



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXII - N° 408

Bogotá, D. C., miércoles, 12 de junio de 2013

EDICIÓN DE 28 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariasenado.gov.co

JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

INFORMES DE CONCILIACIÓN

INFORME DE CONCILIACIÓN AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 052 DE 2011 CÁMARA, 244 DE 2012 SENADO

por medio de la cual se prohíbe el uso de animales silvestres, ya sean nativos o exóticos, en circos fijos e itinerantes.

Bogotá, D. C.

Doctores

ROY BARRERAS

Presidente Senado de la República

JORGE HUMBERTO MANTILLA

Secretario General Cámara de Representantes

Congreso de la República

La ciudad.

Referencia: Informe de conciliación al Proyecto de ley número 052 de 2011 Cámara, 244 de 2012 Senado. Apreciados Presidente y Secretario General:

De acuerdo con la designación efectuada por las Presidencias del Senado y de Cámara y de conformidad con los artículos 161 de la Constitución Política y 186 de la Ley 5ª de 1992, el suscrito Senador y Representante a la Cámara integrantes de la Comisión Accidental de Conciliación, nos permitimos someter a consideración del Senado y de la Cámara de Representantes, el texto conciliado del proyecto de ley de la referencia, dirimiendo de esta manera las discrepancias existentes entre los textos aprobados por las respectivas Sesiones Plenarias de los días 22 de mayo de 2012 en Cámara y del día 12 de junio de 2013 en Senado.

Luego de un análisis detallado de los textos, cuya aprobación por las respectivas Plenarias presenta diferencias, hemos acordado acoger el texto aprobado por el Senado de la República, por las siguientes razones:

1. Se acoge el artículo 1º aprobado en Senado, puesto que en el mismo se especifica el tipo de animales a los cuales se les aplicará el presente proyecto de ley, expresado de la siguiente manera: “animales

silvestres ya sean nativos o exóticos”. Y lo cual se conservará a lo largo del texto.

2. Se acoge el texto de Senado en el cual se perfeccionó el artículo 2º sobre la expedición de licencias, dando como término máximo 2 años para que las autoridades nacionales y locales no puedan volver a emitir licencias para espectáculos de circos itinerantes que utilicen animales silvestres, lo cual está en concordancia con el espíritu del proyecto de ley.

3. Con respecto al artículo 3º, se acoge lo propuesto por el Senado en cuanto el plazo para la adecuación de los circos itinerantes, se modifica y se establece un término de dos años, como también se determina este mismo plazo para que los empresarios de circos realicen la entrega de los animales silvestres a las autoridades.

En el mismo sentido se acogió la sugerencia del Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible respecto al decomiso, entrega o salida del país de los animales una vez se cumplan los términos de la presente ley.

En el mismo artículo se incluyó un párrafo con el fin de dar cumplimiento a la normatividad actual respecto a las medidas preventivas y sancionatorias.

4. Se acoge el texto de Senado, respecto a la competencia de las autoridades para hacer cumplir el presente proyecto de ley y se eliminó el párrafo por considerar que guarda relación con todo el artículo y se incluye en el mismo.

5. Se acoge el nuevo artículo propuesto en Senado, numerado como sexto en este informe, haciendo claridad que los establecimientos dentro de los cuales se mencionan algunos ejemplos, tales como: de conservación de especies, pedagógicas e investigativas, no serán objeto de regulación en la presente ley, por lo anterior el artículo 6º sobre la vigencia pasa a ser el artículo 7º del proyecto de ley.

En virtud de lo anterior y para los efectos pertinentes, el citado texto conciliado, debidamente numerado, es el siguiente:

**TEXTO CONCILIADO AL PROYECTO
DE LEY NÚMERO 052 DE 2011 CÁMARA,
244 DE 2012 SENADO**

*por medio de la cual se prohíbe el uso de animales
silvestres, ya sean nativos o exóticos,
en circos fijos e itinerantes.*

El Congreso de la República

DECRETA:

Artículo 1°. *Prohibición.* Se prohíbe el uso de animales silvestres ya sean nativos o exóticos de cualquier especie en espectáculos de circos fijos e itinerantes, sin importar su denominación, en todo el territorio nacional.

Artículo 2°. *Expedición de licencias.* Las autoridades nacionales y locales no podrán emitir ninguna licencia dos años después de la publicación de la presente ley a los espectáculos de circos itinerantes que usen animales silvestres ya sean nativos o exóticos, de cualquier especie, en sus presentaciones.

Artículo 3°. *Adecuación.* Los empresarios de circos, tienen un plazo de dos años, contado a partir de la publicación de la presente ley, para adecuar sus espectáculos en todo el territorio nacional, sin el uso de especies silvestres o exóticas. Se aplicará el mismo plazo, estipulado en este artículo, para que los empresarios de circos realicen la entrega de los animales silvestres a las autoridades ambientales en donde se encuentren ubicados a las entidades de que trata el artículo 5° de la presente ley.

Para el caso de especies exóticas así como sus crías, los empresarios de circos, en dicho plazo, deberán adelantar los trámites y obtener los permisos necesarios para salir del país.

Parágrafo. Cumplido el término establecido en el presente artículo las autoridades ambientales en donde se encuentren ubicados los animales que hacen parte de los circos, darán aplicación a las medidas preventivas y sancionatorias que establece la Ley 1333 de 2009.

Artículo 4°. *Cumplimiento de la normatividad.* La presente ley dará cumplimiento a la normatividad y protocolos nacionales existentes relacionados con el decomiso de animales y su manejo.

Artículo 5°. *Ejecución.* Quedan encargados de la verificación del cumplimiento y difusión de la presente ley: el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, la Policía Nacional, las Corporaciones Autónomas Regionales y Desarrollo Sostenible y los gobiernos departamentales, distritales y municipales en el marco de sus competencias. Las entidades de que trata el presente artículo, deberán realizar la respectiva reubicación del hábitat de todo animal que sea entregado a las mismas o decomisado por estas.

Artículo 6°. Los establecimientos dedicados a la conservación de especies, actividades pedagógicas, investigación y estudio, que no son ambulantes, tales como zoológicos, acuarios y oceanarios, no son objeto de la regulación contenida en la presente ley.

Artículo 7°. *Vigencia.* La presente ley rige a partir de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Augusto Posada Sánchez, Representante a la Cámara por Antioquia; *Juan de Jesús Córdoba Suárez*, Senador de la República.

PONENCIAS

**INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO
DEBATE AL PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA
NÚMERO 209 DE 2013 SENADO, NÚMERO
267 DE 2013 CÁMARA**

por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

Bogotá D. C., 12 de junio de 2013

Senadora

KARIME MOTA Y MORAD

Presidenta de la Comisión Primera de Senado

Senado de la República

Referencia: Informe de Ponencia para segundo debate al **Proyecto de Ley Estatutaria número 209 de 2013 Senado, 267 de 2013 Cámara**, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

Honorable Mesa Directiva:

En cumplimiento del encargo hecho por la honorable Mesa Directiva de la Comisión Primera Constitucional de Senado de la República, de conformidad con lo establecido en el artículo 156 de la Ley 5ª de 1992, se procede a rendir informe de ponencia para Segundo Debate al **Proyecto de Ley número 209 de 2013 Senado, 267 de 2013 Cámara**, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

Como es de conocimiento al Proyecto de Ley Estatutaria número 209 de 2013 Senado, 267 de 2013 Cámara, mediante oficio radicado por el señor Pre-

sidente de la República, doctor Juan Manuel Santos Calderón y el señor Ministro de Salud y Protección Social, doctor Alejandro Gaviria Uribe, se solicitó a los Presidentes de ambas Cámaras que se diera trámite de urgencia y deliberación conjunta de las Comisiones Primeras, tanto de Senado de la República, como de la Cámara de Representantes.

1. Consideraciones iniciales

En primer lugar, es importante recordar que el articulado propuesto recoge, en gran medida, lo dispuesto en la Observación General 14 de 2000 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC), que constituye la guía para la aplicación del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y lo desarrollado en los diferentes pronunciamientos de la jurisprudencia constitucional, en especial en la sentencia estructural T-760 de 2008. Estos elementos, con las adaptaciones propias, han sido la base para la construcción de esta iniciativa y, precisamente, en la ponencia para primer debate se hizo referencia a los mismos como fuente para la elaboración de una norma de esta relevancia.

De igual forma, como se señaló en el informe para primer debate, es clara la necesidad de expedir una ley estatutaria que regule y garantice el goce efectivo del derecho fundamental a la salud y establezca sus mecanismos de protección.

De otra parte, la sentencia de la Corte Constitucional T-760 de 2008 es imperativa al señalar que el derecho a la salud debe estar garantizado a través de una organización institucional básica para cumplir con las obligaciones de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental, a cargo del Estado, la accesibilidad en los servicios pero, a la vez, las limitaciones en el acceso de otros que resultan sustantivos o en los que no está de por medio la funcionalidad de la persona, la vida e integridad personal en condiciones dignas, la eliminación de barreras de acceso y la discriminación y, entre ellos, considerar la capacidad de pago de las personas (como un punto de la asequibilidad), protección reforzada a ciertos sectores de la población en consideración a su estado de debilidad manifiesta, una información adecuada, la progresividad y la no regresividad y, asociado a todo lo anterior, la existencia de recursos suficientes para la financiación que fluyan con oportunidad y no sean desviados a otra finalidad.

De esta manera, el Congreso de la República ha asumido un reto importante en materia regulatoria con el fin de consolidar las bases y los elementos estructurales del derecho fundamental tal y como lo ha precisado la Corte Constitucional, entre otras, en la sentencia C-791 de 2011. Por ello, la construcción realizada por las Comisiones Primeras Conjuntas del Senado de la República y de la Cámara de Representantes, liderada por los ponentes, contiene un esfuerzo de depuración que incluye dos elementos básicos. Por una parte, la visión de la garantía del derecho y su protección y, de otro lado, los temas que son específicos de una ley de esta naturaleza.

Finalmente, debe señalarse que hubo una Audiencia Pública que se llevó a cabo el 14 de mayo de 2013, que también nutrió este proceso y en el que participaron sectores sociales para lograr los mejores resultados. Sea ésta la ocasión para reconocer el trabajo realizado con miras a garantizar el derecho fundamental a la salud.

2. Antecedentes del Proyecto de Ley Estatutaria número 209 de 2013 Senado número 267 de 2013 Cámara

El proyecto de ley estatutaria fue radicado por el Gobierno Nacional el pasado 19 de marzo de 2013. Dicha radicación contó con la participación de los miembros de la Gran Junta Médica.

El 2 de abril del 2013 el Gobierno Nacional impartió trámite de urgencia y deliberación conjunta de las Comisiones Primeras de Senado y Cámara por la importancia que el referido proyecto de ley representaba para garantizar el derecho fundamental a la salud de todos los colombianos.

Posteriormente, mediante Resolución número 06 del 7 de mayo de 2013, la Mesa Directiva de las Sesiones Conjuntas de las Comisiones Primeras del honorable Senado de la República y de la honorable Cámara de Representantes autorizó convocar audiencia pública para que todos los interesados en la iniciativa presentaran opiniones u observaciones. Dicha audiencia se realizó el 14 de mayo de 2013 con la participación de los miembros de las Comisiones Primeras de Senado y Cámara, de la Gran Junta Médica, Representantes de las Asociaciones de Pacientes de Alto Costo, Representantes de la Central de Trabajadores, el grupo jurídico de la ANDI, la Directora de Gestarsalud, el Director Ge-

neral de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), la Presidenta de ANIR, el Presidente Ejecutivo de ACEMI, y el Ministro de Salud y Protección Social, entre otros. Se destacaron como puntos los siguientes:

- La necesidad del trámite de una ley estatutaria que garantice el derecho a la salud y sus mecanismos de protección.
- Explicitar que el derecho a la salud es un derecho fundamental constitucional, el cual debe protegerse y garantizarse.
- No limitar la acción de tutela.
- No restringir el alcance del derecho fundamental a la salud a un Plan de Beneficios de Salud.
- Determinantes sociales en salud.

El 21 de mayo de 2013 los ponentes de la Comisión Primera de Senado presentaron la Ponencia para primer debate del proyecto de ley, y el 22 de mayo de 2013 lo hicieron los ponentes de la Comisión Primera de Cámara. Los textos se encuentran publicados en las *Gacetas del Congreso* número 300 y 303 respectivamente.

Los dos informes de ponencia contemplaban: i) la salud como un derecho fundamental autónomo e irrenunciable; ii) las obligaciones a cargo del Estado; iii) los elementos y principios del derecho fundamental a la salud; iv) los derechos y deberes de las personas relacionados con la prestación de los servicios de salud; v) la evaluación de los indicadores del goce efectivo; vi) la autonomía profesional; vii) el respeto a la dignidad de los profesionales y trabajadores de la salud; viii) la información para el sector de la salud y ix) la inembargabilidad de los recursos, entre otros.

Los días 4 y 5 de junio de 2013 sesionaron conjuntamente las Comisiones Primeras del honorable Senado de la República y de la honorable Cámara de Representantes para la correspondiente discusión y votación. Debido a que como se expresó anteriormente las dos ponencias tenían bastantes aspectos en común, se decidió que para poder hacer un debate más expedito se trabajaría con la Ponencia a la que tuviera que hacerle menos modificaciones, por tal razón se usó como documento base la Ponencia presentada por la honorable Cámara de Representantes, y los ponentes del honorable Senado de la República retiraron su informe de ponencia para primer debate.

Sobre el texto original de la Ponencia presentada por Cámara de Representantes se concertaron varias modificaciones, entre las cuales se pueden mencionar las siguientes: se establece el ámbito de aplicación de la ley; se define el Sistema de Salud; se le da una connotación más garantista a los elementos y principios del derecho fundamental a la salud; se establece la evaluación anual de los indicadores del goce efectivo del derecho a la salud; se definen los determinantes sociales a la salud como un factor de incidencia en la misma que será financiado con recursos distintos a los destinados para salud; se incorporan los derechos a los usuarios que venían contemplados en la ponencia de Senado; se establece que la participación de las decisiones en el Sistema de Salud tendrá carácter vinculante; el Gobierno Nacional deberá implementar una política pública en salud que permita la articulación intersectorial,

basada en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y su atención integral, oportuna y de calidad, al igual que rehabilitación de sus secuelas; el Estado deberá promover la divulgación de información sobre los principales avances científicos en el campo de la salud; se establece una política de innovación, ciencia y tecnología en salud; se crea la obligación por parte del Gobierno Nacional de adoptar una política farmacéutica nacional.

En los mencionados días se expuso, discutió y votó lo siguiente:

Se aprobó con mayorías absolutas la proposición con que termina el informe de ponencia presentado por la honorable Cámara de Representantes para que se diera primer debate al Proyecto de Ley Estatutaria número 209 de 2013 Senado, 267 de 2013 Cámara.

- Se expusieron en su orden los artículos 1°, 2°, 3°, 5°, 6°, 11, 14, 15, 17, 19, 20 y 21 que no tenían proposiciones de los honorable Congresistas, los cuales fueron discutidos y votados favorablemente con las mayorías requeridas para este tipo de iniciativas.

- Se presentaron a las Comisiones Conjuntas proposiciones que buscaban modificar los artículos 4°, 7°, 8°, 9°, 12, 13, 16 y 18 los cuales fueron debatidos y aprobados con las mayorías requeridas por este tipo de iniciativas.

- Se leyeron, discutieron y aprobaron con las mayorías requeridas ocho (8) artículos nuevos que son importantes para el desarrollo de la presente iniciativa y que representan un avance para la garantía del derecho fundamental a la salud. El epígrafe de los mencionados artículos señala lo siguiente: i) Ámbito de aplicación; ii) Definición de Sistema de Salud; iii) De la política pública en salud; iv) Divulgación de información sobre progresos científicos; v) Política de Innovación, Ciencia y Tecnología en salud; vi) Política Farmacéutica Nacional; vii) Sujetos de especial protección. viii) un artículo donde se crea la figura la Defensoría del Paciente.

- Se debatió una proposición sustitutiva presentada por los honorable senadores: Karime Mota, Luis Fernando Velazco, Hemel Hurtado, Jorge Eduardo Londoño y Luis Carlos Avellaneda, en la que se pretendía modificar el artículo 10 de la Ponencia, relativo al Sistema de Salud. Esta proposición fue debatida y negada por la Cámara de Representantes, sin embargo en Senado la proposición fue debatida pero no fue aprobada ni improbada por no alcanzar la mayoría requerida para este tipo de ley.

