



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXVI - N° 451

Bogotá, D. C., miércoles, 7 de junio de 2017

EDICIÓN DE 48 PÁGINAS

DIRECTORES:	GREGORIO ELJACH PACHECO	JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO
	SECRETARIO GENERAL DEL SENADO www.secretariosenado.gov.co	SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

PONENCIAS

INFORME DE PONENCIA AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 220 DE 2017 SENADO

por medio de la cual se reglamenta la especialidad médica de la Dermatología y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C., 7 de junio de 2017

Doctor

ÉDINSON DELGADO RUIZ

Presidente

Comisión Séptima Senado

Asunto: Informe de ponencia al Proyecto de ley número 220 de 2017 Senado, *por medio de la cual se reglamenta la especialidad médica de la Dermatología y se dictan otras disposiciones.*

1. Antecedentes
2. Competencia
3. Objeto y justificación del proyecto
4. Consideraciones y Marco Jurídico
5. Pliego de Modificaciones
6. Texto propuesto
7. Proposición

1. Antecedentes

Este proyecto de ley es de autoría del Senador Édinson Delgado Ruiz fue radicado ante el Senado de la República, el día 21 de marzo 2017. El día 21 de marzo de 2017 se ordenó su traslado a la Comisión Séptima del Senado de la República a donde llegó el día 30 de marzo de 2017, fue publicado en la *Gaceta del Congreso* de la República el día 24 de marzo de 2017 en la *Gaceta del Congreso* número 167 de 2017, se asignó como ponente única a la Senadora Sofía Alejandra Gaviria Correa, consta de 16 artículos, durante su trámite no ha recibido conceptos de ninguna entidad oficial nacional ni territorial, tampoco de entidades pri-

vadas, este proyecto no ha sido presentado previamente en otra legislatura.

2. Competencia

El proyecto de ley está en consonancia con los artículos 43, 44, 49 y 65, 154, 157 y 158 de la Constitución Política referentes a su origen, competencia, formalidades de publicidad y unidad de materia. Así mismo, está en línea con lo establecido en el artículo 140, numeral 1 de la Ley 5ª de 1992.

3. Objeto y justificación del proyecto de ley

El sistema de salud exige un equipo de profesionales idóneos y suficientes que estén acordes con las necesidades y demandas de servicio y atención en salud que ha venido incrementándose año por año.

Al mismo tiempo algunos campos especializados de la salud como aquel relacionado con la dermatología y materias afines, han venido sufriendo un estigma social causado por la permanente usurpación de funciones de personas inescrupulosas que han suplantado a médicos especializados y están causando grave riesgo y hasta daños físicos materializados en un sector importante de la población.

Esta situación exige del Congreso de la República una intervención legislativa que brinde herramientas que faciliten el ejercicio legal por personas idóneas en asuntos propios de la dermatología y materias afines.

Dermatología en Colombia

La crisis de la salud que compromete tanto lo individual como lo colectivo, no se distancia de las inclemencias del incierto devenir de un sistema de salud que se prueba ante los cambios que advinieron con la Ley Estatutaria de la Salud (LES); ley marco que no define el modelo, pero determina el alcance del derecho fundamental a la salud, su goce efectivo y los elementos sustanciales sobre los que se debe soportar, la autonomía médica con autorregulación y los beneficios prestacionales delimitados por exclusiones específicas.

Es manifiesto el desconocimiento de la población sobre los beneficios obtenidos a partir de la LES, explicado por el incipiente proceso de ejecución; aún más preocupante es el poco o insuficiente conocimiento entre los médicos de sus alcances y en qué y hasta dónde nos comprometete.

Algunas encuestas, *a priori*, nos permiten considerar que se requiere mayor análisis y mayor debate en nuestras organizaciones sobre lo que va a constituir el futuro inmediato y el largo plazo del ejercicio profesional.

La plena ejecución de la ley por parte del Estado y la responsabilidad profesional, humanística, humanitaria, firmemente autorregulada, por parte de los médicos y profesionales de la salud, serán los elementos clave del éxito.

Las leyes, *per se*, no garantizan los logros que pretenden; se requiere la consecuente reglamentación y aplicación rigurosa de sus fundamentos.

