y tecnologías UPC[2] | Fecha de publicación | Entrada en Vigencia | Exclusiones | Fecha de publicación | Entrada en vigencia |
|---|---|---|---|---|---|
| Resolución 2292 de 2021 | 23-12-2021 | 01-01-2022 | Resolución 2273 de 2021 | 22-12-2021 | 01-01-2022 |
| Resolución 2808 de 2022 | 30-12-2022 | 01-01-2023 | | | |
| Resolución 2366 de 2023 | 29-12-2023 | 01-01-2024 | Resolución 641 de 2024 | 18-04-2024 | 18-04-2024 |
| Resolución 2718 de 2024 | 30-12-2024 | 01-01-2025 | | | |

***8.9)*** *Los servicios y tecnologías en salud financiados con los presupuestos máximos se encuentran determinados en la Resolución n.° 067 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social y establece las responsabilidades de los prestadores de servicios de salud, las EPS y el Adres.*

***8.10)*** *Sin embargo, al igual que en el modelo anterior, la jurisprudencia constitucional mantiene la posibilidad de inaplicar las exclusiones en eventos excepcionales, dependiendo de la estructuración en el caso concreto de reglas generales y subreglas constitucionales.*

***8.11)*** *Las reglas generales de inaplicación de las exclusiones, pueden compendiarse en:*

- *Hay amenaza o vulneración de los derechos a la vida o integridad física del paciente, que impida una vida digna.*
- *No existe un servicio o tecnología en el PBS que supla el excluido con el mismo nivel de efectividad para garantizar el mínimo vital.*
- *El usuario carece de recursos económicos para sufragar el costo y no hay posibilidad de obtenerlo por otros medios (planes complementarios, medicina prepagada).*
- *El servicio o tecnología excluido fue ordenado por el médico tratante adscrito a la EPS.*

***8.12)*** *En ese orden de ideas, la falta de conocimiento en las actualizaciones del PBS, de la lógica con la que el legislador distribuyó los recursos y de las reglas y subreglas constitucionales de inaplicación de las exclusiones o la confusión en los sistemas de protección (UPC – No UPC), conlleva directamente a un problema de financiación en el sistema de seguridad social en salud.*

*(...)*

***Conclusiones***

- *Es innegable la creciente complejidad y el elevado volumen de las acciones de tutela en el ámbito de la salud, que superaron las 1.6 millones entre 2016 y 2025, justificando plenamente la necesidad de fortalecer la capacidad técnica de la Rama Judicial en esta materia.*

*(...)"*

**9. La formación y la disponibilidad de administración de justicia para la litigiosidad en salud**

La creciente judicialización del sector salud en Colombia ha puesto de manifiesto la necesidad de fortalecer la formación y la disponibilidad de la administración de justicia, de modo que el sistema judicial pueda responder de manera eficiente, especializada y oportuna a los conflictos derivados de la prestación de servicios de salud. Un informe allegado desde el Consejo Superior de la Judicatura nos proporciona los fundamentos y justificaciones para una iniciativa legislativa que aborde estos retos.

De acuerdo con la normativa vigente, la capacitación y actualización de los funcionarios y empleados de la Rama Judicial es liderada por el Consejo Superior de la Judicatura, a través de la Escuela Judicial "Rodrigo Lara Bonilla", en cumplimiento de los acuerdos y leyes que rigen la materia. La misión de la Escuela Judicial se concreta mediante la implementación del Plan de Formación de la Rama Judicial, el cual integra de manera permanente programas de formación en derecho laboral. Para los próximos dos años, este plan se regirá por el Acuerdo PCSJA25-12285, adoptado el 12 de marzo de 2025, asegurando la continuidad y actualización de los contenidos formativos.

En los últimos cinco años, la Escuela Judicial ha ofrecido una variedad de actividades académicas relevantes para el sector justicia, adaptándose a los retos derivados de la pandemia de Covid-19. Desde marzo de 2020, se ha fortalecido el uso de medios digitales y entornos virtuales para garantizar la continuidad y el acceso a la formación, facilitando así la actualización permanente de los operadores judiciales en temas de interés, incluyendo aquellos relacionados con la litigiosidad en salud.