- De igual forma, se presentaron unas constancias y unas proposiciones que los autores decidieron dejar como constancias, las cuales se anexan al presente documento.

- Fue leído y aprobado el título de la iniciativa y se determinó continuar con su trámite a través de las plenarios de cada una de las Cámaras.

Es importante resaltar que ninguno de los artículos de la Ponencia de este proyecto de ley afectan, modifican o restringen la acción de tutela o la posibilidad de interponerla en cualquier momento.

El texto aprobado por las Comisiones Primeras del honorable Senado de la República y de la honorable Cámara de Representantes en sesiones conjuntas c-respondió al siguiente:

TEXTO APROBADO POR LAS COMISIONES PRIMERAS DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA Y DE LA HONORABLE CÁMARA DE REPRESENTANTES SESIONES CONJUNTAS AL PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA NÚMERO 209 DE 2013 SENADO, 267 DE 2013 CÁMARA

por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

CAPÍTULO I

Objeto, elementos esenciales, principios, derechos y deberes

Artículo 1°. *Objeto.* La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.

Artículo 2°. *Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud.* El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. Su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, coordinación y control del Estado.

Artículo 3°. *Ámbito de aplicación.* La presente ley se aplica a todos agentes, usuarios y demás que intervengan de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho fundamental a la salud.

Artículo 4°. *Definición de Sistema de Salud.* Es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud.

Artículo 5°. *Obligaciones del Estado.* El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; para ello deberá:

a) Abstenerse de injerir directa o indirectamente en el disfrute del derecho fundamental a la salud, de adoptar decisiones que lleven al deterioro de la salud de la población y de realizar cualquier acción u omisión que pueda resultar en un daño en la salud de las personas;

b) Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema;

c) Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales;

d) Establecer mecanismos para evitar la violación del derecho fundamental a la salud y determinar su régimen sancionatorio;

e) Ejercer una adecuada inspección, vigilancia y control mediante un órgano y/o las entidades especializadas que se determinen para el efecto;

f) Velar por el cumplimiento de los principios del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, según las necesidades de salud de la población;

g) Realizar el seguimiento continuo de la evolución de las condiciones de salud de la población a lo largo del ciclo de vida de las personas;

h) Realizar evaluaciones sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de sus principios y sobre la forma como el Sistema avanza de manera razonable y progresiva en la garantía al derecho fundamental de salud;

i) Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población;

Intervenir el mercado de medicamentos, dispositivos médicos e insumos en salud con el fin de optimizar su utilización, evitar las inequidades en el acceso, asegurar la calidad de los mismos o en general cuando pueda derivarse una grave afectación de la prestación del servicio.

Artículo 6°. *Elementos y principios del derecho fundamental a la salud.* El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

a) **Disponibilidad.** El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente;

b) **Aceptabilidad.** Los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica así como de las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten, de conformidad con el artículo 9° de la presente ley y responder adecuadamente a las necesidades de salud relacionadas con el género y el ciclo de vida. Los establecimientos deberán prestar los servicios para mejorar el estado de salud de las personas dentro del respeto a la confidencialidad;

c) **Accesibilidad.** Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos desde el territorio nacional, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información. Los pagos que la ley determine y que eventualmente se requieran no podrán convertirse en límites o barreras de acceso para recibir los servicios y tecnologías;

d) **Calidad e idoneidad profesional.** Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas. Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente, enriquecida con educación continua e investigación científica y una

evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos.

Así mismo, el derecho fundamental a la salud comporta los siguientes principios:

a) **Universalidad.** Los habitantes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida;

b) **Pro homine.** Las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas;

c) **Equidad.** El Estado debe garantizar el acceso a los servicios y tecnologías del ámbito de la salud en todo el territorio nacional de manera adecuada a las distintas necesidades de la población, así como adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección;

d) **Continuidad.** Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido de manera intempestiva y arbitraria por razones administrativas o económicas;

e) **Oportunidad.** La prestación de los servicios y tecnologías de salud que se requieran con necesidad deben proveerse sin dilaciones que puedan agravar la condición de salud de las personas;

f) **Protección a las niñas, niños y mujeres en estado de embarazo.** El Estado establecerá medidas concretas y específicas para garantizar la protección especial de las niñas, niños y mujeres en estado de embarazo en el marco del sistema de salud. También adoptará políticas de promoción y prevención dirigidas específicamente a ellas;

g) **Progresividad del derecho.** El Estado promoverá la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud;

h) **Libre elección.** Las personas tienen la libertad de elegir sus prestadores de servicios de salud dentro de la oferta disponible. La libertad de elegir prestadores de servicios de salud se sujetará a las siguientes reglas: i) La oferta general de prestadores podrá ser limitada por la autoridad estatal competente que determine la ley, con base en razones atinentes a la seguridad, calidad y eficiencia del servicio y ii) Los cambios en la oferta de prestadores por quienes financien el servicio de salud no podrá disminuir la calidad o afectar la continuidad en la provisión del servicio y deberán contemplar mecanismos de transición para evitar una afectación de la salud del usuario. Dicho cambio no podrá eliminar alternativas reales de escogencia donde haya disponibilidad;

i) **Sostenibilidad.** El Estado dispondrá, por los medios que la ley estime apropiados, los recursos necesarios y suficientes para asegurar progresivamente el goce efectivo del derecho fundamental a la salud;

j) **Solidaridad.** El sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades.

Parágrafo. Los principios enunciados en este artículo se deberán interpretar de manera armónica sin privilegiar alguno de ellos sobre los demás. Lo anterior no obsta para que sean adoptadas acciones afirmativas en beneficio de sujetos de especial protección constitucional como la promoción del interés superior de las niñas niños y mujeres en estado de embarazo y personas de escasos recursos, grupos vulnerables y sujetos de especial protección.

Artículo 7°. *Evaluación anual de los indicadores del goce efectivo.* El Ministerio de Salud y Protección Social divulgará evaluaciones anuales sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de los elementos esenciales de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad.

Con base en los resultados de dicha evaluación se deberán diseñar e implementar políticas públicas tendientes a mejorar las condiciones de salud de la población.

El informe sobre la evolución de los indicadores de goce efectivo del derecho fundamental a la salud deberá ser presentado a todos los agentes del sistema.

Artículo 8°. *La integralidad.* Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. Tampoco se podrá negar un servicio de salud estrechamente vinculado con otro cubierto por el sistema.

En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada.

Parágrafo 1°. Para efectos del presente artículo se entiende por tecnología o servicio de salud aquellos directamente relacionados con el tratamiento y el cumplimiento del objetivo preventivo o terapéutico.

Parágrafo 2°. Para efectos del presente artículo las prestaciones de carácter individual, tales como la alimentación, el transporte, la educación, la habitación y los demás servicios o tecnologías de concomitantes para el manejo de las condiciones sociales, económicas, biológicas y comportamiento, serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud. La ley determinará la financiación de estos servicios y tecnologías.

Excepcionalmente para casos que afecten o pongan en grave riesgo la salud de una comunidad podrán concurrir los recursos del sistema.

Artículo 9°. *Determinantes sociales de salud.* 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.

Artículo 10. *Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud.* Las personas tienen los siguientes derechos relacionados con la prestación del servicio de salud:

a) A acceder a los servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad;

b) A elegir libremente al prestador de servicios de salud en los términos que defina la ley, previo el suministro de información por parte del Ministerio de Salud y Protección Social;

c) Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno;

d) A mantener una comunicación plena, permanente, expresa y clara con el profesional de la salud tratante;

e) A obtener información clara, apropiada y suficiente por parte del profesional de la salud tratante que le permita tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que le vayan a practicar y riesgos de los mismos. Ninguna persona podrá ser obligada, contra su voluntad, a recibir un tratamiento de salud;

f) A recibir prestaciones de salud en las condiciones y términos consagrados en la ley;

g) A recibir un trato digno, respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tengan sobre los procedimientos;

h) A que la historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada y que únicamente pueda ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley, y a poder consultar la totalidad de su historia clínica en forma gratuita y a obtener copia de la misma;

i) A que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, asistencia de calidad por trabajadores de la salud debidamente capacitados y autorizados para ejercer;

j) A la provisión y acceso oportuno a las tecnologías y a los medicamentos requeridos;

k) A recibir los servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad;

l) A la intimidad. Se garantiza la confidencialidad de toda la información que sea suministrada en el ámbito del acceso a los servicios de salud y de las condiciones de salud y enfermedad de la persona, sin perjuicio de la posibilidad de acceso a la misma por los familiares en los eventos autorizados por la ley o las autoridades en las condiciones que esta determine;

m) A recibir información sobre los canales formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias y en general, para comunicarse con la administración de las instituciones, así como a recibir una respuesta por escrito;

n) A recibir una segunda opinión por parte de un profesional de la salud cuando lo considere pertinente. Dicha consulta será considerada como un servicio cubierto;

o) A solicitar y recibir explicaciones o rendición de cuentas acerca de los costos por los tratamientos de salud recibidos;

p) A que se le respete la voluntad de aceptación o negación de la donación de sus órganos de conformidad con la ley;

q) A no ser sometidos en ningún caso a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, ni a ser obligados a soportar sufrimiento evitable, ni obligados a padecer enfermedades que pueden recibir tratamiento;

r) A que no se le trasladen las cargas administrativas y burocráticas que le corresponde asumir a los encargados o intervinientes en la prestación del servicio;

s) Agotar las posibilidades razonables de tratamiento efectivo para la superación de su enfermedad;

Son deberes de las personas relacionados con el servicio de salud, los siguientes:

a) Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad;

b) Atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención;

c) Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas;

d) Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios salud;

e) Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas, así como los recursos del sistema;

f) Cumplir las normas del sistema de salud;

g) Actuar de buena fe frente al sistema de salud;

h) Suministrar de manera voluntaria, oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos del servicio;

i) Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago.

Parágrafo 1°. Los efectos del incumplimiento de estos deberes solo podrán ser determinados por el legislador. En ningún caso su incumplimiento podrá ser invocado para impedir o restringir el acceso oportuno a servicios de salud requeridos con necesidad.

Parágrafo 2°. El Estado deberá definir las políticas necesarias para promover el cumplimiento de los deberes de las personas, sin perjuicio de lo establecido en el parágrafo 1°.

Artículo 11. *Sujetos de especial protección.* La atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor y personas en condición de discapacidad, gozarán de especial protección por parte del Estado. Su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención.

En el caso de las mujeres en estado de embarazo, se adoptarán medidas para garantizar el acceso a los servicios de salud que requieren con necesidad duran-

te el embarazo y con posterioridad al mismo y para garantizar que puedan ejercer sus derechos fundamentales en el marco del acceso a servicios de salud.

Parágrafo 1°. Las víctimas de cualquier tipo de violencia sexual tienen derecho a acceder de manera prioritaria a los tratamientos psicológicos y psiquiátricos que requieran.

Parágrafo 2°. En el caso de las personas víctimas de la violencia y del conflicto armado, el Estado desarrollará el programa de atención psicosocial y salud integral a las víctimas de que trata el artículo 137 de la Ley 1448 de 2011.

CAPÍTULO II

Garantía y mecanismos de protección del derecho fundamental a la salud

Artículo 12. *Participación en las decisiones del sistema de salud.* El Derecho a la salud comprende la intervención activa de la comunidad en su organización, gestión y fiscalización, así como en las decisiones que la afectan o interesan; también se debe garantizar que las decisiones democráticamente discutidas y consensuadas con los ciudadanos tengan carácter vinculante. Este derecho incluye:

a) Participar en la formulación de la política de salud así como en los planes para su implementación;

b) Participar en las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del Sistema;

c) Participar en los programas de promoción y prevención que sean establecidos;

d) Participar en las decisiones de inclusión o exclusión de servicios y tecnologías;

e) Participar en los procesos de definición de prioridades de salud;

f) Participar en decisiones que puedan significar una limitación o restricción en las condiciones de acceso a establecimientos de salud;

g) Participar en la evaluación de los resultados de las políticas de salud.

Artículo 13. *Redes de servicios.* El sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas.

Artículo 14. *Prohibición de la negación de prestación de servicios.* Para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud, salvo en aquellas circunstancias que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. En los casos de negación de los servicios que comprenden el derecho fundamental a la salud con independencia a su circunstancia, el Congreso de la República definirá mediante ley las sanciones penales y disciplinarias tanto de los representantes legales de las entidades a cargo de la prestación del servicio, como de las demás personas que contribuyen a la misma.

Artículo 15. *Prestaciones de salud.* El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.

En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:

- a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;
- b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;
- c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;
- d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;
- e) Que se encuentren en fase de experimentación.

Los servicios o tecnologías que cumplan con esos criterios serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria, previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. En cualquier caso, se deberá evaluar y considerar el criterio de expertos independientes de alto nivel, de las asociaciones profesionales de la especialidad correspondiente y de los pacientes que serían potencialmente afectados con la decisión de exclusión. Las decisiones de exclusión no podrán resultar en el fraccionamiento de un servicio de salud previamente cubierto, y ser contrarias al principio de integralidad.

Parágrafo 1°. Contra el acto administrativo que decida sobre la exclusión de un servicio o tecnología de salud procederá el recurso de reconsideración ante el mismo órgano que lo profirió. El recurso será decidido en un período no superior a veinte (20) días calendario.

Parágrafo 2°. Una vez excluido el servicio o tecnología la autoridad competente deberá informar de dicha determinación a los Jueces de la República.

Parágrafo 3°. El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá hasta dos años para implementar lo señalado en el presente artículo. En este lapso el Ministerio podrá desarrollar el mecanismo técnico, participativo y transparente para excluir servicio o tecnologías de salud.

Artículo 16. *Acción especial de nulidad en salud.* Contra los actos administrativos de carácter general que contengan decisiones de exclusión de un servicio o tecnología de salud se podrá interponer la acción de nulidad ante el Consejo de Estado. La acción deberá ser decidida en un término no superior a sesenta (60) días. Para tal efecto, cada una de las tres fases del proceso contencioso administrativo previsto en la Ley 1437 de 2011 no podrá durar más de veinte (20) días.

Artículo 17. *Procedimiento de resolución de conflictos por parte de los profesionales de la salud.* Los conflictos o discrepancias en diagnósticos y/o alternativas terapéuticas generadas a partir de la atención, serán dirimidos por las juntas médicas de los prestadores de servicios de salud o por las juntas médicas de la red de prestadores de servicios salud, de acuerdo con el procedimiento de que determine la ley.

CAPÍTULO III

Profesionales y trabajadores de la salud

Artículo 18. *Autonomía profesional.* Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el tratamiento de los pacien-

tes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación.

Se prohíbe todo constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la autonomía de los profesionales de la salud.

La vulneración de esta disposición será sancionada por los tribunales u organismos profesionales competentes y por los organismos de inspección, vigilancia y control en el ámbito de sus competencias.

Parágrafo. Queda expresamente prohibida la promoción u otorgamiento de cualquier tipo de prebendas o dadas a profesionales y trabajadores de la salud en el marco de su ejercicio laboral, sean estas en dinero o en especie por parte de proveedores; empresas farmacéuticas, productoras, distribuidoras o comercializadoras de medicamentos o de insumos, dispositivos y/o equipos médicos o similares.

Artículo 19. *Respeto a la dignidad de los profesionales y trabajadores de la salud.* Los trabajadores, y en general el talento humano en salud, estarán amparados por condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos, de acuerdo con las necesidades institucionales.

CAPÍTULO IV

Otras disposiciones

Artículo 20. *Política para el manejo de la información en salud.* Con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los actores, en sus diferentes niveles y su transformación en información para la toma de decisiones, se implementará una política que incluya un sistema único de información en salud, que integre los componentes demográficos, socio-económicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros.

Los agentes del Sistema deben suministrar la información que requiera el Ministerio de Salud y Protección Social, en los términos y condiciones que se determine.

Artículo 21. *De la política pública en salud.* El Gobierno Nacional deberá implementar una política social de Estado que permita la articulación intersectorial con el propósito de garantizar los componentes esenciales del derecho, afectando de manera positiva los determinantes sociales de la salud.

De igual manera dicha política social de Estado se deberá basar en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y su atención integral, oportuna y de calidad, al igual que rehabilitación.