Vale la pena resaltar que en el país hay 92.470 médicos, según los datos registrados por el observatorio laboral para la educación del Ministerio de Educación Nacional, de los cuales 344 títulos con formación académica en Dermatología se han expedido desde el 2001 hasta el año 2014 como se discrimina a continuación:

FORMACION ACADÉMICA	PERIODO GRADUACION														Total
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
ESPECIALIDAD EN DERMATOLOGIA	0	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	27
ESPECIALIZACION EN DERMATOLOGIA	15	17	15	17	11	14	17	16	23	18	20	30	24	26	263
ESPECIALIZACION EN DERMATOLOGIA ONCOLOGICA	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	5
ESPECIALIZACION EN DERMATOLOGIA Y CIRUGIA DERMATOLOGICA	3	2	3	1	4	3	1	0	1	4	4	3	4	5	38
ESPECIALIZACION EN DERMATOPATOLOGIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4	4	11
Total	18	22	20	19	17	19	21	19	27	24	26	39	35	38	344

Fuente: Observatorio Laboral para la Educación, MEN.

Con respecto a la formación académica la mayoría de los dermatólogos han realizado sus estudios en Bogotá, seguido de Medellín, Valle del Cauca, Caldas y Santander.

ZONA GEOGRAFICA	PERIODO GRADUACION														Total
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
ANTIOQUIA	6	5	8	5	5	6	7	7	6	9	8	13	14	13	112
BOGOTA DC	9	13	9	11	8	8	13	10	15	10	13	19	15	15	168
CALDAS	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1	1	2	0	2	14
SANTANDER	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	6
VALLE DEL CAUCA	3	2	3	1	4	3	1	0	6	4	4	3	4	6	44
Total	18	22	20	19	17	19	21	19	27	24	26	39	35	38	344

Fuente: Observatorio Laboral para la Educación, MEN.

Consultado el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior, con corte octubre de 2016, en Colombia se encuentran 14 programas de Dermatología activos y según el registro de la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica (Asocolderma), actualmente en total hay 115 médicos cursando su especialidad en dermatología y la admisión de estos estudiantes se realiza de forma anual o semestral, según la institución de formación de educación superior.

Según la Asociación Colombiana de Dermatología (Asocolderma), en Colombia existen 797 dermatólogos agremiados, siendo esta la única asociación que agrupa especialistas en dermatología en Colombia.

De acuerdo con la definición de especialidades médicas quirúrgicas que establece el artículo 2.5.3.2.7.4 del Decreto número 1075 de 2015, con base en la información registrada en el Sistema de Aseguramiento de la Calidad en Educación Superior (SACES), y en la Ventanilla Única del Ministerio de Educación Nacional (VUMEN), en los últimos 10 años hasta la fecha se han convalidado 3.777 títulos en especialidades médicas quirúrgicas:

Año de la resolución	Sistema de convalidaciones		Total General
	SACES	VUMEN	
2006	197		197
2007	165		165
2008	189		189
2009	152		152
2010	205		205
2011	222		222
2012	282		282
2013	516		516
2014	641		641
2015	586	91	677
2016		531	531
Total General	3.155	622	3.777

Fuente: SACES, VUMEN, Convalidaciones, MEN, corte agos/2016.

De acuerdo al Ministerio de Educación, en los últimos 10 años se han convalidado 140 títulos en la especialidad de Dermatología, 2 en Dermatología Oncológica, 3 en Dermatología Pediátrica y 4 en Dermatología y Cirugía Dermatológica, y según el país de origen son

en su mayoría Argentina (n:669), Brasil (n:459), Cuba (n:438), España (n:416) y México (n:383), principalmente.

Consultado el Registro Especial Prestadores de Servicios de Salud (REPS), del Ministerio de Salud y de la Protección Social, se informa que con corte octubre de 2016, hay 1.958 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que están habilitadas para prestar servicios de Dermatología en Colombia, de las cuales 1.190 son personas jurídicas (948 privadas, 232 públicas y 10 mixtas) y 768 personas naturales habilitados como profesionales independientes, adicionalmente hay 18 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que están habilitadas para prestar servicios de Dermatología Oncológica en Colombia.

Por todo lo anterior y en búsqueda de la mejor propuesta para los pacientes y médicos especialistas en dermatología se presenta este proyecto de ley que busca regular el ejercicio de la especialidad, porque la norma será el faro que guíe el diario quehacer.

4. Consideraciones y Marco Jurídico

El derecho a la salud es un derecho fundamental autónomo e irrenunciable, regido por principios rectores como eficiencia, universalidad y solidaridad, para que su garantía y protección sea efectiva se exige integridad en su prestación, de manera eficiente, oportuna y con alta calidad, por personal idóneo y suficiente.

La Sentencia T-121/15 indica que el “**DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD**”-Elementos esenciales.