Entre las actividades presenciales más relevantes se destacan:

1. Conversatorio Regional sobre Protección de los Derechos Prestacionales Fundamentales: Realizado en Bucaramanga el 13 de diciembre de 2023, este evento se centró en el análisis del derecho a la salud y sus desarrollos más recientes, tomando como referencia la Sentencia T-760 de 2008 y el Auto 122A/19, Auto 287/21.
2. Conversatorio Nacional de la Especialidad Laboral: Llevado a cabo en Barranquilla el 3 y 4 de octubre de 2024, reunió a expertos y operadores judiciales para discutir los retos actuales en materia laboral.
3. XIII Conversatorio Nacional de la Especialidad Laboral y de la Seguridad Social: También en Barranquilla, del 10 al 12 de noviembre de 2021, se abordaron temas clave sobre la especialidad laboral y la seguridad social, promoviendo el intercambio de experiencias y la actualización normativa.

**Conferencias Virtuales**

En el ámbito virtual, la Escuela Judicial ha ofrecido una serie de conferencias especializadas, disponibles en su canal de YouTube, que han permitido la capacitación a distancia sobre temas de gran relevancia para la administración de justicia en salud y derecho laboral. Entre las más destacadas se encuentran:

1. Interpretación jurisprudencial en materia de derecho colectivo (14 de agosto de 2020) Ver video
2. Juez constitucional y la protección del derecho a la salud en época de pandemia (8 de junio de 2020) Ver video
3. Derecho a la salud y sentencia T-760 de 2008 (7 de diciembre de 2020) Ver video
4. Implicaciones del COVID-19 en el sistema de riesgos laborales y las relaciones del trabajo (sesión II) (22 de octubre de 2020)
5. Responsabilidad civil y reparación de daños en el ámbito de la ingeniería genética y la biomedicina (29 de septiembre de 2020)
6. El flujo de recursos en el sector salud desde el ámbito procedimental (27 de octubre de 2020)
7. Atención psicosocial y salud mental en tiempos de pandemia (12 de febrero de 2021)

Específicamente, durante el periodo 2020–2025 se realizaron al menos nueve conferencias virtuales, accesibles mediante plataformas digitales, abordando temáticas como la ansiedad y su impacto en la salud mental, los sistemas de salud de la fuerza pública y la garantía de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Estas acciones formativas responden a la necesidad de fortalecer capacidades institucionales en contextos de crisis, reforzando el criterio técnico en la toma de decisiones judiciales.

Así mismo, se han implementado diplomados virtuales dirigidos a la práctica judicial, centrados en la función de la judicatura en la protección de los derechos constitucionales

Tres cohortes, desarrolladas entre octubre de 2022 y agosto de 2023, contribuyeron de manera significativa a consolidar una visión más integral del rol del juez en el respeto y garantía de derechos fundamentales, incluyendo el derecho a la salud. Estas acciones evidencian la capacidad institucional de adaptación pedagógica y la voluntad formadora del poder judicial, constituyéndose en un referente clave para fundamentar propuestas normativas como la que se plantea en este proyecto de ley

Estos cursos son impartidos a los siguientes despachos:

**Número de juzgados a nivel nacional por especialidad**

| ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES | FUNCIONARIO |
|---|---|
| JURISDICCIÓN ORDINARIA | 4.918 |
| JUZGADOS DEL CIRCUITO | 2.074 |
| CIVIL | 376 |
| CIVIL | 312 |
| CIVIL - EJECUCIÓN | 16 |
| CIVIL - RESTITUCIÓN DE TIERRAS | 43 |
| CIVIL - RESTITUCIÓN DE TIERRAS ENFOQUE ÉTNICO | 5 |
| CIVIL - LABORAL | 58 |
| CIVIL - LABORAL | 58 |
| CIVIL - FAMILIA - LABORAL | 6 |
| CIVIL - FAMILIA - LABORAL | 6 |
| FAMILIA | 376 |
| FAMILIA | 197 |
| FAMILIA - EJECUCIÓN | 3 |
| PROMISCUO DE FAMILIA | 176 |
| LABORAL | 275 |
| LABORAL | 275 |
| PENAL | 889 |
| EJECUCIÓN DE PENAS Y MEDIDAS DE SEGURIDAD | 210 |
| PENAL | 188 |
| PENAL - ADOLESCENTES CONOCIMIENTO | 62 |
| PENAL - CONOCIMIENTO | 294 |
| PENAL - ESPECIALIZADO | 115 |
| PENAL - EXTINCIÓN DE DOMINIO | 19 |
| PENAL - EJECUCIÓN DE SENTENCIAS PARA LAS SALAS DE JUSTICIA Y PAZ | 1 |
| PROMISCUO | 94 |
| PROMISCUO | 94 |
| JUZGADOS MUNICIPALES | 2.844 |
| CIVIL | 776 |
| CIVIL | 554 |
| CIVIL - EJECUCIÓN | 59 |
| CIVIL - PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MÚLTIPLE | 163 |
| LABORAL | 78 |
| LABORAL - PEQUEÑAS CAUSAS | 78 |
| PENAL | 783 |
| PENAL | 73 |
| PENAL - ADOLESCENTES CONTROL DE GARANTÍAS | 75 |
| PENAL - AMBULANTE | 40 |
| PENAL - CONOCIMIENTO | 192 |
| PENAL - CONTROL DE GARANTÍAS | 337 |
| PENAL - MIXTO | 66 |
| PROMISCUO | 1.207 |
| PROMISCUO | 1.207 |
| JURISDICCIÓN DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO | 411 |
| JUZGADOS CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO | 411 |
| "" JURISDICICIÓN AGRARIA Y RURAL | 5 |
| JUZGADOS AGRARIO Y RURAL | 5 |
| TOTAL, JUZGADOS RAMA JUDICIAL | 5.334 |