Artículo 22. *Divulgación de información sobre progresos científicos.* El Estado deberá promover la divulgación de información sobre los principales avances científicos en el campo de la salud, así como el mejoramiento en las prácticas clínicas y las rutas críticas.

Artículo 23. *Política de Innovación, Ciencia y Tecnología en salud.* El Estado deberá establecer una política de Innovación, Ciencia y Tecnológica en salud, orientada a la investigación y generación de nuevos conocimientos en salud, la adquisición y producción de las tecnologías, equipos y herramientas necesarias para prestar un servicio de salud de alta calidad que permita el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Artículo 24. *Política Farmacéutica Nacional.* El Gobierno Nacional establecerá una Política Farma-

cética Nacional, programática e integral en la que se identifiquen las estrategias, prioridades, mecanismos de financiación, adquisición, almacenamiento, producción, compra y distribución de los insumos, tecnologías y medicamentos. Esta política estará basada en criterios de necesidad, calidad, costo efectividad, suficiencia y oportunidad.

Con el objetivo de mantener la transparencia en la oferta de medicamentos necesarios para proteger el derecho fundamental a la salud, una vez por semestre la entidad responsable de la expedición del registro sanitario, emitirá un informe de carácter público sobre los registros otorgados a nuevos medicamentos incluyendo la respectiva información terapéutica. Así mismo, remitirá un listado de los registros negados y un breve resumen de las razones que justificaron dicha determinación.

Artículo 25. Deber de garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas. El Estado deberá garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional. La extensión de la red pública hospitalaria no depende de la rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social. En zonas dispersas, el Estado deberá adoptar medidas razonables y eficaces, progresivas y continuas, para garantizar opciones con el fin de que sus habitantes accedan oportunamente a los servicios de salud que requieran con necesidad.

Artículo 26. Destinación e inembargabilidad de los recursos. Los recursos públicos que financian la salud son inembargables, tienen destinación específica y no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente.

Artículo 27. De la Defensoría del Paciente. La Defensoría del Pueblo y las Personerías Municipales dispondrán de los funcionarios necesarios para que en cada municipio y distrito opere la defensoría del paciente, propendiendo por la salvaguarda y garantía de los derechos de los pacientes o usuarios del sistema de salud frente a las instituciones del Sistema.

La Defensoría del Paciente prestará sus servicios todos los días de la semana durante las 24 horas del día.

Artículo 28. Vigencia y derogatorias. La presente ley rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

3. Justificación sobre el pliego de modificaciones para segundo debate

Con respecto al artículo 5°, relativo a las obligaciones del Estado, se modifica lo siguiente:

Literal a) se cambia la palabra “injerir” por “afectar”, ya que la primera implicaría que el Estado tendría que asumir un papel pasivo frente al disfrute del derecho, lo cual es contrario al espíritu de esta ley, pues lo que se quiere es que el Estado sea el primer garante y responsable de este derecho fundamental.

El literal a) lo que pretende es que las acciones u omisiones del Estado en ningún caso puedan afectar de manera negativa el disfrute de este derecho fundamental.

La adición que se le hace al literal d) tiene por objeto fortalecer los mecanismos para evitar la violación del derecho fundamental.

Con respecto al artículo 6°, relativo a los elementos y principios del derecho fundamental a la salud se modifican los siguientes literales:

Accesibilidad. Se amplía el alcance de este elemento esencial.

Se incluyen los principios de obligatoriedad, portabilidad nacional, gratuidad y transparencia y se modifica la redacción del principio de universalidad, a fin de que haya más claridad en que el Sistema de Salud cubija a todos los residentes en el territorio nacional sin necesidad de requisito adicional alguno, independientemente del lugar donde residan o laboren y que el Estado es el garante de la transparencia en los procesos que se dan alrededor del derecho fundamental a la salud.

Estos principios se encontraban contemplados en la ponencia original presentada por la Comisión Primera de Senado, publicada en la *Gaceta del Congreso* número 300 de 2013.

Con respecto al artículo 10 se hacen las siguientes modificaciones:

Se modifica el literal m), incluyendo la posibilidad de cuando el solicitante así lo quiera, pueda presentar sus reclamaciones, quejas o sugerencias de forma oral (más ágil) y recibirlas por este mismo medio si así lo deseara.

Se adiciona un literal t), permitiendo que los usuarios puedan escoger libremente el sexo del profesional de la salud cuando la disponibilidad de los mismos así lo permitiere, esto se hace con el fin de que el usuario o paciente se sienta lo más cómodo posible con el profesional de la salud que lo atienda. Este texto se encontraba incluido en la ponencia presentada por la Comisión Primera de Senado, publicada en la *Gaceta del Congreso* número 300 de 2013.

Los artículos 13, 14 y 15 se encontraban establecidos en la Ponencia presentada por la Comisión Primera de Senado (artículos 24 y 25) publicada en la *Gaceta del Congreso* número 300 de 2013.

El actual artículo 15 es la segunda parte de lo que era el literal c) del artículo 25 de la mencionada Ponencia de la Comisión Primera de Senado.

En el artículo 19 se agrega la expresión “sin perjuicio de la acción de tutela” para que quede claro que lo estipulado en este artículo o en cualquier otro de la Ponencia no afectan, modifican o restringen la acción de tutela o la posibilidad de interponerla en cualquier momento.







Al artículo 30 simplemente se le incluyó el encabezado del artículo.

3. Proposición

De conformidad con las consideraciones expuestas, se solicita **dar segundo debate al Proyecto de Ley número 209 de 2013 Senado, 267 de 2013 Cámara, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.** Con base en el Pliego de Modificaciones adjunto.

De los señores Congresistas,

Cordialmente,

 KARIME MOTA Y MORAD Senador de la República Coordinadora Ponente	 LUIS CARLOS AVELLANEDA Senador de la República
 LUIS BERNARDO VELASCO Senador de la República	 JORGE EDUARDO CONDONO Senador de la República
 HEMEL HURTADO Senador de la República	 JUAN MANUEL CORZO Senador de la República

TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA NÚMERO 209 DE 2013 SENADO, 267 DE 2013 CÁMARA

Título. Igual al aprobado por las Comisiones primeras Conjuntas de Senado y Cámara.

Artículos del 1° al 4°. Igual a los aprobados por las Comisiones Primeras Conjuntas de Senado y Cámara.

El artículo 5° quedará así:

Artículo 5°. Obligaciones del Estado. El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; para ello deberá:

a) Abstenerse de afectar directa o indirectamente el disfrute del derecho fundamental a la salud, de adoptar decisiones que lleven al deterioro de la salud de la población y de realizar cualquier acción u omisión que pueda resultar en un daño en la salud de las personas;

b) Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema;

c) Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales;

d) Establecer mecanismos eficientes, eficaces, efectivos y oportunos para evitar la violación del derecho fundamental a la salud y determinar su régimen sancionatorio;

e) Ejercer una adecuada inspección, vigilancia y control mediante un órgano y/o las entidades especializadas que se determinen para el efecto;

f) Velar por el cumplimiento de los principios del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, según las necesidades de salud de la población;

g) Realizar el seguimiento continuo de la evolución de las condiciones de salud de la población a lo largo del ciclo de vida de las personas;

h) Realizar evaluaciones sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de sus principios y sobre la forma como el Sistema avanza de manera razonable y progresiva en la garantía al derecho fundamental de salud;

i) Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población;

j) Intervenir el mercado de medicamentos, dispositivos médicos e insumos en salud con el fin de optimizar su utilización, evitar las inequidades en el acceso, asegurar la calidad de los mismos o en general cuando pueda derivarse una grave afectación de la prestación del servicio.

El artículo 6° quedará así:

Artículo 6°. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

a) **Disponibilidad.** El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente;

b) **Aceptabilidad.** Los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica así como de las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten, de conformidad con el artículo 12 de la presente ley y responder adecuadamente a las necesidades de salud relacionadas con el género y el ciclo de vida. Los establecimientos deberán prestar los servicios para mejorar el estado de salud de las personas dentro del respeto a la confidencialidad;

c) **Accesibilidad.** Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos los habitantes del territorio nacional, en condiciones de igualdad a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación por razones de sexo, raza, orientación sexual, origen nacional, religión, edad, capacidad económica o tipo de enfermedad que padezca; la accesibilidad física; la asequibilidad económica y el acceso a la información;

d) **Calidad e idoneidad profesional.** Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas. Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente, enriquecido con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos.

Así mismo, el derecho fundamental a la salud comporta los siguientes principios:

a) **Universalidad.** El Sistema de Salud cubre a todos los residentes en el territorio nacional durante todas las etapas de su vida;

b) **Pro hómine.** Las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas;

c) **Equidad.** El Estado debe garantizar el acceso a los servicios y tecnologías del ámbito de la salud en todo el territorio nacional de manera adecuada a las distintas necesidades de la población, así como adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección;

d) **Continuidad.** Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciado, este no podrá ser interrumpido de manera intempestiva y arbitraria por razones administrativas o económicas;

e) **Oportunidad.** La prestación de los servicios y tecnologías de salud que se requieran con necesidad deben proveerse sin dilaciones que puedan agravar la condición de salud de las personas;

f) **Protección a las niñas, niños y mujeres en estado de embarazo.** El Estado establecerá medidas

concretas y específicas para garantizar la protección especial de las niñas, niños y mujeres en estado de embarazo en el marco del sistema de salud. También adoptará políticas de promoción y prevención dirigidas específicamente a ellas;

g) **Progresividad del derecho.** El Estado promoverá la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud;

h) **Libre elección.** Las personas tienen la libertad de elegir sus prestadores de servicios de salud dentro de la oferta disponible. La libertad de elegir prestadores de servicios de salud se sujetará a las siguientes reglas: i) La oferta general de prestadores podrá ser limitada por la autoridad estatal competente que determine la ley, con base en razones atinentes a la seguridad, calidad y eficiencia del servicio y ii) Los cambios en la oferta de prestadores por quienes financien el servicio de salud no podrá disminuir la calidad o afectar la continuidad en la provisión del servicio y deberán contemplar mecanismos de transición para evitar una afectación de la salud del usuario. Dicho cambio no podrá eliminar alternativas reales de escogencia donde haya disponibilidad;

i) **Sostenibilidad.** El Estado dispondrá, por los medios que la ley estime apropiados, los recursos necesarios y suficientes para asegurar progresivamente el goce efectivo del derecho fundamental a la salud;

j) **Solidaridad.** El sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades;

k) **obligatoriedad.** El Estado garantiza que todos los residentes en el territorio colombiano accedan a los servicios de salud;

l) **Portabilidad nacional.** El Sistema de Salud debe garantizar a sus usuarios el acceso a los servicios de salud en todo el territorio nacional, independientemente de su residencia o lugar de trabajo;

m) **Gratuidad.** El Estado garantizará el derecho a la salud sin barrera económica alguna, ni demostración de capacidad de pago, sin perjuicio de que quien tenga capacidad de pago aporte o cotice;

n) **Transparencia.** El Estado debe garantizar la probidad, visibilidad y claridad de las actuaciones y en el manejo de los recursos por parte de los actores que participan en la garantía del derecho a la salud.

Parágrafo. Los principios enunciados en este artículo se deberán interpretar de manera armónica sin privilegiar alguno de ellos sobre los demás. Lo anterior no obsta para que sean adoptadas acciones afirmativas en beneficio de sujetos de especial protección constitucional como la promoción del interés superior de las niñas, niños y mujeres en estado de embarazo y personas de escasos recursos, grupos vulnerables y sujetos de especial protección.

Artículos del 7° al 9°. Igual a los aprobados por las Comisiones Primeras Conjuntas de Senado y Cámara.

El artículo 10 quedará así:

Artículo 10. Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud.

Las personas tienen los siguientes derechos relacionados con la prestación del servicio de salud:

a) A acceder a los servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad;

b) A elegir libremente al prestador de servicios de salud en los términos que defina la ley, previo el suministro de información por parte del Ministerio de Salud y Protección Social;

c) Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno;

d) A mantener una comunicación plena, permanente, expresa y clara con el profesional de la salud tratante;

e) A obtener información clara, apropiada y suficiente por parte del profesional de la salud tratante que le permita tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que le vayan a practicar y riesgos de los mismos. Ninguna persona podrá ser obligada, contra su voluntad, a recibir un tratamiento de salud;

f) A recibir prestaciones de salud en las condiciones y términos consagrados en la ley;

g) A recibir un trato digno, respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tengan sobre los procedimientos;

h) A que la historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada y que únicamente pueda ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley, y a poder consultar la totalidad de su historia clínica en forma gratuita y a obtener copia de la misma;

i) A que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, asistencia de calidad por trabajadores de la salud debidamente capacitados y autorizados para ejercer;

j) A la provisión y acceso oportuno a las tecnologías y a los medicamentos requeridos;

k) A recibir los servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad;

l) A la intimidad. Se garantiza la confidencialidad de toda la información que sea suministrada en el ámbito del acceso a los servicios de salud y de las condiciones de salud y enfermedad de la persona, sin perjuicio de la posibilidad de acceso a la misma por los familiares en los eventos autorizados por la ley o las autoridades en las condiciones que esta determine;

m) A recibir información sobre los canales formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias orales y por escrito y en general, para comunicarse con la administración de las instituciones, así como a recibir una respuesta por escrito y oral;

n) A recibir una segunda opinión por parte de un profesional de la salud cuando lo considere pertinente. Dicha consulta será considerada como un servicio cubierto;

o) A solicitar y recibir explicaciones o rendición de cuentas acerca de los costos por los tratamientos de salud recibidos;

p) A que se le respete la voluntad de aceptación o negación de la donación de sus órganos de conformidad con la ley;

q) A no ser sometidos en ningún caso a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, ni a ser obligados a soportar sufrimiento evitable, ni obligados a padecer enfermedades que pueden recibir tratamiento;

r) A que no se le trasladen las cargas administrativas y burocráticas que le corresponde asumir a los encargados o intervinientes en la prestación del servicio;

s) Agotar las posibilidades razonables de tratamiento efectivo para la superación de su enfermedad;

t) A escoger libremente el sexo del profesional de la salud tratante. Este derecho estará sujeto a la disponibilidad de los mismos.

Son deberes de las personas relacionados con el servicio de salud, los siguientes:

a) Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad;

b) Atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención;

c) Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas;

d) Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios salud;

e) Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas, así como los recursos del sistema;

f) Cumplir las normas del sistema de salud;

g) Actuar de buena fe frente al sistema de salud;

h) Suministrar de manera voluntaria, oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos del servicio.

Parágrafo 1°. Los efectos del incumplimiento de estos deberes solo podrán ser determinados por el legislador. En ningún caso su incumplimiento podrá ser invocado para impedir o restringir el acceso oportuno a servicios de salud requeridos con necesidad.

Parágrafo 2°. El Estado deberá definir las políticas necesarias para promover el cumplimiento de los deberes de las personas, sin perjuicio de lo establecido en el parágrafo 1°.

Artículos del 11 al 12. Igual a los aprobados por las Comisiones Primeras Conjuntas de Senado y Cámara.

El artículo 13 quedará así:

Artículo 13. Del Sistema Único de Salud. A fin de garantizar el derecho fundamental a la salud, el Estado creará un Sistema Único de Salud, con aseguramiento de carácter público social.

El Sistema garantizará el derecho a la salud a través de prestación de servicios, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluye promoción de ella, prevención y atención de la enfermedad, y rehabilitación de sus secuelas, privilegiando la estrategia de atención primaria.

El artículo 14 quedará así:

Artículo 14. Modelo de servicio. El Sistema Único de Salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud de carácter público con participación del sector privado, articuladas por la estrategia de atención primaria en salud.

La ley definirá el modelo para la prestación del servicio público de acceso a la salud y establecerá las políticas, procedimientos, instituciones y esquemas

para su ejecución, de conformidad con los principios constitucionales y los criterios establecidos por el presente ordenamiento.