En cuanto a los elementos que rigen el derecho fundamental a la salud, la Corte ha destacado que se trata de aquellos componentes esenciales que delimitan su contenido dinámico, que fijan límites para su regulación y que le otorgan su razón de ser. El derecho a la salud incluye los siguientes elementos esenciales: la disponibilidad, la aceptabilidad, la accesibilidad y la calidad e idoneidad profesional.

DERECHO A LA SALUD-Doble connotación al ser un derecho fundamental y al mismo tiempo un servicio público.

La salud tiene dos facetas distintas, que se encuentran estrechamente ligadas: por una parte, se trata de un servicio público vigilado por el Estado; mientras que, por la otra, se configura en un derecho que ha sido reconocido por el legislador estatutario como fundamental, de lo que se predica, entre otras, su carácter de irrenunciable. Además de dicha condición, se desprende el acceso oportuno y de calidad a los servicios que se requieran para alcanzar el mejor nivel de salud posible.

PRINCIPIO DE INTEGRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD-La prestación del servicio de salud debe ser oportuna, eficiente y de calidad.

El derecho a la salud implica el acceso oportuno, eficaz, de calidad y en igualdad de condiciones a todos los servicios, facilidades, establecimientos y bienes que se requieran para garantizarlo. De igual manera, comprende la satisfacción de otros derechos vinculados con su realización efectiva, como ocurre con el saneamiento básico, el agua potable y la alimentación adecuada. Por ello, según el legislador estatutario, el 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.

Libertad de escogencia de profesión y oficio

En Colombia, el ejercicio de las ocupaciones, artes y oficios está sometido a una serie de regulaciones constitucionales: toda persona es libre de escoger profesión u oficio, y su ejercicio también es libre, cuando no exige formación académica específica y no implica un riesgo social C. P. artículo 26. En el caso de la cirugía, esta es una ocupación sobre la cual recaen ambas cargas, puesto que ciertamente implica un riesgo para la salud de los pacientes y (tanto en las culturas indígenas tradicionales como en la de la mayoría de la población), precisa de una preparación especial y cuidadosa que, en el caso de los médicos no tradicionales, debe conducir a la obtención de un título, sin el cual el ejercicio de la profesión es ilegal y constituye conducta tipificada en la ley penal.

El derecho a escoger profesión u oficio, consagrado en el artículo 26 superior, tiene que ser respetado, para que todas las personas puedan seleccionar libremente la actividad a la que van a dedicarse, de acuerdo con su vocación, aptitud, habilidades e intereses, en condiciones de libertad e igualdad. Así lo ha predicado la Honorable Corte Constitucional en la Sentencia-T-346A de 2014:

El artículo 26 de la Constitución establece dos derechos claramente definidos, esto es, el derecho a elegir profesión u oficio y el derecho a ejercer la actividad escogida. El primero es un acto de voluntariedad, prácticamente inmune a la injerencia estatal o particular, cuyo límite es la elección entre lo legalmente factible, mientras que el ejercicio de la libertad profesional es una faceta susceptible de mayor restricción, como quiera que involucra al individuo en la esfera de los derechos de los demás y el interés social, por lo que incluso puede estar sometido a la realización de servicios sociales obligatorios.

No existiendo derechos absolutos, la libertad de escoger profesión u oficio también tiene límites, derivados especialmente de dos aspectos relevantes: (i) la posibilidad que tiene el legislador de **exigir títulos de idoneidad**, para el ejercicio de aquellas profesiones que exijan especial capacitación y formación académica, cuya raigambre constitucional guarda relación y fundamento en el deber de las autoridades públicas de proteger los derechos ciudadanos y consultar el interés general; (ii) la obligación de las autoridades públicas competentes, de **inspeccionar y vigilar** el ejercicio de tales profesiones u oficios, conforme a las normas establecidas al efecto.

Dichos límites tienen reserva de ley, por lo que el legislador es el competente para establecer los diplomas de idoneidad que deben acompañar el ejercicio de las profesiones que los requieran y las condiciones en que se da la inspección y vigilancia.

Así, la exigencia de títulos de idoneidad es una excepción, cuyo propósito es proteger a la comunidad del riesgo derivado de un ejercicio indebido, inidóneo o irresponsable de tal libertad. Al respecto, en la Sentencia

cia C-964 de diciembre 1° de 1999, M. P. Alejandro Martínez Caballero, se precisó:

De hecho, no tiene sentido que la ley profesionalice ciertos oficios e imponga, como requisito para su ejercicio, un título de idoneidad, si los riesgos de esa actividad no pueden ser claramente reducidos gracias a una formación, pues, de no ser así, la exigencia del título sería inadecuada e innecesaria. Por ende, solo puede limitarse el derecho a ejercer un oficio y exigirse un título de idoneidad, cuando la actividad genera (i) un riesgo de magnitud considerable, (ii) susceptible de control o de disminución a través de una formación académica específica.