Fuente: Consejo Superior de la Judicatura.

La estructura actual de la Rama Judicial en Colombia cuenta con más de 5.300 juzgados distribuidos a lo largo del país, cubriendo diversas especialidades y subspecialidades como civil, laboral, penal, familia, restitución de tierras, y jurisdicción agraria, entre otras. Dentro de esta complejidad jurisdiccional, cientos de jueces tienen a su cargo casos que, directa o indirectamente, involucran la garantía del derecho a la salud y el control de las prestaciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Pese a este panorama, la formación técnica especializada en salud que reciben los jueces y empleados judiciales es limitada y fragmentaria, como lo demuestra el registro de actividades académicas ofrecidas por la Escuela Judicial "Rodrigo Lara Bonilla". Aunque se han desarrollado diplomados virtuales y conferencias que abordan el derecho a la salud de manera transversal —como el impacto del COVID-19 en la salud mental, la gestión del sistema de salud y la seguridad social—, estos contenidos son generalistas y no profundizan en los aspectos técnicos, financieros, epidemiológicos o organizacionales del sistema de salud, que son esenciales para decisiones con impacto estructural.

A ello se suma la creciente litigiosidad en materia de salud, la cual ha desbordado las capacidades técnicas de los despachos judiciales. La ausencia de un cuerpo de conocimiento sistematizado y de orientación doctrinal clara en esta materia ha generado

[4] Correo electrónico del 1º. de abril de 2025, mediante el cual la Unidad de Desarrollo y Análisis Estadístico del Consejo Superior de la Judicatura envía respuesta a la petición elevada.

inseguridad jurídica, decisiones contradictorias y, en algunos casos, efectos no deseados sobre la sostenibilidad del sistema de salud. En ese sentido, la sola formación formal es insuficiente para responder a la complejidad de los casos de salud que enfrentan los jueces en todos los niveles del país.

La creación de un Comité Técnico Asesor en Salud para la Rama Judicial busca subsanar este vacío. Este órgano, adscrito al Consejo Superior de la Judicatura, permitiría dotar a los jueces de un respaldo técnico-científico transversal y actualizado. Desde una perspectiva estructural, su existencia favorecería la introducción de eficiencia y racionalidad en la adjudicación de litigios en salud, bajo la premisa de "inyectar estabilidad doctrinal" en una materia altamente técnica

Esta estabilidad doctrinal, como lo enseña la teoría del precedente y la administración eficiente de justicia, mejora la previsibilidad de las decisiones judiciales, fortalece el principio de igualdad ante la ley, y reduce los tiempos procesales y las cargas institucionales. Un Comité Técnico Asesor permitiría consolidar criterios interpretativos sobre temas como acceso a tecnologías en salud, tutela por medicamentos no POS, tratamientos experimentales, priorización en recursos escasos, y flujo de recursos entre actores del sistema.

En síntesis, esta iniciativa legislativa no solo fortalece la administración de justicia en salud, sino que articula los principios de tutela judicial efectiva, sostenibilidad del gasto público y colaboración armónica entre poderes, conforme a los postulados del Estado Social de Derecho.