En todo caso el modelo de salud que se adopte deberá aplicar las siguientes condiciones:

a) La rectoría y dirección estará a cargo del Estado y es indelegable;

b) La cobertura será universal y obligatoria;

c) Las entidades administradoras de salud, si las hubiere, o quien haga sus veces, serán exclusivamente de naturaleza pública;

d) No podrá haber integración vertical;

e) El aseguramiento debe ser de naturaleza pública;

f) Las entidades encargadas de la prestación del servicio de salud podrán ser de naturaleza pública, privada o mixta;

g) Las prestaciones se reconocerán sin distingo de la condición personal o socioeconómica y estarán determinadas por las necesidades de la población, la satisfacción del derecho humano a la salud y los recursos que se comprometan en el servicio;

h) La financiación de la salud tendrá prioridad y comprometerá los recursos que sean necesarios para tal fin;

i) El modelo de seguridad social en salud aplicará obligatoriamente la estrategia de atención primaria en salud y se basará en el desarrollo de estrategias eficientes respecto de la aplicación de prácticas de medicina familiar;

j) El sistema definirá e implementará los mecanismos de seguimiento a su aplicación y los esquemas de auditoría aplicables a los diferentes componentes que lo integren.

Se establecerán mecanismos eficaces de seguimiento al perfil epidemiológico nacional y por regiones y esquemas de análisis actuarial con los que se soporten las decisiones que las autoridades públicas deben adoptar en la materia.

La adopción de normas en materia de política sobre el sector salud respetará los principios y pautas sobre los que se estructure el modelo institucional del servicio, evitando distorsiones o ajustes parciales que conduzcan a la desconfiguración del mismo, sin perjuicio de la adopción por el legislador de reformas estructurales que en todo caso respeten las prescripciones de la presente ley.

El artículo 15 quedará así:

Artículo 15. Administración del servicio de salud. A las entidades administradoras de salud, si las hubiere, o quien haga sus veces, se les prohíbe ejercer otra actividad distinta o adicional a la administración del servicio de salud.

Artículo 16. Texto del artículo 13 aprobado por las Comisiones Primeras Conjuntas de Senado y Cámara.

Artículo 17. Texto del artículo 14 aprobado por las Comisiones Primeras Conjuntas de Senado y Cámara.

Artículo 18. Texto del artículo 15 aprobado por las Comisiones Primeras Conjuntas de Senado y Cámara.

El texto del artículo 19 quedará así:

Artículo 19. Acción especial de nulidad en salud. Contra los actos administrativos de carácter general que contengan decisiones de exclusión de un servicio o tecnología de salud se podrá interponer, sin perjuici-

cio de la acción de tutela, la acción de nulidad ante el Consejo de Estado. La acción deberá ser decidida en un término no superior a sesenta (60) días. Para tal efecto, cada una de las tres fases del proceso contencioso administrativo previsto en la Ley 1437 de 2011 no podrá durar más de veinte (20) días.

Artículo 20. Texto del artículo 17 aprobado por las Comisiones Primeras Conjuntas de Senado y Cámara.

Artículo 21. Texto del artículo 18 aprobado por las Comisiones Primeras Conjuntas de Senado y Cámara.

Artículo 22. Texto del artículo 19 aprobado por las Comisiones Primeras Conjuntas de Senado y Cámara.

Artículo 23. Texto del artículo 20 aprobado por las Comisiones Primeras Conjuntas de Senado y Cámara.

Artículo 24. Texto del artículo 21 aprobado por las Comisiones Primeras Conjuntas de Senado y Cámara.

Artículo 25. Texto del artículo 22 aprobado por las Comisiones Primeras Conjuntas de Senado y Cámara.

Artículo 26. Texto del artículo 23 aprobado por las Comisiones Primeras Conjuntas de Senado y Cámara.

Artículo 27. Texto del artículo 24 aprobado por las Comisiones Primeras Conjuntas de Senado y Cámara.

Artículo 28. Texto del artículo 25 aprobado por las Comisiones Primeras Conjuntas de Senado y Cámara.

Artículo 29. Texto del artículo 26 aprobado por las Comisiones Primeras Conjuntas de Senado y Cámara.

El artículo 30 quedará así:

Artículo 30. De la Defensoría del Paciente. La Defensoría del Pueblo y las Personerías Municipales dispondrán de los funcionarios necesarios para que en cada municipio y distrito opere la defensoría del paciente, propendiendo por la salvaguarda y garantía de los derechos de los pacientes o usuarios del Sistema de Salud frente a las instituciones del Sistema.

La Defensoría del Paciente prestará sus servicios todos los días de la semana durante las 24 horas del día.

Artículo 31. Texto del artículo 28 aprobado por las Comisiones primeras Conjuntas de Senado y Cámara.

De los señores Congresistas,

Cordialmente,



KARIME MOTA Y MORAD
Senador de la República
Coordinadora Permite

LUIS CARLOS AVELLANEDA
Senador de la República

LUIS FERNANDO VELÁSICO
Senador de la República

JORGE EDUARDO LONDOÑO
Senador de la República

HEMEL HURTADO
Senador de la República

JUAN MANUEL CORZO
Senador de la República

De conformidad con el inciso 2° del artículo 165 de la Ley 5ª de 1992, se autoriza la publicación del presente informe.

La Presidenta,

Karime Mota y Morad.

El Secretario,

Guillermo León Giraldo Gil.

TEXTO APROBADO POR LAS COMISIONES PRIMERAS DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA Y DE LA HONORABLE CÁMARA DE REPRESENTANTES SESIONES CONJUNTAS AL PROYECTO DE LEY ESTADUTARIA NÚMERO 209 DE 2013 SENADO, 267 DE 2013 CÁMARA

por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

CAPÍTULO I

Objeto, elementos esenciales, principios, derechos y deberes

Artículo 1°. *Objeto.* La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.

Artículo 2°. *Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud.* El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. Su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, coordinación y control del Estado.

Artículo 3°. *Ámbito de aplicación.* La presente ley se aplica a todos agentes, usuarios y demás que intervengan de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho fundamental a la salud.

Artículo 4°. *Definición de Sistema de Salud.* Es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud.

Artículo 5°. *Obligaciones del Estado.* El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; para ello deberá:

a) Abstenerse de injerir directa o indirectamente en el disfrute del derecho fundamental a la salud, de adoptar decisiones que lleven al deterioro de la salud de la población y de realizar cualquier acción u omisión que pueda resultar en un daño en la salud de las personas;

b) Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema;

c) Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales;

d) Establecer mecanismos para evitar la violación del derecho fundamental a la salud y determinar su régimen sancionatorio;

e) Ejercer una adecuada inspección, vigilancia y control mediante un órgano y/o las entidades especializadas que se determinen para el efecto;

f) Velar por el cumplimiento de los principios del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, según las necesidades de salud de la población;

g) Realizar el seguimiento continuo de la evolución de las condiciones de salud de la población a lo largo del ciclo de vida de las personas;

h) Realizar evaluaciones sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de sus principios y sobre la forma como el Sistema avanza de manera razonable y progresiva en la garantía al derecho fundamental de salud;

i) Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población;

j) Intervenir el mercado de medicamentos, dispositivos médicos e insumos en salud con el fin de optimizar su utilización, evitar las inequidades en el acceso, asegurar la calidad de los mismos o en general cuando pueda derivarse una grave afectación de la prestación del servicio.

Artículo 6°. *Elementos y principios del derecho fundamental a la salud.* El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

a) **Disponibilidad.** El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente;

b) **Aceptabilidad.** Los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica así como de las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten, de conformidad con el artículo 13 de la presente ley y responder adecuadamente a las necesidades de salud relacionadas con el género y el ciclo de vida. Los establecimientos deberán prestar los servicios para mejorar el estado de salud de las personas dentro del respeto a la confidencialidad;

c) **Accesibilidad.** Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos desde el territorio nacional, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información. Los pagos que la ley determine y que eventualmente se requieran no podrán convertirse en límites o barreras de acceso para recibir los servicios y tecnologías;

d) **Calidad e idoneidad profesional.** Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas. Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente, enriquecida con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos.

Así mismo, el derecho fundamental a la salud comporta los siguientes principios:

a) **Universalidad.** Los habitantes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida;

b) **Pro homine.** Las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas;

c) **Equidad.** El Estado debe garantizar el acceso a los servicios y tecnologías del ámbito de la salud en todo el territorio nacional de manera adecuada a las distintas necesidades de la población, así como adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección;

d) **Continuidad.** Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciado, este no podrá ser interrumpido de manera intempestiva y arbitraria por razones administrativas o económicas;

e) **Oportunidad.** La prestación de los servicios y tecnologías de salud que se requieran con necesidad deben proveerse sin dilaciones que puedan agravar la condición de salud de las personas;

f) **Protección a las niñas, niños y mujeres en estado de embarazo.** El Estado establecerá medidas concretas y específicas para garantizar la protección especial de las niñas, niños y mujeres en estado de embarazo en el marco del sistema de salud. También adoptará políticas de promoción y prevención dirigidas específicamente a ellas;

g) **Progresividad del derecho.** El Estado promoverá la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud;

h) **Libre elección.** Las personas tienen la libertad de elegir sus prestadores de servicios de salud dentro de la oferta disponible. La libertad de elegir prestadores de servicios de salud se sujetará a las siguientes reglas: i) La oferta general de prestadores podrá ser limitada por la autoridad estatal competente que determine la ley, con base en razones atinentes a la seguridad, calidad y eficiencia del servicio y ii) Los cambios en la oferta de prestadores por quienes financien el servicio de salud no podrá disminuir la calidad o afectar la continuidad en la provisión del servicio y deberán contemplar mecanismos de transición para evitar una afectación de la salud del usuario. Dicho cambio no podrá eliminar alternativas reales de escogencia donde haya disponibilidad;

i) **Sostenibilidad.** El Estado dispondrá, por los medios que la ley estime apropiados, los recursos necesarios y suficientes para asegurar progresivamente el goce efectivo del derecho fundamental a la salud;

j) **Solidaridad.** El sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades.

Parágrafo. Los principios enunciados en este artículo se deberán interpretar de manera armónica sin privilegiar alguno de ellos sobre los demás. Lo ante-

rrior no obsta para que sean adoptadas acciones afirmativas en beneficio de sujetos de especial protección constitucional como la promoción del interés superior de las niñas, niños y mujeres en estado de embarazo y personas de escasos recursos, grupos vulnerables y sujetos de especial protección.

Artículo 7°. *Evaluación anual de los indicadores del goce efectivo.* El Ministerio de Salud y Protección Social divulgará evaluaciones anuales sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de los elementos esenciales de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad.

Con base en los resultados de dicha evaluación se deberán diseñar e implementar políticas públicas tendientes a mejorar las condiciones de salud de la población.

El informe sobre la evolución de los indicadores de goce efectivo del derecho fundamental a la salud deberá ser presentado a todos los agentes del sistema.

Artículo 8°. *La Integralidad.* Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. Tampoco se podrá negar un servicio de salud estrechamente vinculado con otro cubierto por el sistema.

En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada.

Parágrafo 1°. Para efectos del presente artículo se entiende por tecnología o servicio de salud aquellos directamente relacionados con el tratamiento y el cumplimiento del objetivo preventivo o terapéutico.

Parágrafo 2°. Para efectos del presente artículo las prestaciones de carácter individual, tales como la alimentación, el transporte, la educación, la habitación y los demás servicios o tecnologías concomitantes para el manejo de las condiciones sociales, económicas, biológicas y de comportamiento, serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud. La ley determinará la financiación de estos servicios y tecnologías.

Excepcionalmente para casos que afecten o pongan en grave riesgo la salud de una comunidad podrán concurrir los recursos del sistema.

Artículo 9°. *Determinantes sociales de salud.* El Estado tiene el deber de adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades en el goce efectivo del derecho a la salud derivadas de los determinantes sociales de 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 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.

Artículo 10. *Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud.* Las personas tienen los siguientes derechos relacionados con la prestación del servicio de salud:

a) A acceder a servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad;

b) A elegir libremente al prestador de servicios de salud en los términos que defina la ley, previo el suministro de información por parte del Ministerio de Salud y Protección Social;

c) Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno;

d) A mantener una comunicación plena, permanente, expresa y clara con el profesional de la salud tratante;

e) A obtener información clara, apropiada y suficiente por parte del profesional de la salud tratante que le permita tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que le vayan a practicar y riesgos de los mismos. Ninguna persona podrá ser obligada, contra su voluntad, a recibir un tratamiento de salud;

f) A recibir prestaciones de salud en las condiciones y términos consagrados en la ley;

g) A recibir un trato digno, respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tengan sobre los procedimientos;

h) A que la historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada y que únicamente pueda ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley, y a poder consultar la totalidad de su historia clínica en forma gratuita y a obtener copia de la misma;

i) A que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, asistencia de calidad por trabajadores de la salud debidamente capacitados y autorizados para ejercer;

j) A la provisión y acceso oportuno a las tecnologías y a los medicamentos requeridos;

k) A recibir los servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad;

l) A la intimidad. Se garantiza la confidencialidad de toda la información que sea suministrada en el ámbito del acceso a los servicios de salud y de las condiciones de salud y enfermedad de la persona, sin perjuicio de la posibilidad de acceso a la misma por los familiares en los eventos autorizados por la ley o las autoridades en las condiciones que esta determine;

m) A recibir información sobre los canales formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias y en general, para comunicarse con la administración de las instituciones, así como a recibir una respuesta por escrito;

n) A recibir una segunda opinión por parte de un profesional de la salud cuando lo considere pertinente. Dicha consulta será considerada como un servicio cubierto;

o) A solicitar y recibir explicaciones o rendición de cuentas acerca de los costos por los tratamientos de salud recibidos;

p) A que se le respete la voluntad de aceptación o negación de la donación de sus órganos de conformidad con la ley;

q) A no ser sometidos en ningún caso a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, ni a ser obligados a soportar sufrimiento evitable, ni obligados a padecer enfermedades que pueden recibir tratamiento;

r) A que no se le trasladen las cargas administrativas y burocráticas que le corresponde asumir a los encargados o intervinientes en la prestación del servicio;

s) Agotar las posibilidades razonables de tratamiento efectivo para la superación de su enfermedad.

Son deberes de las personas relacionados con el servicio de salud, los siguientes:

a) Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad;

b) Atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención;

c) Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas;

d) Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios salud;

e) Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas, así como los recursos del sistema;

f) Cumplir las normas del sistema de salud;

g) Actuar de buena fe frente al sistema de salud;

h) Suministrar de manera voluntaria, oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos del servicio;

i) Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago.

Parágrafo 1°. Los efectos del incumplimiento de estos deberes solo podrán ser determinados por el legislador. En ningún caso su incumplimiento podrá ser invocado para impedir o restringir el acceso oportuno a servicios de salud requeridos con necesidad.

Parágrafo 2°. El Estado deberá definir las políticas necesarias para promover el cumplimiento de los deberes de las personas, sin perjuicio de lo establecido en el parágrafo 1°.

Artículo 11. *Sujetos de especial protección.* La atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor y personas en condición de discapacidad, gozarán de especial protección por parte del Estado. Su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención.

En el caso de las mujeres en estado de embarazo, se adoptarán medidas para garantizar el acceso a los servicios de salud que requieren con necesidad duran-

te el embarazo y con posterioridad al mismo y para garantizar que puedan ejercer sus derechos fundamentales en el marco del acceso a servicios de salud.

Parágrafo 1°. Las víctimas de cualquier tipo de violencia sexual tienen derecho a acceder de manera prioritaria a los tratamientos psicológicos y siquiátricos que requieran.

Parágrafo 2°. En el caso de las personas víctimas de la violencia y del conflicto armado, el Estado desarrollará el programa de atención psicosocial y salud integral a las víctimas de que trata el artículo 137 de la Ley 1448 de 2011.

CAPÍTULO II

Garantía y mecanismos de protección del derecho fundamental a la salud

Artículo 12. *Participación en las decisiones del sistema de salud.* El derecho a la salud comprende la intervención activa de la comunidad en su organización, gestión y fiscalización, así como en las decisiones que la afectan o interesan; también se debe garantizar que las decisiones democráticamente discutidas y consensuadas con los ciudadanos tengan carácter vinculante. Este derecho incluye:

a) Participar en la formulación de la política de salud así como en los planes para su implementación;

b) Participar en las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del Sistema;

c) Participar en los programas de promoción y prevención que sean establecidos;

d) Participar en las decisiones de inclusión o exclusión de servicios y tecnologías;

e) Participar en los procesos de definición de prioridades de salud;

f) Participar en decisiones que puedan significar una limitación o restricción en las condiciones de acceso a establecimientos de salud;

g) Participar en la evaluación de los resultados de las políticas de salud.

Artículo 13. *Redes de servicios.* El sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas.