En virtud del artículo 26 superior toda persona es libre de escoger profesión u oficio, pudiendo al efecto

la ley exigir títulos de idoneidad. Igualmente, las autoridades competentes inspeccionarán y vigilarán el ejercicio de las profesiones.

Por su parte, al Estado le corresponde ejercer el control que el ejercicio de las profesiones y oficios amerite, buscando siempre el debido equilibrio entre la salvaguarda de los postulados superiores y los derechos particulares, de manera tal que el Estado Social de Derecho se haga realidad en armonía con el cabal respeto y acatamiento que merecen los derechos de las personas en su perspectiva individual o colectiva. Estas a su turno deben tener presente que el ejercicio de cualquier profesión u oficio implica responsabilidades frente a la comunidad y el Estado, razón por la cual a este le corresponde expedir y aplicar estatutos de control bajo los parámetros vistos.

5. Pliego de Modificaciones

CAMBIOS PONENCIA	PROYECTO DE LEY 220 DE 2017 SENADO RADICADO
<p><i>Por medio de la cual se reglamentan la especialidad médica de la Dermatología <u>servicios y procedimientos médicos, quirúrgicos, cosméticos y afines, de atención de enfermedades que comprometen la piel anexas y mucosas</u>, y se dictan otras disposiciones.</i></p>	<p><i>por medio de la cual se reglamenta la especialidad médica de la Dermatología y se dictan otras disposiciones.</i></p>
<p>Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto reglamentar la especialidad médica de la dermatología, su relación con otras <u>los servicios y procedimientos médicos, quirúrgicos, cosméticos y afines, de atención de enfermedades que comprometen la piel, anexas y mucosas, la relación de las especialidades con competencias afines</u>, dictar disposiciones sobre su ejercicio, funciones, derechos, deberes y establecer reglas para el ejercicio <u>profesional</u>.</p>	<p>Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto reglamentar la especialidad médica de la dermatología, su relación con otras especialidades, dictar disposiciones sobre su ejercicio, funciones, derechos, deberes y establecer reglas para el ejercicio de la especialidad.</p>
<p>Artículo 2°. Atributos de calidad en salud. Los servicios y procedimientos médicos, quirúrgicos, cosméticos y afines, de atención de enfermedades que comprometen la piel anexas y mucosas y sus regulaciones, deberán cumplir y garantizar los siguientes atributos de calidad en salud:</p> <p>a) Pertinencia: Garantía que los usuarios reciban los servicios que se requieren;</p> <p>b) Accesibilidad: Posibilidad que tiene el usuario para utilizar los servicios de Salud;</p> <p>c) Continuidad: Garantía que los usuarios reciben las intervenciones requeridas mediante la secuencia lógica y racional de las actividades basadas en el conocimiento científico y sin interrupciones innecesarias;</p> <p>d) Oportunidad: Posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su salud;</p> <p>e) Seguridad: Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología que minimizan los riesgos de sufrir eventos adversos durante la atención;</p> <p>f) Satisfacción del usuario: Nivel del estado de ánimo del usuario paciente y su familia al comparar la atención en salud con sus expectativas.</p>	<p>NUEVO</p>