**10. Análisis de impacto fiscal**

El cumplimiento de las metas y la ejecución de las medidas establecidas en el Proyecto de Ley se hará en el marco de las competencias constitucionales y legales de las entidades involucradas y en concordancia con las disponibilidades presupuestales, el Marco Fiscal de Mediano Plazo y el Marco de Gasto de Mediano Plazo

Por consiguiente, para continuar con el trámite legislativo, es pertinente tener a consideración la siguiente jurisprudencia de la Corte Constitucional

> *"Las obligaciones previstas en el artículo 7º de la Ley 819/03 constituyen un parámetro de racionalidad legislativa, que está encaminado a cumplir propósitos constitucionalmente valiosos, entre ellos el orden de las finanzas públicas, la estabilidad macroeconómica y la aplicación efectiva de las leyes. Esto último, en tanto un estudio previo de la compatibilidad entre el contenido del proyecto de ley y las proyecciones de la política económica, disminuye el margen de incertidumbre respecto de la ejecución material de las previsiones legislativas. El mandato de adecuación entre la justificación de los proyectos de ley y la planeación de la política económica, empero, no puede comprenderse como un requisito de trámite para la aprobación de las iniciativas legislativas, cuyo cumplimiento recaiga exclusivamente en el Congreso. Ello en tanto (i) el Congreso carece de las instancias de evaluación técnica para determinar el impacto fiscal de cada proyecto, la determinación de las fuentes adicionales de financiación y la compatibilidad con el marco fiscal de mediano plazo, y (ii) aceptar una interpretación de esta naturaleza constituiría una carga irrazonable para el Legislador y otorgaría un poder correlativo de veto al Ejecutivo, a través del Ministerio de Hacienda, respecto de la competencia del Congreso para hacer las leyes. Un poder de este carácter, que involucra una barrera en la función constitucional de producción normativa, se muestra incompatible con el balance entre los poderes públicos y el principio democrático. Si se considera dicho mandato como un mecanismo de racionalidad legislativa, su cumplimiento corresponde inicialmente al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, una vez el Congreso ha valorado, mediante las herramientas que tiene a su alcance, la compatibilidad entre los gastos que genera la iniciativa legislativa y las proyecciones de la política económica trazada por el Gobierno. Así, si el Ejecutivo considera que las cámaras han efectuado un análisis de impacto fiscal erróneo, corresponde al citado Ministerio el deber de concurrir al procedimiento legislativo, en aras de ilustrar al Congreso sobre las consecuencias económicas del proyecto. El artículo 7º de la Ley 819 de 2003 no puede interpretarse de modo tal que la falta de concurrencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público dentro del proceso legislativo afecte la validez constitucional del trámite respectivo*

Es relevante mencionar que la Corte Constitucional, en Sentencia C-911 de 2007, señala que el impacto fiscal de las normas no puede convertirse en óbice, para que las corporaciones públicas ejerzan su función legislativa y normativa

> *"En la realidad, aceptar que las condiciones establecidas en el artículo 7º de la Ley 819 de 2003 constituyen un requisito de trámite que le incumbe cumplir única y exclusivamente al Congreso reduce desproporcionadamente la capacidad de iniciativa legislativa que reside en el Congreso de la República, con lo cual se vulnera el principio de separación de las Ramas del Poder Público, en la medida en que se lesiona seriamente la autonomía del Legislativo*
>
> *Precisamente, los obstáculos casi insuperables que se generarían para la actividad legislativa del Congreso de la República conducirían a concederle una forma de poder de veto al Ministro de Hacienda sobre las iniciativas de ley en el Parlamento.*
>
> *Es decir, el mencionado artículo debe interpretarse en el sentido de que su fin es obtener que las leyes que se dicten tengan en cuenta las realidades macroeconómicas, pero sin crear barreras insalvables en el ejercicio de la función legislativa ni crear un poder de veto legislativo en cabeza del Ministro de Hacienda".*

**11. Conflicto de interés**

Siguiendo lo dispuesto por el artículo 3 de la Ley 2003 de 2019, que modifica el art. 291 de la Ley 5 de 1992, en que se dispone el incluir un acápite que describa las circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés para la discusión y votación de proyectos de ley, de acuerdo al artículo 286, se plantea lo siguiente:

Con esta iniciativa legislativa no podrían verse beneficiados en forma particular, actual y/o directa, en los términos de los literales a) y c) respectivamente del citado art. 286 de la Ley 5 de 1992, los propios congresistas y/o su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.

Sin perjuicio de lo anterior, en todo caso los congresistas podrán cualesquiera otras razones que consideren como causales de impedimento.