Artículo 14. *Prohibición de la negación de prestación de servicios.* Para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud, salvo en aquellas circunstancias que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. En los casos de negación de los servicios que comprenden el derecho fundamental a la salud con independencia a su circunstancia, el Congreso de la República definirá mediante ley las sanciones penales y disciplinarias tanto de los representantes legales de las entidades a cargo de la prestación del servicio, como de las demás personas que contribuyeron a la misma.

Artículo 15. *Prestaciones de salud.* El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de prestación de servicios y tecnologías estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.

En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tec-

nologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:

- a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;
- b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;
- c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;
- d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;
- e) Que se encuentren en fase de experimentación.

Los servicios o tecnologías que cumplan con esos criterios serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria, previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. En cualquier caso, se deberá evaluar y considerar el criterio de expertos independientes de alto nivel, de las asociaciones profesionales de la especialidad correspondiente y de los pacientes que serían potencialmente afectados con la decisión de exclusión. Las decisiones de exclusión no podrán resultar en el fraccionamiento de un servicio de salud previamente cubierto, y ser contrarias al principio de integralidad.

Parágrafo 1°. Contra el acto administrativo que decida sobre la exclusión de un servicio o tecnología de salud procederá el recurso de reconsideración ante el mismo órgano que lo profirió. El recurso será decidido en un período no superior a veinte (20) días calendario.

Parágrafo 2°. Una vez excluido el servicio o tecnología la autoridad competente deberá informar de dicha determinación a los Jueces de la República.

Parágrafo 3°. El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá hasta dos años para implementar lo señalado en el presente artículo. En este lapso el Ministerio podrá desarrollar el mecanismo técnico, participativo y transparente para excluir servicio o tecnologías de salud.

Artículo 16. *Acción especial de nulidad en salud.* Contra los actos administrativos de carácter general que contengan decisiones de exclusión de un servicio o tecnología de salud se podrá interponer la acción de nulidad ante el Consejo de Estado. La acción deberá ser decidida en un término no superior a sesenta (60) días. Para tal efecto, cada una de las tres fases del proceso contencioso administrativo previsto en la Ley 1437 de 2011 no podrá durar más de veinte (20) días.

Artículo 17. *Procedimiento de resolución de conflictos por parte de los profesionales de la salud.* Los conflictos o discrepancias en diagnósticos y/o alternativas terapéuticas generadas a partir de la atención, serán dirimidos por las juntas médicas de los prestadores de servicios de salud o por las juntas médicas de la red de prestadores de servicios salud, de acuerdo con el procedimiento que determine la ley.

CAPÍTULO III

Profesionales y trabajadores de la salud

Artículo 18. *Autonomía profesional.* Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación.

Se prohíbe todo constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la autonomía de los profesionales de la salud.

La vulneración de esta disposición será sancionada por los tribunales u organismos profesionales competentes y por los organismos de inspección, vigilancia y control en el ámbito de sus competencias.

Parágrafo. Queda expresamente prohibida la promoción u otorgamiento de cualquier tipo de prebendas o dádivas a profesionales y trabajadores de la salud en el marco de su ejercicio laboral, sean estas en dinero o en especie por parte de proveedores; empresas farmacéuticas, productoras, distribuidoras o comercializadoras de medicamentos o de insumos, dispositivos y/o equipos médicos o similares.

Artículo 19. *Respeto a la dignidad de los profesionales y trabajadores de la salud.* Los trabajadores, y en general el talento humano en salud, estarán amparados por condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos, de acuerdo con las necesidades institucionales.

CAPÍTULO IV

Otras disposiciones

Artículo 20. *Política para el manejo de la información en salud.* Con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los actores, en sus diferentes niveles y su transformación en información para la toma de decisiones, se implementará una política que incluya un sistema único de información en salud, que integre los componentes demográficos, socio-económicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros.

Los agentes del Sistema deben suministrar la información que requiera el Ministerio de Salud y Protección Social, en los términos y condiciones que se determine.

Artículo 21. *De la política pública en salud.* El Gobierno Nacional deberá implementar una política social de estado que permita la articulación intersectorial con el propósito de garantizar los componentes esenciales del derecho, afectando de manera positiva los determinantes sociales de la salud.

De igual manera dicha política social de Estado se deberá basar en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y su atención integral, oportuna y de calidad, al igual que rehabilitación.

Artículo 22. *Divulgación de información sobre progresos científicos.* El Estado deberá promover la divulgación de información sobre los principales avances científicos en el campo de la salud, así como el mejoramiento en las prácticas clínicas y las rutas críticas.

Artículo 23. *Política de innovación, ciencia y tecnología en salud.* El Estado deberá establecer una política de Innovación, Ciencia y Tecnológica en salud, orientada a la investigación y generación de nuevos conocimientos en salud, la adquisición y producción de las tecnologías, equipos y herramientas necesarias para prestar un servicio de salud de alta calidad que permita el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Artículo 24. *Política farmacéutica nacional.* El Gobierno Nacional establecerá una Política Farmacéutica Nacional, programática e integral en la que se

identifiquen las estrategias, prioridades, mecanismos de financiación, adquisición, almacenamiento, producción, compra y distribución de los insumos, tecnologías y medicamentos. Esta política estará basada en criterios de necesidad, calidad, costo efectividad, suficiencia y oportunidad.

Con el objetivo de mantener la transparencia en la oferta de medicamentos necesarios para proteger el derecho fundamental a la salud, una vez por semestre la entidad responsable de la expedición del registro sanitario, emitirá un informe de carácter público sobre los registros otorgados a nuevos medicamentos incluyendo la respectiva información terapéutica. Así mismo, remitirá un listado de los registros negados y un breve resumen de las razones que justificaron dicha determinación.

Artículo 25. *Deber de garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas.* El Estado deberá garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional. La extensión de la red pública hospitalaria no depende de la rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social. En zonas dispersas, el Estado deberá adoptar medidas razonables y eficaces, progresivas y continuas, para garantizar opciones con el fin de que sus habitantes accedan oportunamente a los servicios de salud que requieran con necesidad.

Artículo 26. *Destinación e inembargabilidad de los recursos.* Los recursos públicos que financian la salud son inembargables, tienen destinación específica y no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente.

Artículo 27. La Defensoría del Pueblo y las Personerías Municipales dispondrán de los funcionarios necesarios para que en cada municipio y distrito opere la defensoría del paciente, propendiendo por la salvaguarda y garantía de los derechos de los pacientes o usuarios del sistema de salud frente a las instituciones del sistema.

La Defensoría del Paciente prestará sus servicios todos los días de la semana durante las 24 horas del día.

Artículo 28. *Vigencia y derogatorias.* La presente ley rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

En los anteriores términos fue aprobado el **Proyecto de Ley Estatutaria número 209 de 2013 Senado, 267 de 2013 Cámara**, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones, como consta en la sesión del día 5 de junio de 2013, Acta número 04 sesiones conjuntas.

Los Ponentes coordinadores,

Karime Mota y Morad, honorable Senadora de la República; *Gustavo Hernán Puentes Díaz, Adriana Franco Castaño*, honorables Representantes a la Cámara.

La Presidenta,

Honorable Senadora *Karime Mota y Morad*.

Los Secretarios,

Guillermo León Giraldo Gil,
Comisión Primera del Senado.

Emiliano Rivera Bravo,
Comisión Primera Cámara de Representantes.

PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE EN EL SENADO DE LA REPÚBLICA AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 247 DE 2013 SENADO, 228 DE 2012 CÁMARA

por la cual la Nación declara Patrimonio Histórico y Cultural de la Nación al municipio de Charalá del departamento de Santander, exaltando su aporte a lo Gesta libertadora de Colombia.

Bogotá D. C., junio 6 de 2013

Honorable Senador

Roy Barreras Montealegre

Presidente

Senado de la República

Ciudad

Referencia: ponencia para segundo debate en el Senado de la República al **Proyecto de ley número 247 de 2013 Senado, 228 de 2012 Cámara**, por la cual la Nación declara Patrimonio Histórico y Cultural de la Nación al municipio de Charalá del departamento de Santander, exaltando su aporte a lo Gesta libertadora de Colombia.

Respetado doctor Barreras Montealegre:

En mi condición de ponente del proyecto de la referencia, conforme el oficio COMIV-765/13, me permito presentar ponencia para segundo debate en los siguientes términos:

Número proyecto de ley	247 de 2013 Senado, 228 de 2012 Cámara.
Título	<i>por la cual la Nación declara Patrimonio Histórico y Cultural de la Nación al municipio de Charalá del departamento de Santander, exaltando su aporte a lo Gesta Libertadora de Colombia.</i>
Autor	Holger Horacio Díaz Hernández.
Ponente	Honorio Galvis A.
Ponencia	Positiva sin pliego de modificaciones.

Gacetas del Congreso

Proyecto publicado:	<i>Gaceta del Congreso</i> número 971 de 2012 y 48 de 2013.
Ponencia para primer debate en Comisión Cuarta de Cámara de Representantes	<i>Gaceta del Congreso</i> número 136 de 2013.
Ponencia para segundo debate en plenaria de Cámara de Representantes	<i>Gaceta del Congreso</i> número 212 de 2013.
Texto definitivo aprobado por la plenaria la Cámara de Representantes	<i>Gaceta del Congreso</i> número 236 de 2013.
Ponencia para primer debate en Comisión Cuarta de Senado de la República	<i>Gaceta del Congreso</i> número 345 de 2013.

I. Objeto

Declarar patrimonio histórico y cultural de la Nación a Charalá, municipio del departamento de Santander, por su valioso aporte a las luchas independentistas del siglo XIX.

II. Consideraciones Generales

La exposición de motivos del proyecto de ley es un referente claro de la importancia del presente proyecto, por cuanto hace enunciación de aspectos históricos

y culturales que tienen relación directa con el objeto del presente proyecto. Por lo anterior, se recogen de la exposición de motivos los siguientes puntos, los cuales se ratifican conforme se hiciera para la ponencia de primer debate en la Comisión Cuarta Constitucional Permanente del Senado de la República:

2.1. Desde el punto de vista histórico

El municipio de Charalá hace parte del territorio descubierto en el año 1540 por Martín Galeano, conquistador español, siendo fundada como parroquia el 1° de diciembre de 1701.

Se le atribuye a la palabra “Charalá” su origen en la palabra “Chalalá”, que en lengua Guane significa “Arboleda en medio de dos ríos”, término que fue modificado por los españoles en “Charalá”.

Se le adjudica a Charalá el primer sitio de protesta fiscal en el año 1724, a través del rechazo a la imposición de tributos.

La importancia de Charalá en la historia de Colombia radica en los hechos de independencia, que sin lugar a dudas, hacen referencia a la “batalla del Pienta”, acaecida el 4 de agosto de 1819, en donde se enfrentaron criollos contra tropas españolas, a fin de impedirle a estas últimas que acompañaran las tropas de Barreiro en el puente de Boyacá el 7 de agosto de 1819.

Como corolario de esta batalla, se evidencia que diferentes pueblos, entre estos, Charalá, al advertir la retoma que hiciera Pablo Murillo (El Pacificador) crearan las primeras milicias, lideradas por Fernando Santos Plata y María Antonia Santos Plata.

María Antonia Santos Plata¹ en 1819 es apresada y llevada al Socorro siendo ejecutada el 28 de julio, situación que animó a que las tropas milicianas se tomaran a Charalá con ayuda de los pueblos de Coromoro, Ocamonte, Cincelada, Riachuelo y Encino.

En la madrugada del 4 de agosto de 1819², el Capitán Lucas González llega a Charalá generando muerte y destrucción. Ordena colgar a algunos prisioneros de los balcones de las casas, mientras otros son torturados por medio de cortes de orejas, nariz, extracción de ojos, entre otros vejámenes. Las milicias del Capitán Fernando Santos Plata son vencidas.

La ponencia para segundo debate en Cámara de Representantes, recuerda:

“Los relatos que sobre esta lucha desigual hacen los historiadores dan cuenta de que el saqueo y el degüello son uno solo. No se salvaron los ancianos, ni mujeres, ni niños, quienes se habían resguardado en el recinto de la iglesia y el cementerio, con la vana esperanza de que estos lugares fueran respetados. Por lo contrario, fueron atacados y masacrados. Allí cayó la niña Helenita Santos Rosillo, de tan solo trece años de edad, sobrina de doña Antonia Santos, quien fue mancillada dentro de la sacristía y tratando de escapar cae atravesada de un certero bolazo”. (...) “Charalá parecía un cementerio lleno de cadáveres destrozados, ruinas y lamentos”³

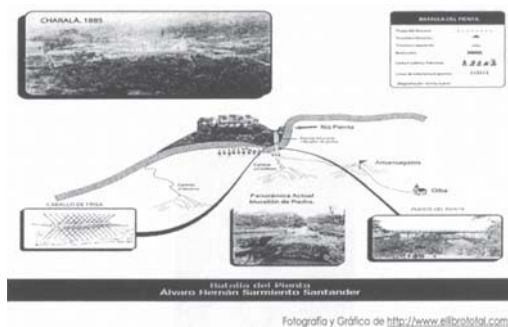
¹ Se le atribuye a Antonio Santos la organización de la guerrilla de Coromoro o de Santos, la cual lucha por más de tres años en la reconquista contra los españoles. Su centro de operaciones fue la llamada “hacienda el hatillo”, sitio en el cual fue capturado el 12 de julio de 1819 para ser sentenciado a muerte el 16 de julio del mismo año.

² (Santander, 2010, pág. 39) Álvaro Hernán Sarmiento Santander. La Batalla Perdida. El Libro Total.

³ *Gaceta del Congreso* número 212 de 2013.

Simón Bolívar, al enterarse de lo situación ocurrida en Charalá ordena movimientos por Paipa y Toca, los cuales le sirvieron de estrategia para la culminación de la Independencia en Boyacá. Esta victoria es atribuida por el impedimento que tuvo el capitán González en la Batalla de Pienta, para apoyar a Barreiro.

Consecuencialmente, se le atribuye a la batalla del Pienta, “la tesis de que si no hubiera sido por la ocurrencia de dicho evento en Charalá (aunque se haya perdido) la suerte de Bolívar, Santander y Anzoátegui hubiese sido distinta”⁴.



Una frase que recuerda, y caracteriza tan histórico suceso es:

“¡Allá en Charalá murieron 300 guerreros de la libertad para que la patria viviera!”⁵

En palabras de Álvaro Hernán Sarmiento Santander:

“Las calles de Charalá presentaban un espectáculo lo dantesco, el hedor invadía todos los lugares, por todas partes se veían pedazos de cuerpos sangrantes con trozos de carne y piel adheridos a sus huesos.”⁶

En Charalá y lo que fue la Provincia del Socorro, se encuentran las memorias del llamado “régimen del terror” (1816 a 1819) en donde hombres y mujeres dieron su vida para obstaculizaron el poderío del ejército español. (Vanguardia Liberal, 2010)⁷

2.2 Desde el punto de vista cultural

No puede desconocerse uno de los grandes personajes de la historia, José Antonio Galán Zorro, llamado “El Gran Capitán”, prócer charaleño a quien se le atribuye el levantamiento de la antorcha de la temprana y truncada independencia. Galán, fue descuartizado en Santafé de Bogotá el 1° de febrero de 1782.



Escudo de Charalá en donde se registra en el primer recuadro a José Antonio Galán y en el cuarto recuadro a José Acevedo y Gómez

⁴ Ponencia para segundo debate en Cámara de Representantes.

⁵ (Santander, 2010) Álvaro Hernán Sarmiento Santander. La Batalla Perdida. El Libro Total.

⁶ (Santander, 2010, pág. 48)

⁷ Vanguardia Liberal. (18 de 07 de 2010). La Batalla del Pienta en Charalá: lucha por la tierra, la patria y la libertad. *Vanguardia Liberal*.

Este es un aparte de la sentencio que ordenó su muerte:

*“Condenamos a José Antonio Galán a que sea sacado de la cárcel, arrastrado y llevado al lugar del suplicio, donde sea puesto en la horca hasta cuando naturalmente muera; que, bajado, se le corte la cabeza, se divida su cuerpo en cuatro partes y pasado por la llamas (para lo que se encenderá una hoguera delante del patíbulo); su cabeza será conducida a Guaduas, teatro de sus escandalosos insultos: la mano derecha puesta en la plaza del Socorro, la izquierda en la villa de San Gil; el pie derecho en Charalá, lugar de su nacimiento, y el pie izquierdo en el lugar de Mogotes; declarado por infame su descendencia, ocupados todos sus bienes y aplicados al fisco; assolada su casa y sembrada de sal, para que de esa manera se dé olvido a su infame nombre y acabe con tan vil persona, tan detestable memoria, sin que quede otra que la del odio y espanto que inspiran la fealdad y el delito”.*⁸

Otro charaleño es Don José Acevedo y Gómez, nacido en 1773 y fallecido en 1817. Llamado “El Tribunal del Pueblo”, fue nombrado en 1808 Regidor Perpetuo del Cabildo de Santafé y redactor del Acto de la Independencia del 20 de julio de 1810. Se le atribuyen también la firma de la Constitución Política de Cundinamarca, en 1811 y la Declaración de Independencia Absoluta de la República de Tunja, en 1813.

A José Acevedo y Gómez se le recuerda por las siguientes palabras, las cuales sirvieron de aliento para el sentir revolucionario:

“Si perdéis estos momentos de efervescencia y calor, si dejáis escapar esta ocasión única y feliz, antes de doce horas seréis tratados como insurgentes: ved los calabozos, los grillos y las cadenas que os esperan”.

La historia demuestra la importancia de Charalá en el proceso que labró la independencia, al constituirse en parte de la estrategia militar que derivó en el triunfo de la Batalla de Boyacá. Se suma a lo anterior, los ínclitos charaleños anónimos que ofrendaron su vida a la causa patriota y aquellos que con nombre propio, Galán y Acevedo, entre otros, levantaron la antorcha y la pluma para lo consecución del acta de independencia.

III. Fundamentos Jurídicos

El proyecto de ley no fue objeto de ninguna propuesta a considerar en el debate adelantado en la Comisión Cuarta de Senado, por lo tanto se cumple con lo establecido en el artículo 175 de la Ley 5ª de 1992.

El proyecto de ley establece autorización al Gobierno Nacional, para que de conformidad con los lineamientos del marco fiscal de mediano plazo, incorpore las partidas presupuestales para concurrir a la finalización de determinadas obras de utilidad pública y de interés social e histórico para el municipio de Charalá; situación que es concordante, conforme las directrices establecidas por la Corte Constitucional, frente a este tipo de iniciativas. Por ello, cabe recordar lo establecido por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-985 de 2006, del 29 de noviembre de 2006, respecto a la iniciativa que tienen los Congresistas para estos asuntos, a lo cual ha manifestado que la autorización de gastos por parte del Congreso de la República no se constituye en una orden imperativa que conmine al Gobierno Nacional a desconocer su

competencia para determinar prioridades de conformidad con la disponibilidad presupuestal.

Sobre este aspecto, la Corte Constitucional igualmente ha determinado:

*“Del anterior recuento se desprende que la Corte Constitucional ha establecido i) que no existe reparo de constitucionalidad en contra de las normas que se limitan o “autorizar” al Gobierno para incluir un gasto, pero de ninguna manera lo conminan a hacerlo. En esos casos ha dicho lo Corporación que la Ley Orgánica del Presupuesto no se vulnera, en tanto el Gobierno conserva la potestad para decidir si incluye o no dentro de sus prioridades, y de acuerdo con la disponibilidad presupuestal, los gastos autorizados en las disposiciones cuestionadas; ii) que las autorizaciones otorgadas por el legislador al Gobierno Nacional, para la financiación de obras en las entidades territoriales, son compatibles con los mandatos de naturaleza orgánica sobre distribución de competencias y recursos contenidos en la Ley 715 de 2001 cuando se enmarcan dentro de las excepciones señalados en el artículo 102 de dicha ley, a saber, cuando se trata de las “apropiaciones presupuestales para la ejecución a cargo de la Nación con participación de las entidades territoriales, del principio de concurrencia, y de los partidos de cofinanciación para programas en desarrollo de funciones de competencia exclusiva de las entidades territoriales”.*⁹

En este orden de ideas, la Corte Constitucional haciendo un análisis de los artículos 150, 345 y 346 en la Sentencia C-985/06, ha señalado:

*“3.2.3. La interpretación armónica de las anteriores normas constitucionales, y de las facultades del legislativo y el ejecutivo en materia presupuestal, ha llevado a la Corte a concluir que el principio de legalidad del gasto “supone la existencia de competencias concurrentes, aunque separadas, entre los órganos legislativo y ejecutivo, correspondiéndole al primero la ordenación del gasto propiamente dicho y al segundo la decisión libre y autónoma de su incorporación en el Presupuesto General de la Nación, de manera que ninguna determinación que adopte el Congreso en este sentido puede implicar una orden imperativa al Ejecutivo para que incluya determinado gasto en la ley anual de presupuesto, so pena de ser declarada inexecutable”.*¹⁰

Y en el mismo sentido ha indicado lo siguiente:

“...respecto de leyes o proyectos de ley que se refieren a la asignación de partidas del presupuesto nacional para el cubrimiento de determinados gastos, la Corte ha sostenido reiteradamente una posición según la cual tales disposiciones del legislador que ordenan gastos, expedidas con el cumplimiento de las formalidades constitucionales, no pueden tener mayor eficacia que la de constituir títulos jurídicos suficientes, en los términos de los artículos 345 y 346 de la Car-

⁹ República de Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C-1113/04.

¹⁰ República de Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C-859/01 MP. Clara Inés Vargas Hernández. Entre otras decisiones la Corte declaró fundada una objeción al Proyecto de ley número 211 de 1999 Senado, 300 de 2000 Cámara, por cuanto ordenaba al Gobierno incluir en el presupuesto de gastos una partida para financiar obras de reconstrucción y reparación del Liceo Nacional “Juan de Dios Uribe”. Lo Corte concluyó que una orden de esa naturaleza desconocía los artículos 154, 345 y 346 de la Carta. así como el artículo 39 de la Ley Orgánica del Presupuesto.

⁸ Ibíd.

ta, para la posterior inclusión del gasto en la Ley de Presupuesto, pero que ellas en sí mismas no pueden constituir órdenes para llevar a cabo tal inclusión, sino autorizaciones para ello.^{11,12}

IV. Texto aprobado en primer debate por la Comisión Cuarta Constitucional de Senado

“por la cual la Nación declara Patrimonio Histórico y Cultural de la Nación al municipio de Charalá del departamento de Santander, exaltando su aporte a la gesta libertadora de Colombia.

El Congreso de la República

DECRETA:

Artículo 1°. Declárese a Charalá, municipio del departamento de Santander, *“Patrimonio Histórico y Cultural de la Nación”*, por su valioso aporte a las luchas independentistas del siglo XIX.

Artículo 2°. Autorícese al Gobierno Nacional, para que de conformidad con los lineamientos del marco fiscal de mediano plazo, incorpore las partidas presupuestales para concurrir a la finalización de las siguientes obras de utilidad pública y de interés social e histórico para el municipio de Charalá en el departamento de Santander:

a) Diseño y construcción del Parque Temático Lineal, como un complejo turístico, cultural e histórico donde se recreen los acontecimientos con los que Charalá contribuyó a la gesta libertadora. Contará con una Réplica del Puente sobre el Río Pienta, Monumento a los Héroes María Antonia Santos, José Acevedo y Gómez, José Antonio Galán, y Fernando Santos Plata, entre otros Monumentos de Interés Histórico como homenaje a todos los charaleños que ofrendaron su vida por la libertad de Colombia;

b) Restauración de la Casa de la Cultura “José Acevedo y Gómez”, donde reposa la memoria histórica de Charalá;

c) Restauración de la Casa Consistorial del Resguardo;

d) Compra y Restauración de la casa de “José Antonio Galán Zorro”.

Artículo 3°. Autorícese al Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Cultura, para asesorar y apoyar a la Gobernación de Santander y al municipio de Charalá en la elaboración, tramitación, ejecución y financiación de los proyectos de patrimonio material e inmaterial; de remodelación, recuperación y construcción de los monumentos e infraestructura cultural e histórica del municipio de Charalá de conformidad con las normas vigentes.

Artículo 4°. El Gobierno Nacional, la Gobernación de Santander y el municipio de Charalá quedan autorizados para impulsar y apoyar ante otras entidades públicas o privadas, nacionales o internacionales, la obtención de recursos económicos adicionales o complementarios a las que se autorizaren apropiarse en el Presupuesto General de la Nación de cada vigencia fiscal, destinadas al objeto a que se refiere la presente ley.

Artículo 5°. La presente ley rige a partir de la fecha de su sanción y promulgación.”

V. Texto propuesto Para segundo debate en plenaria de Senado

“por la cual la Nación declara Patrimonio Histórico y Cultural de la Nación al municipio de Charalá del departamento de Santander, exaltando su aporte a la gesta libertadora de Colombia.

El Congreso de la República

DECRETA:

Artículo 1°. Declárese a Charalá, municipio del departamento de Santander, *“Patrimonio Histórico y Cultural de la Nación”*, por su valioso aporte a las luchas independentistas del siglo XIX.

Artículo 2°. Autorícese al Gobierno Nacional, para que de conformidad con los lineamientos del marco fiscal de mediano plazo, incorpore las partidas presupuestales para concurrir a la finalización de las siguientes obras de utilidad pública y de interés social e histórico para el municipio de Charalá en el departamento de Santander:

a) Diseño y construcción del Parque Temático lineal, como un complejo turístico, cultural e histórico donde se recreen los acontecimientos con los que Charalá contribuyó a la gesta libertadora. Contará una Réplica del Puente sobre el Río Pienta, Monumento a los Héroes María Antonia Santos, José Acevedo y Gómez, José Antonio Galán, y Fernando Santos Plata, entre otros Monumentos de Interés Histórico como homenaje a todos los charaleños que ofrendaron su vida por la libertad de Colombia;

b) Restauración de la Casa de la Cultura “José Acevedo y Gómez”, donde reposa la memoria histórica de Charalá;

c) Restauración de la Casa Consistorial del Resguardo;

d) Compra y Restauración de la casa de “José Antonio Galán Zorro”.

Artículo 3°. Autorícese al Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Cultura, para asesorar y apoyar a la Gobernación de Santander y al municipio de Charalá en la elaboración, tramitación, ejecución y financiación de los proyectos de patrimonio material, e inmaterial; de remodelación, recuperación y construcción de los monumentos e infraestructura cultural e histórica del municipio de Charalá de conformidad con las normas vigentes.

Artículo 4°. El Gobierno Nacional, la Gobernación de Santander y el municipio de Charalá quedan autorizados para impulsar y apoyar ante otras entidades públicas o privadas, nacionales o internacionales, la obtención de recursos económicos adicionales o complementarios a las que se autorizaren apropiarse en el Presupuesto General de la Nación de cada vigencia fiscal, destinadas al objeto que se refiere la presente ley.

Artículo 5°. La presente ley rige a partir de la fecha de su sanción y promulgación.”

VI. Proposición

Proposición

Por consiguiente, solicito a la Plenaria del Senado de la República dar segundo debate y aprobar el **Proyecto de ley número 247 de 2013 Senado, 228 de 2012 Cámara**, por la cual la Nación declara Patrimonio Histórico y Cultural de la Nación al municipio de Charalá del departamento de Santander, exaltando su aporte a la Gesta Libertadora de Colombia.

Honorio Galvis A.

¹¹ República de Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C-360 de 1996 M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz.

¹² República de Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C-197 de 2001.M.P Rodrigo Escobar Gil.

Bogotá, D. C. junio 12 de 2013

Autorizamos el presente informe de ponencia para segundo debate al Proyecto de ley número 247 de 2013 Senado, 228 de 2012 Cámara, presentado por el honorable Senador Honorio Galvis Aguilar.

El Presidente,

José Francisco Herrera Acosta.

El Secretario,

Alfredo Rocha Rojas.

TEXTO DEFINITIVO APROBADO EN COMISIÓN CUARTA DE SENADO AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 247 DE 2013 SENADO, 228 DE 2012 CÁMARA

por la cual la Nación declara Patrimonio Histórico y Cultural de la Nación al municipio de Charalá del departamento de Santander, exaltando su aporte a la gesta libertadora de Colombia.

El Congreso de la República

DECRETA:

Artículo 1°. Declárese a Charalá, municipio del departamento de Santander, “*Patrimonio Histórico y Cultural de la Nación*”, por su valioso aporte a las luchas independentistas del siglo XIX.

Artículo 2°. Autorícese al Gobierno Nacional, para que de conformidad con los lineamientos del marco fiscal de mediano plazo, incorpore las partidas presupuestales para concurrir a la finalización de las siguientes obras de utilidad pública y de interés social e histórico para el municipio de Charalá en el departamento de Santander:

a) Diseño y construcción del Parque Temático Lineal, como un complejo turístico, cultural e histórico donde se recreen los acontecimientos con los que Charalá contribuyó a la gesta libertadora. Contará con una Réplica del Puente sobre el Río Pienta, Monumento a los Héroes María Antonia Santos, José Acevedo y Gómez, José Antonio Galán, y Fernando Santos Plato, entre otros Monumentos de Interés Histórico como homenaje a todos los charaleños que ofrendaron su vida por la libertad de Colombia;

b) Restauración de la Casa de la Cultura “José Acevedo y Gómez”, donde reposa la memoria histórica de Charalá;

c) Restauración de la Casa Consistorial del Resguardo;

d) Compra y Restauración de la Casa de “José Antonio Galán Zorro”.

Artículo 3°. Autorícese al Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Cultura, para asesorar y apoyar a la Gobernación de Santander y al municipio de Charalá en la elaboración, tramitación, ejecución y financiación de los proyectos de patrimonio material, e inmaterial; de remodelación, recuperación y construcción de los monumentos e infraestructura cultural e histórica del municipio de Charalá de conformidad con las normas vigentes.

Artículo 4°. El Gobierno Nacional, la Gobernación de Santander y el municipio de Charalá quedan autorizados para impulsar y apoyar ante otras entidades públicas o privadas, nacionales o internacionales, la obtención de recursos económicos adicionales o complementarios a las que se autorizaren apropiar en el Presupuesto General de la Nación de cada vigencia fiscal, destinadas al objeto a que se refiere la presente ley.

Artículo 5°. La presente ley rige a partir de la fecha de su sanción y promulgación.

Bogotá, junio 4° de 2013.

Honorio Galvis Aguilar,

Senador Ponente.

Bogotá, D. C., junio 4 de 2013.

Autorizaos el presente texto definitivo aprobado en Comisión Cuarta de Senado del Proyecto de ley número 247 de 2013 Senado, 228 de 2012 Cámara.

El Presidente,

José Francisco Herrera Acosta.

El Secretario,

Alfredo Rocha Rojas.

OBJECIONES PRESIDENCIALES

OBJECCIÓN PRESIDENCIAL AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 147 DE 2012 SENADO, 223 DE 2012 CÁMARA

por medio de la cual se rinde homenaje al Museo de Arte Moderno de Bogotá en su quincuagésimo aniversario, por su contribución a la cultura y el arte colombiano.

Bogotá, D. C., 12 de junio de 2013

Doctor

ROY LEONARDO BARRERAS MONTEALEGRE

Presidente

Honorable Senado de la República

Congreso de la República

Ciudad

Asunto: Objeciones al Proyecto de ley número 147 de 2012 Senado, 223 de 2012 Cámara, por medio de la cual se rinde homenaje al Museo de Arte Moderno de Bogotá en su quincuagésimo aniversario, por su contribución a la cultura y el arte colombiano.

Respetado Señor Presidente;

Sin la correspondiente sanción ejecutiva, el Gobierno Nacional se permite devolver por razones de Inconstitucionalidad el **Proyecto de ley número 147 de 2012 Senado, 223 de 2012 Cámara**, por medio de la cual se rinde homenaje al Museo de Arte Moderno de Bogotá en su quincuagésimo aniversario, por su contribución a la cultura y el arte colombiano.

El proyecto de ley en referencia fue presentado a consideración del Congreso de la República por el honorable senador Juan Francisco Lozano.

Las razones que llevan al Gobierno Nacional a objetar por inconstitucionalidad este proyecto de ley se exponen a continuación:

1. OBJECIONES POR INCONSTITUCIONALIDAD

El Gobierno Nacional objeta por razones de inconstitucionalidad el artículo 4° del proyecto de ley de la referencia, por desconocimiento de los artículos

355 y 136 numeral 4 de la Constitución Política, en armonía con el artículo 273 de la Ley 5ª de 1992, Orgánica del Reglamento del Congreso.