Atentamente,

| | |
|---|---|
| **NORMA HURTADO SÁNCHEZ**<br>Senadora de la República | **VICTOR MANUEL SALCEDO GUERRERO**<br>Representante a la Cámara |
| **DIEGO FERNANDO CAICEDO NAVAS**<br>Representante a la Cámara Cundinamarca | **JOSÉ ELIECER SALAZAR LOPEZ**<br>Representante a la Cámara<br>Departamento del Cesar |
| **JULIO ALBERTO ELÍAS VIDAL**<br>Senador de la República | **TERESA ENRÍQUEZ ROSERO**<br>Representante a la Cámara<br>Departamento de Nariño |
| **JORGE ELIÉCER TAMAYO MARULANDA**<br>Representante a la Cámara | **CAMILO ESTEBAN ÁVILA MORALES**<br>Representante a la Cámara<br>Departamento del Vaupés |
| Julio Elías Chagüi Flórez<br>Julio Elías Chagüi Flórez<br>Senador de la República | **ESPERANZA ANDRADE SERRANO**<br>Senadora de la República |
| **JUAN FELIPE LEMOS URIBE**<br>Senador de la República | **WILMER RAMIRO CARRILLO** |

| | |
|---|---|
| | Representante a la Cámara<br>Departamento de Norte de Santander |
| **JOHN MOISES BESAILE FAYAD**<br>Senador de la Republica | **ALFREDO DELUQUE ZULETA**<br>**SENADOR DE LA REPÚBLICA** |
| **HERNANDO GUIDA PONCE**<br>Representante a la Cámara<br>Departamento del Magdalena | **SOLEDAD TAMAYO TAMAYO**<br>Senadora de la República<br>Partido Conservador Colombiano |

SENADO DE LA REPÚBLICA
Secretaría General ( Art. 139 y ss Ley 5ª de 1.992)
El día 29 del mes Julio del año 2025
se radicó en este despacho el proyecto de ley
N°. 52 Acto Legislativo N°. _____, con todos y
cada uno de los requisitos constitucionales y legales
por: HH. Norma Hurtado, Julio Elías Vidal, Julio Elías
Chagüi, Esperanza Andrade, Alfredo Deluque y otros.

SECRETARIO GENERAL

**SENADO DE LA REPÚBLICA – SECRETARIA GENERAL – TRAMITACIÓN LEYES**

Bogotá D.C., 29 de Julio de 2025

Señor Presidente:

Con el fin de repartir el Proyecto de Ley No.052/25 Senado **"POR MEDIO DE LA CUAL SE CREA EL COMITÉ ASESOR EN SALUD PARA LA RAMA JUDICIAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"**, me permito remitir a su despacho el expediente de la mencionada iniciativa, presentada el día de hoy ante la Secretaria General del Senado de la República por los Honorables Senadores NORMA HURTADO SÁNCHEZ, JULIO ALBERTO ELÍAS VIDAL, JULIO ELÍAS CHAGUI FLÓREZ, ESPERANZA ANDRADE SERRANO, JUAN FELIPE LEMOS URIBE, JHON MOISES BESAILE FAYAD, ALFREDO DELUQUE ZULETA, SOLEDAD TAMAYO TAMAYO; y los Honorables Representantes MANUEL SALCEDO GUERRERO, DIEGO CAICEDO NAVAS, JOSÉ ELIÉCER SALAZAR LÓPEZ, TERESA ENRÍQUEZ ROSERO, JORGE ELIÉCER TAMAYO MARULANDA, CAMILO ÁVILA MORALES, WILMER RAMIRO CARRILLO, HERNANDO GUIDA PONCE. La materia de qué 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.

**DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ**
Secretario General

**PRESIDENCIA DEL H. SENADO DE LA REPÚBLICA – JULIO 29 DE 2025**

De conformidad con el informe de Secretaria General, dese por repartido el precitado Proyecto de Ley a la Comisión **PRIMERA** Constitucional y envíese 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**

**LIDIO ARTURO GARCÍA TURBAY**

**SECRETARIO GENERAL DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA**

**DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ**

Proyectó: Sarly Novoa
Revisó: Dra. Ruth Luengas Peña

# CONTENIDO

Gaceta número 1294 - viernes, 1° de agosto de 2025

SENADO DE LA REPÚBLICA

PROYECTOS DE LEY **Págs.**

Proyecto de ley número 51 de 2025 Senado, por medio de la cual se prohíbe la fabricación, importación, comercialización y distribución de Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN), Sistemas Similares Sin Nicotina (SSSN) y Productos de Tabaco Calentado (PTC) desechables o de un solo uso, y se dictan otras disposiciones. ..... 1

Proyecto de ley número 52 de 2025 Senado, por medio de la cual se crea el Comité Técnico Asesor en Salud para la Rama Judicial y se dictan otras disposiciones. ..... 1 2

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA - 2025