1.1. Texto de la norma objetada:

El artículo objetado es del siguiente tenor:

“Artículo 4º. El Gobierno Nacional podrá destinar hasta cuarenta mil millones de pesos moneda corriente, que serán destinados para la construcción de la ampliación del Museo de Arte Moderno de Bogotá.”.

1.2. Texto de las normas superiores que se consideran vulneradas

El artículo 355 de la Constitución Política prescribe:

“Artículo 355. Ninguna de las ramas u órganos del poder público podrá decretar auxilios o donaciones en favor de personas naturales o jurídicas de derecho privado.

El Gobierno, en los niveles nacional, departamental, distrital y municipal podrá, con recursos de los respectivos presupuestos, celebrar contratos con entidades privadas sin ánimo de lucro y de reconocida idoneidad con el fin de impulsar programas y actividades de interés público acordes con el Plan Nacional y los planes seccionales de Desarrollo. El Gobierno Nacional reglamentará la materia”.

En concordancia con lo anterior, el numeral 4 del artículo 136 superior dispone:

“Artículo 136. Se prohíbe al Congreso y a cada una de sus Cámaras:

(...)

4. Decretar a favor de personas o entidades donaciones, gratificaciones, auxilios, indemnizaciones, pensiones u otras erogaciones que no estén destinadas a satisfacer créditos o derechos reconocidos con arreglo a la ley preexistente”. (El subrayado no es del texto)

Así mismo, el artículo 273 de la Ley 5ª de 1992, Orgánica del Reglamento del Congreso, que en tal virtud es parámetro para realizar el examen de constitucionalidad, reitera:

“Artículo 273. Afectación Presupuestal. Prohibiciones. A partir de la vigencia de la nueva Constitución Política, no se podrá decretar, por alguna de las ramas u órganos del poder público, auxilios o donaciones en favor de personas naturales o jurídicas de derecho privado”.

1.2. Razones de la violación constitucional

1.2.1. *La jurisprudencia constitucional relativa a la prohibición contenida en el artículo 355 de la Constitución Política.* En reiterada jurisprudencia, la honorable Corte Constitucional ha explicado el alcance de la prohibición a que alude el artículo 355 superior, en concordancia con el numeral 4 del artículo 136 *ibidem*. Tras una larga evolución jurisprudencial, la Sentencia C-712 de 2002 recogió los criterios que permiten distinguir cuándo se está en presencia de una donación o auxilio proscrito por la Carta, y cuándo, por el contrario, le es autorizado al legislador desarrollar una función benéfica acorde con los postulados de la Carta.

Ciertamente, en dicha sentencia se expusieron las siguientes conclusiones:

“(1) La prohibición de los auxilios y donaciones, es la respuesta al abuso derivado de la antigua práctica de los “auxilios parlamentarios”, y en buena medida explica su alcance. (2) La prohibición de los auxilios y donaciones, no significa la extinción de la función benéfica del Estado, la cual puede cumplirse a través de la contratación con entidades privadas sin ánimo de lucro y reconocida idoneidad (3) El auxilio o donación, materia de la prohibición, se caracterizan por la existencia de una erogación fiscal en favor de un particular sin que ella tenga sustento en ninguna contra prestación a su cargo. Igualmente, corresponden a estas categorías, las transferencias a particulares, que no estén precedidas de un control sobre los recursos o que este no pueda realizarse con posterioridad a la asignación. Finalmente, se califican de esta manera, las prácticas que por los elementos que incorporen, puedan tener la virtualidad de revivir la proscrita figura de los auxilios. (4) Por vía negativa, no se consideran auxilios o donaciones, las transferencias presupuestales que se hacen a entidades descentralizadas. (5) No se estima que se viole el artículo 355 de la C. P., cuando el Estado otorga subsidios, estímulos económicos, ayudas o incentivos, en razón del cumplimiento de deberes o principios de origen constitucional que describen actividades públicas irrenunciables.”.

Por su parte, en la Sentencia C-507 de 2008, la Corte Constitucional señaló los requisitos generales para autorizar cualquier excepción al artículo 355 superior. Tales requisitos, según dicha Sentencia, son los siguientes: *“1. Toda asignación de recursos públicos debe respetar el principio de legalidad del gasto. 2 Toda política pública del sector central, cuya ejecución suponga la asignación de recursos o bienes públicos, debe encontrarse reflejada en el Plan Nacional de Desarrollo y en el correspondiente Plan de Inversión, 3. Toda disposición que autorice una asignación de recursos públicos, sin contraprestación por parte del beneficiario, tiene que encontrarse fundada en un mandato constitucional claro y suficiente que la autorice. 4. Debe respetar el principio de igualdad.”.*

Más adelante, en la sentencia C-324 de 2009, la Corte se refirió nuevamente a las circunstancias en que era posible, en desarrollo del inciso 2º del artículo 355 constitucional, adelantar la función de beneficencia propia del Estado Social de Derecho. En esa oportunidad, destacó que dicha función benéfica exigía que su objeto (i) consultará los propósitos del Plan Nacional de Desarrollo, (ii) que se llevará a cabo a través de la celebración de un contrato, el cual imponía el previo agotamiento e un proceso de selección, y que (iii) la figura permitiera el ejercicio del control fiscal sobre los recursos públicos transferidos a particulares. En efecto, en esta sentencia la Corte dijo:

De esta manera, es inminente concluir que el mecanismo establecido en el inciso 2º del artículo 355 puede usarse con el fin de impulsar programas de interés público, como esquema de apoyo a actividades benéficas, pero rodeado de controles subjetivos –solamente puede realizarse con entidades privadas

sin ánimo de lucro y de reconocida idoneidad– y, objetivos –la materia del contrato se limita a actividades o programas concretos de interés público y acordes con el plan de desarrollo a nivel nacional o seccional–, práctica que a partir de la Constitución de 1991 debe ser el único canal para adelantar la función benéfica del Estado con el concurso de entidades sin ánimo de lucro, sin importar si estas son de naturaleza privada u oficial, en tanto el inciso 2° no establece ninguna discriminación en tal sentido, lo cual entraña un control previo derivado del proceso de selección y un control posterior a la entrega de los recursos públicos.

Al señalar como requisito indispensable, para que estas ayudas procedan, la celebración de un contrato con entidades benéficas, se impone el tamiz de un proceso de selección y el control fiscal de los recursos de quienes funjan como colaboradores del Estado, con el explícito propósito de buscar la eficiencia en la inversión de las partidas públicas por parte de las entidades que las reciban, según se establezca en un “reglamento autónomo “. (Negrillas fuera del original).

Así pues, de la jurisprudencia constitucional emana que para que la actividad benéfica del Estado, permitida por la Carta, se distinga de los auxilios y donaciones constitucionalmente proscritos, deben cumplirse ciertos requisitos, como los son:

i) La asignación de recursos o bienes públicos debe encontrarse reflejada en el Plan Nacional de Desarrollo y en el correspondiente Plan de Inversión;

ii) Debe llevarse a cabo a través de la celebración de un contrato, el cual impone el previo agotamiento e un proceso de selección, lo anterior en garantía del derecho a la igualdad;

iii) Los recursos así trasferidos a entidades privadas sin ánimo de lucro y de reconocida idoneidad, deben quedar sujetos al control fiscal.

1.2.2. La norma objetada frente a la prohibición recogida en el artículo 355 de la Constitución Política

A juicio del Gobierno Nacional, el artículo 4° del proyecto de ley que se objeta no cumple con los requisitos constitucionalmente decantados que permitirían considerar que se está en presencia de la actividad de beneficencia constitucionalmente permitida en el Estado Social de derecho. En efecto, dicho artículo confiere al Gobierno Nacional una autorización que por no cumplir con dichos requisitos jurisprudenciales mencionados, no sería posible ejecutar. Es decir, se concede una autorización inconstitucional. En efecto, en dicha norma el Congreso autoriza al Gobierno para “*destinar hasta cuarenta mil millones de pesos moneda corriente... para la construcción de la ampliación del Museo de Arte Moderno de Bogotá*”. Nótese que el legislador autoriza una asignación directa, sin el agotamiento previo de un proceso de contratación que garantice la igualdad de oportunidades de otras entidades sin ánimo de lucro dedicadas a similar actividad; y repárese en que la asignación así hecha no se sujeta a control fiscal. Adicionalmente, se echa de menos en el proceso legislativo una argumentación que justifique aunque sea mínimamente o en forma

adecuada, que la asignación de recursos resulta acorde con el Plan Nacional de Desarrollo 2010- 2014, y el correspondiente Plan de Inversión.

Por las anteriores razones, el Gobierno Nacional solicita al Congreso de la República retirar del proyecto de ley el artículo en cuestión.

2. OBJECIONES POR INCONVENIENCIA

El Gobierno Nacional objeta por razones de inconveniencia el artículo 4° del proyecto de ley de la referencia.

El Gobierno Nacional no desconoce la importante labor que viene haciendo el Museo de Arte Moderno de Bogotá, en la promoción y difusión de las artes plásticas en Colombia. Esta labor ha venido siendo apoyada por el Ministerio destinando una inmensa parte de los recursos destinados a Museos en Colombia, durante todos los años de existencia del Ministerio de Cultura.

Sin embargo, se ve con preocupación cómo a través de esta iniciativa legislativa se estarían autorizando la asignación de la suma de cuarenta mil millones de pesos (\$40.000.000.000) a una fundación privada sin ánimo de lucro.

Esta suma no tiene soporte alguno ni se hace ningún análisis de la misma que permita racionalmente establecer que el monto planteado tiene un fundamento real y cuáles fueron los documentos financieros que permitieron llegar a esta cifra.

Por otra parte cuando se trata de la priorización de gastos el Gobierno Nacional tiene absolutamente claro que el Museo Nacional de Colombia, Bien de Interés Cultural del ámbito nacional, cuya situación frente a su propia sede es crítica, requiere con suma urgencia unos recursos cercanos a los cuarenta y cinco mil millones de pesos (\$45.000.000.000) para adquirir el predio y el edificio donde hoy funciona y que es de propiedad de la Lotería de Cundinamarca, empresa Industrial y Comercial del departamento de Cundinamarca.

De igual manera el proyecto de ampliación del Museo Nacional de Colombia ha sido un propósito que reiteradamente se ha plasmado en el Plan Nacional de Desarrollo, en el que se busca brindarle al país una estructura cultural que contribuya al fortalecimiento de nuestra identidad nacional y la preservación idónea de nuestro patrimonio cultural y arqueológico. El Museo Nacional actualmente tiene en bodegas sin que pueda ser exhibido al público, el 90% de su colección, por carecer precisamente de instalaciones adecuadas para hacerlo.

Conforme a todo lo expuesto, el Gobierno Nacional objeta por las razones de inconstitucionalidad e inconveniencia el artículo 4° del proyecto de ley citado en la referencia.

Cordialmente,

El Ministro de Defensa Nacional de la República de Colombia, delegatario de las funciones presidenciales mediante Decreto 1178 de 2013,

Juan Carlos Pinzón Bueno.

La Ministra de Cultura,

Mariana Garcés Córdoba.

CONCEPTOS JURÍDICOS

CONCEPTO JURÍDICO DEL MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 82 DE 2012 SENADO

por la cual se derogan las disposiciones que no lograron los efectos prácticos para la generación de empleo de la Ley 789 de 2002.

1.1

UJ-1184-13

Bogotá D. C.

Honorable Senador

ROY LEONARDO BARRERAS MONTEALEGRE

Presidente

Senado de la República

Ciudad

Asunto: Comentarios al Proyecto de ley número 082 de 2012 Senado, por la cual se derogan las disposiciones que no lograron los efectos prácticos para la generación de empleo la Ley 789 de 2002.

Respetado Presidente,

De manera atenta me permito presentar los comentarios y consideraciones del Ministerio de Hacienda y Crédito Público al Proyecto de ley número 82 de 2012 Senado, por la cual se derogan las disposiciones que no lograron los efectos prácticos para la generación de empleo la Ley 789 de 2002.

El proyecto de ley restablece la estructura de la jornada laboral planteada originalmente en el artículo 160 del Código Sustantivo del Trabajo, en la cual el trabajo diurno es el comprendido entre las seis horas (6 a. m.) y las dieciocho horas (6:00 p. m.), mientras que el trabajo nocturno es el comprendido entre las dieciocho horas (6 p. m.) y las seis horas (6:00 a. m.). Esta propuesta modifica lo establecido por el artículo 25 de la Ley 789 de 2002, mediante el cual la jornada laboral diurna estaba comprendida entre las seis horas (6:00 a. m.) y las veintidós horas (10:00 p. m.), por su parte, la jornada nocturna estaba comprendida entre las veintidós horas (10:00 p. m.) y las seis horas (6:00 a. m.).

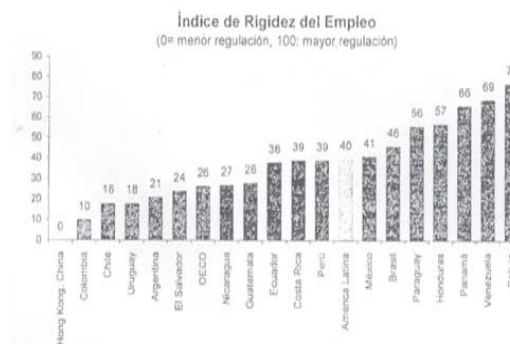
Igualmente, el proyecto de ley propone que el trabajo en domingo y festivos tendrá un recargo del 100% sobre el salario ordinario en proporción a las horas laborales, diferente a lo establecido actualmente en el Código Sustantivo del Trabajo con base en la Ley 789 de 2002 donde dicho recargo corresponde al 75%.

En primer lugar, es importante tener en cuenta que el propósito de modificación de la jornada laboral en la Ley 789 de 2002 permitiría a los empresarios condiciones menos restrictivas en los turnos de trabajo y menores costos en los recargos por horas extras y jornada nocturna, lo cual podría facilitar la contratación de nuevos trabajadores. De tal manera que se favorecieran las condiciones de generación de empleo, teniendo en cuenta el deterioro de los principales indicadores del mercado laboral posterior a la recesión de finales de la década de los noventa, en la cual se registró un aumento considerable de la tasa de desempleo y una reducción del empleo formal.

De hecho, de acuerdo con el *Doing Business* publicado por el Banco Mundial, Colombia registra una mejora en la facilidad para la contratación de trabajo frena a otras economías de la región, lo cual se ha basado en menores restricciones en el número de horas

trabajadas y por consiguiente en menores rigideces del empleo¹ (Gráfico 1). Esta situación ha presentado menores costos de contratación, lo cual facilita una mayor demanda de trabajo y el acceso a un empleo formal.

Gráfico 1



Fuente: Doing Business 2010 - Banco Mundial

En segundo lugar, los resultados de la Ley 789 de 2002 han sido ampliados por un mayor crecimiento económico durante los últimos años, lo cual se ha reflejado en una mejora en los principales indicadores del mercado laboral. De hecho, mientras que en 2002 la tasa de desempleo a nivel nacional se ubicaba en 15,5%, en el transcurso de 2012 se ubica en promedio en 10,6%, y se ubica en octubre en niveles de un dígito (8,9%). En las trece principales ciudades, se observó una reducción en este indicador, al pasar de 17,6% en 2002 a 11,4% en promedio en el transcurso de 2012, al mes de octubre, mes en el cual la tasa de desempleo fue de 10,2% (Gráfico 2).

Gráfico 2



Fuente: DANE.



Fuente: DANE.

¹ El indicador de rigidez del empleo publicado por el Banco Mundial está conformado por tres componentes: i) facilidad para contratar trabajo; ii) restricciones en el número de horas trabajadas, y iii) costos de despido.

Este resultado se ha explicado por un aumento de la ocupación, ya que desde 2002 se han generado cerca de 5.2 millones de empleos a nivel nacional, al mes de octubre, de los cuales 2.5 millones de empleos se han creado en las principales trece ciudades. Adicionalmente, el empleo asalariado (empleo formal) ha mantenido una tendencia creciente durante los últimos años, ya que registra un crecimiento de 5.5% en el transcurso de 2012, superior al crecimiento del PIB, mientras que el empleo cuenta propia (núcleo de la informalidad) registra una leve reducción anual en octubre 0,2% (Gráfico 3).



En tercer lugar, los distintos estudios que han evaluado los efectos de la reforma laboral de 2002 han encontrado algunos resultados positivos en el funcionamiento del mercado laboral, en términos de reducciones del subempleo, mayor demanda de trabajo, aumento en la probabilidad de encontrar empleo en el sector formal, y la mayor provisión de servicios complementarios de protección social a la población vulnerable al desempleo.

En particular, Amarante y Santamaría (2005)² señalan que a Ley 789 de 2002 tuvo efectos positivos en los niveles de remuneración promedio de los ocupados. Adicionalmente, el estudio realizado por Medina y Escobar (2006)³ indica que la reforma laboral de 2002 se reflejó con mayor incidencia en actividades económicas diferentes a la industria, ya que el salario por hora en estos sectores presentó un incremento cercano al 8% junto con un aumento en el número de horas trabajadas (3.2 horas por semana), como evidencia de una mayor demanda de trabajo.

El estudio de Núñez (2005)⁴ analiza los impactos en la duración del empleo y el desempleo, con lo cual encuentra que entre 2002 y 2004 la duración del desempleo cae fuertemente, debido, en parte importante, a la Ley 789 de 2002. También como efecto de la reforma, la probabilidad de encontrar empleo en el sector formal se incrementó en un 6%. Así mismo, la duración del empleo se incrementó en los sectores donde se esperaban impactos importantes por la reforma, se redujo la probabilidad de perder el empleo en un 25% con respecto a otros sectores; y en comercio e industria las reducciones en la probabilidad de despido son del orden del 10%.

Adicionalmente, Gaviria (2005)⁵ indica que la reforma promovió ampliamente la contratación de aprendices y posiblemente contribuyó a la disminución del subempleo por insuficiencia de horas.

Por otra parte, Guataquí et al (2009)⁶ encontró que la reforma laboral de 2002 aumentó la demanda de mayor horas de trabajo, pero no se reflejó en un mayor número de empleos, y contribuyó a una reducción de la duración del desempleo.

Finalmente, la Comisión creada para a evaluación de la Ley 789 recomendó al Congreso de la República mantener vigente la Ley 789 de 2002 por sus efectos positivos sobre el mercado laboral y sobre el desarrollo del sistema de protección social. De hecho, el informe final de esta Comisión resalta que “Con la Reforma Laboral se pretendían generar unos 486.064 empleos en el cuatrienio y, según los resultados de los estudios analizados, se han logrado alrededor de unos 250.000 empleos. Incluyendo los aprendices, el número aumenta al menos en 146.352 (72.087 en 2003 y 74.265 en 2004), para un total de 396.352 en los dos primeros años de expedida la ley”.

Así mismo, este mismo informe final señala que “La Ley 789 ha brindado mecanismos de protección para las personas más vulnerables que estaban ausentes en la institucionalidad colombiana, con resultados favorables aún a pesar de los diversos obstáculos presentados. Se han otorgado más de 271.244 subsidios al desempleo, se han generado cursos de capacitación para desempleados y el Sena está destinando recursos de forma considerable para este segmento de la población. Igualmente, se observan las acciones en materia de subsidios para ancianos, subsidios para la salud, entre otros, en torno al proyecto de consolidar un sistema de protección social que atienda los componentes tanto de aseguramiento como de asistencia social”.

De otra parte, con el contenido del presente proyecto se busca una nueva regulación respecto del *Contrato de Aprendizaje*, del cual hay que aclarar que tiene una naturaleza jurídica completamente diferente a la del contrato de trabajo, por lo cual los aprendices no pueden estar cobijados por los beneficios obtenidos en las convenciones colectivas, así lo ha entendido la Corte Constitucional al señalar:

2 Amarante, Arim y Santamaría, Mauricio (2005). ‘Los efectos de la reforma laboral de 2002 en el mercado laboral colombiano’. Perfil de coyuntura Económica No. 6, diciembre de 2005. Universidad de Antioquia.
3 Medina, Carlos y Escobar, José Fernando (2006). ‘Changes in Daytime Hours of Work and Employment in Colombia’. Borradores de Economía No. 421. Banco de la República. Diciembre.

4 Núñez, Jairo (2005). ‘Éxitos y fracasos de la reforma laboral en Colombia’. Documento CEDE 2005-45. Universidad de los Andes.
5 Gaviria, Alejandro (2005). ‘La Reforma Laboral de 2002: ¿funcionó o no?’. coyuntura Económica volumen XXXV, No. 1, primer semestre de 2005, Fedesarrollo.
6 Guataquí, Juan C.; García, A. (2009) ‘Efectos de la reforma laboral: ¿más trabajos y menos empleo?’ Revista Ensayos sobre Política Económica, vol. 27. No. 60. Banco de la República.

“Esto significa que el contrato de aprendizaje tiene objetivos y especificidades que lo distinguen de la relación de trabajo ordinaria, por lo que es razonable que ciertos aspectos del mismo queden excluidos de la negociación colectiva, a fin de asegurar la viabilidad del conjunto del sistema de capacitación de la mano de obra en el país. Y en ese contexto, la Corte considera que la exclusión de dicha negociación del apoyo de sostenimiento mensual de los aprendices es una restricción proporcionada al derecho de negociación colectiva de los trabajadores, puesto que los aprendices no son en sentido estricto trabajadores y resulta razonable que si la ley obliga a las empresas a vincular un determinado número de aprendices, al menos establezca salvaguardas para asegurar que esa vinculación no resulte desproporcionadamente onerosa, como es la de limitar la negociación colectiva en ese preciso aspecto.”

Así las cosas, la compensación de los aprendices no puede estar sujeta al salario mínimo obtenido por convención colectiva, por dos situaciones: (i) Por la naturaleza del contrato que dista completamente del contrato laboral, y (ii) Por los efectos económicos que puede conllevar esta medida, en las empresas que están obligadas a contratar aprendices.

Adicionalmente, consideramos que si un aprendiz no cumple una jornada laboral de por lo menos 8 horas, no debiera reconocérsele un salario mínimo, dado que se estaría dando un trato igual al de los trabajadores que laboran por períodos iguales y que adicionalmente tienen experticia en la labor que realizan.

Es de recordar que la Corte Constitucional ha mantenido que la remuneración de los aprendices puede ser inferior al salario mínimo, *“en la medida en que, como ya lo señaló la Corporación en su Sentencia C-038/04, los aprendices no son trabajadores y en esa medida el sostenimiento no constituye salario. Así las cosas, si el sostenimiento no constituye salario, no debe regirse por las normas propias del contrato de trabajo y, en especial, del artículo 53 constitucional, que señala que la remuneración debe ser mínima, entendiéndose por tal la coincidente con un salario mínimo mensual. El hecho de que la tasación porcentual del apoyo de sostenimiento se establezca con base en un salario mínimo no implica que a los aprendices se les deba tratar de manera idéntica que a quienes están vinculados mediante un contrato de trabajo.”*

En tal sentido, el articulado busca otorgar una mayor remuneración a las personas que suscriben contratos de aprendizaje, incrementando el salario mínimo para aquellos que se encuentren en fase práctica, pasando del 75% del salario mínimo legal mensual vigente al 100%, es decir, un incremento del 33% de la remuneración del aprendiz, lo que puede ser contraproducente, en tanto que los empresarios, al ver que sus costos aumentan, podrían tomar decisiones enfocadas en la disminución de personal que compensaran dicho aumento, lo cual por el momento resulta imposible de cuantificar.

En razón a todo lo anterior, considera esta Cartera que el proyecto de ley propuesto afectaría los resultados positivos que se han observado durante los últimos años en el mercado laboral, ya que establecería restricciones en la demanda de trabajo al aumentar los costos laborales. Estos mayores costos laborales impedirían mayores avances en la formalización laboral y en la reducción de la tasa de desempleo hacia el futuro inmediato, limitando la posibilidad de mayor empleo y la posibilidad de acceso a un empleo formal, en especial de grupos vulnerables al desempleo como jóvenes, mujeres y personas

no calificadas. Es importante tener en cuenta que la reducción de la tasa de desempleo y el acceso a un empleo formal son factores esenciales para la mejora de los indicadores socioeconómicos, en particular con la reducción de la pobreza y la desigualdad, por estas razones, no consideramos conveniente las modificaciones propuestas por el proyecto de ley 82 de 2012 del Senado de la República *“por la cual se derogan las disposiciones que no lograron los efectos prácticos para la generación de empleo, la Ley 789 de 2012”*.

Por último, es importante resaltar que el párrafo 1° del artículo 89 del proyecto de ley en análisis, incluye un costo fiscal que no es claro y hasta el momento no ha podido ser cuantificado, ya que establece que el Gobierno Nacional incluirá una partida adicional en el Presupuesto General de la Nación para el reconocimiento de contratos de aprendizaje en los departamentos de Amazonas, Guainía, Vichada, Chocó y Guaviare, recursos que no se encuentran contemplados en el Marco Fiscal de Mediano Plazo ni en el Marco de Gasto de Mediano Plazo.

Por las consideraciones expuestas, esta Cartera respetuosamente solicita se considere el archivo del proyecto de ley que se analiza en el presente documento, no sin antes manifestarle muy atentamente nuestra voluntad de colaborar con la actividad legislativa dentro de los parámetros constitucionales y legales de disciplina fiscal vigentes.

Cordialmente,

Andrés Restrepo Montoya,

Viceministro Técnico

Encargado de las funciones del Despacho del Ministro de Hacienda y Crédito Público.

Con Copia a

• Honorable Senador Alexander López Amaya - Autor

• Honorable Senador Wilson Arias castillo - Autor

• Honorable Senadora Gloria Inés Ramírez Ríos - Ponente

• Honorable Senadora Liliana María Rendón Roldan - Ponente

• Doctor Gregorio Eljach Pacheco, Secretario General del Senado de la República.

* * *

CONCEPTO JURÍDICO DEL MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 86 DE 2012 SENADO

por la cual se modifica y adiciona la Ley 5ª de 1992, se crea la Comisión Legal para la protección de los Derechos de la Población Afrocolombiana y se dictan otras disposiciones.

UJ-1167-13

1.1.

Bogotá D. C.

Honorable Senador

ROY LEONARDO BARRERAS MONTEALEGRE

Presidente

Senado de la República

La ciudad

Asunto: Proyecto de ley número 86 de 2012 Senado, por la cual se modifica y adiciona la Ley 5ª de 1992, se crea la Comisión Legal para la protección de los Derechos de la Población Afrocolombiana y se dictan otras disposiciones.

Respetado Presidente:

De manera atenta el Ministerio de Hacienda y Crédito Público presenta los comentarios que estima pertinentes someter a su consideración respecto del **Proyecto de ley número 86 de 2012 Senado**, por la cual se modifica y adiciona la Ley 5ª de 1992, se crea la Comisión Legal para la protección de los Derechos de la Población Afrocolombiana y se dictan otras disposiciones.

El proyecto de ley objeto de estudio, tiene por objeto adicionar el Reglamento del Congreso de la República, contenido en la Ley 5ª de 1992, creando la Comisión Legal para la Protección de los Derechos de la Población Afrocolombiana, con el fin de que la misma, trabaje conjunta y coordinadamente en la generación (sic) de propuestas normativas y políticas para superar las grandes desigualdades que separan a los afrocolombianos del resto de la sociedad.

En lo que compete a este Ministerio, los artículos 9º y 10 del proyecto de ley en estudio, disponen:

“Artículo 9º. Adiciónase el artículo 383 de la Ley 5ª de 1992, con el numeral 3.14, del siguiente tenor:

3.14 Comisión Legal para la Protección de los Derechos de la Población Afrocolombiana.

2 Profesionales Universitarios (06).”

“Artículo 10. Adiciónase el artículo 369 de la Ley 5ª de 1992, con el numeral 2.6.14, del siguiente tenor:

2.6.14 Comisión Legal para la Protección de los Derechos de la Población Afrocolombiana.

1 Coordinador(a) de la Comisión (012).

1 Secretario (a) Ejecutivo (a) (05).”

Así, la planta de personal de la Comisión Legal para la Protección de los Derechos de la Población Afrocolombiana estaría constituida por: Un (1) coordinador (a) grado (012), dos (2) profesionales universitarios grado (06) y un (1) secretario (a) ejecutivo (a) grado (05), por lo que el costo anual de esta planta de personal sería el siguiente:

Costo anual de la planta de personal de la Comisión Legal para la Protección de los Derechos de la Población Afrocolombiana			
Cargo	Grado	Cantidad	Costo Anual (\$)
Coordinador	12	1	164.589.689
Profesional Universitario	6	2	111.617.478
Secretario Ejecutivo	5	1	47.318.911
Total		4	323.526.079

Adicionalmente a los gastos de personal, con la creación y puesta en funcionamiento de la comisión a que hace referencia el proyecto de ley en estudio, se efectuarían gastos operativos administrativos estimados en veinte millones de pesos (\$20.000.000,00) en el primer año y de cuatro millones de pesos (\$4.000.000,00) en los años siguientes. Lo anterior, significa que las disposiciones previstas por el proyecto de ley, generaría erogaciones adicionales totales para la Nación del orden de trescientos cuarenta y tres millones de pesos (\$343.000.000,00) en la vigencia fiscal de 2013, de seiscientos setenta y un millones de pesos (\$671.000.000,00) en el presente periodo constitucional de Gobierno y de tres mil doscientos noventa y un millones de pesos (\$3.291.000.000,00) para los próximos diez (10) años, recursos que no se encuentran previstos en el Marco Fiscal de Mediano Plazo.

Por lo anteriormente expuesto, de la manera más respetuosa el Ministerio de Hacienda y Crédito Público solicita se tengan en cuenta las anteriores consideraciones durante el trámite de la iniciativa, no sin an-

tes manifestar nuestra firme voluntad y compromiso de colaborar con la actividad legislativa.

Cordialmente,

Andrés Restrepo Montoya,
Viceministro Técnico

Encargado de las funciones del Despacho del Ministro de Hacienda y Crédito Público.

Con Copia a:

- Honorable Senador Hemel Hurtado Angulo - Coordinador, Ponente/Autor
 - Honorable Senador Hernán Andrade Serrano - Ponente
 - Honorable Senador Luis Carlos Avellaneda - Ponente
 - Honorable Senador Manuel Enríquez Rosero - Ponente
 - Honorable Senador Édgar Gómez Román - Ponente
 - Honorable Senador Jorge Eduardo Londoño - Ponente
 - Honorable Senador Edinson Delgado Ruiz - Autor
 - Honorable Representante Jairo Hinestroza Sinisterra - Autor
 - Honorable Representante Heriberto Arrechea Banguera - Auto
- Doctor Gregorio Eljach Pacheco, Secretario General del Senado de la República

CONTENIDO

Gaceta número 408 - Jueves, 21 de marzo de 2013

SENADO DE LA REPÚBLICA INFORMES DE CONCILIACIÓN		Págs.
Informe de conciliación y texto Conciliado al Proyecto de ley número 052 de 2011 Cámara, 244 de 2012 Senado, por medio de la cual se prohíbe el uso de animales silvestres, ya sean nativos o exóticos, en circos fijos e itinerantes	1	
Informe de ponencia para segundo debate, texto aprobado por las Comisiones Primeras del honorable Senado de la República y de la honorable Cámara de Representantes, texto propuesto y texto aprobado al proyecto de ley estatutaria número 209 de 2013 Senado número 267 de 2013 Cámara, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones	2	
Ponencia para segundo debate en el senado de la República y texto definitivo al proyecto de ley número 247 de 2013 Senado, 228 de 2012 Cámara, por la cual la Nación declara Patrimonio Histórico y Cultural de la Nación al municipio de Charalá del departamento de Santander, exaltando su aporte a lo Gesta libertadora de Colombia	18	
OBJECIONES PRESIDENCIALES		
Objeción presidencial al Proyecto de ley número 147 de 2012 Senado, 223 de 2012 Cámara, por medio de la cual se rinde homenaje al Museo de Arte Moderno de Bogotá en su quincuagésimo aniversario, por su contribución a la cultura y el arte colombiano	22	
CONCEPTO JURÍDICO		
Concepto jurídico del Ministerio de Hacienda y Crédito Público al Proyecto de ley número 82 de 2012 Senado, por la cual se derogan las disposiciones que no lograron los efectos prácticos para la generación de empleo la Ley 789 de 2002	25	
Concepto jurídico del Ministerio de Hacienda y Crédito Público al proyecto de ley número 86 de 2012 Senado, por la cual se modifica y adiciona la Ley 5ª de 1992, se crea la Comisión Legal para la protección de los Derechos de la Población Afrocolombiana y se dictan otras disposiciones	27	