CAMBIOS PONENCIA	PROYECTO DE LEY 220 DE 2017 SENADO RADICADO
<p>Artículo 3º 2º. <i>Definición.</i> Para efectos de la presente ley, se entiende como Dermatología la especialidad <u>como servicio y procedimiento médicos, quirúrgicos, cosméticos y afines, de atención de enfermedades que comprometen la piel, anexas y mucosas,</u> las que se encarg<u>uena</u> del estudio de la estructura y función de la piel, sus anexos y mucosas, así como de las enfermedades que las afectan, su diagnóstico, prevención, tratamiento y paliación.</p> <p>A su vez la cirugía dermatológica abarca <u>incluirá</u> el diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas y cosméticas de la piel, cabello, venas, membranas mucosas y tejidos adyacentes por métodos no quirúrgicos, quirúrgicos, reconstructivos y cosméticos cuyo propósito es mejorar y/o reparar la función y apariencia cosmética del tejido dérmico.</p>	<p>Artículo 2º. <i>Definición.</i> Para efectos de la presente ley, se entiende como Dermatología la especialidad médico-quirúrgica que se encarga del estudio de la estructura y función de la piel, sus anexos y mucosas, así como de las enfermedades que las afectan, su diagnóstico, prevención, tratamiento y paliación.</p> <p>A su vez la cirugía dermatológica abarca el diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas y cosméticas de la piel, cabello, venas, membranas mucosas y tejidos adyacentes por métodos no quirúrgicos, quirúrgicos, reconstructivos y cosméticos cuyo propósito es mejorar y/o reparar la función y apariencia cosmética del tejido dérmico.</p>
<p>Artículo 4º 3º. Dentro del territorio de la República de Colombia, solo podrán llevar el título y ejercer las funciones relacionadas con <u>servicios y procedimientos médicos, quirúrgicos, cosméticos y afines, de atención de enfermedades que comprometen la piel, anexas y mucosas</u> de médico especialista en Dermatología:</p> <p>a) Quienes hayan adquirido el título de medicina y cirugía de acuerdo con las leyes colombianas y disposiciones vigentes en Colombia y que hayan obtenido <u>su</u> título de especialista en un Programa de Especialización <u>en áreas de la medicina afines a la atención de enfermedades que comprometen la piel, anexas y mucosas</u> especializaciones en una institución de Educación Superior, debidamente aprobada y reconocida por los organismos competentes del Gobierno nacional;</p> <p>b) Quienes hayan adquirido el título de medicina y cirugía de acuerdo con las leyes colombianas y disposiciones vigentes en Colombia y que hayan obtenido <u>su</u> título de especialista en un Programa de Especialización <u>en áreas de la medicina afines a la atención de enfermedades que comprometen la piel, anexas y mucosas</u> Dermatología en una institución de otro país, con el cual Colombia tenga celebrados tratados o convenios sobre reciprocidad de títulos universitarios y que sea equivalente al otorgado en la República de Colombia, siempre y cuando estos títulos estén refrendados por las autoridades colombianas competentes de conformidad con la ley y las disposiciones que regulen la materia.</p> <p>c) Quienes hayan adquirido el título de medicina y cirugía en el exterior y el mismo haya sido convalidado en Colombia por las autoridades competentes, de acuerdo con la normatividad vigente y que hayan obtenido su título de especialista en Programa de Especialización <u>en áreas de la medicina afines a la atención de enfermedades que comprometen la piel, anexas y mucosas</u> en Dermatología en una institución de otro país con el cual Colombia tenga celebrados tratados o convenios sobre reciprocidad de títulos universitarios y que sea equivalente al otorgado en la República de Colombia, siempre y cuando estos títulos estén refrendados por las autoridades colombianas competentes de conformidad con la ley y las disposiciones vigentes sobre la materia.</p>	<p>Artículo 3º. <i>Del ejercicio de la Dermatología.</i> Dentro del territorio de la República de Colombia, solo podrán llevar el título y ejercer las funciones de médico especialista en Dermatología:</p> <p>a) Quienes hayan adquirido el título de medicina y cirugía de acuerdo con las leyes colombianas y disposiciones vigentes en Colombia y que hayan obtenido su título de especialista en un Programa de Especialización en Dermatología en una institución de Educación Superior, debidamente aprobada y reconocida por los organismos competentes del Gobierno nacional;</p> <p>b) Quienes hayan adquirido el título de medicina y cirugía de acuerdo con las leyes colombianas y disposiciones vigentes en Colombia y que hayan obtenido su título de especialista en un Programa de Especialización en Dermatología en una institución de otro país, con el cual Colombia tenga celebrados tratados o convenios sobre reciprocidad de títulos universitarios y que sea equivalente al otorgado en la República de Colombia, siempre y cuando estos títulos estén refrendados por las autoridades colombianas competentes de conformidad con la ley y las disposiciones que regulen la materia.</p> <p>c) Quienes hayan adquirido el título de medicina y cirugía en el exterior y el mismo haya sido convalidado en Colombia por las autoridades competentes, de acuerdo con la normatividad vigente y que hayan obtenido su título de especialista en un Programa de Especialización en Dermatología en una institución de otro país con el cual Colombia tenga celebrados tratados o convenios sobre reciprocidad de títulos universitarios y que sea equivalente al otorgado en la República de Colombia, siempre y cuando estos títulos estén refrendados por las autoridades colombianas competentes de conformidad con la ley y las disposiciones vigentes sobre la materia.</p>

CAMBIOS PONENCIA	PROYECTO DE LEY 220 DE 2017 SENADO RADICADO
<p>Parágrafo. Los médicos especializados en <u>el Área de manejo médicos, quirúrgicos, cosméticos y afines, con competencias en áreas afines a la atención de enfermedades que comprometen la piel, anexas y mucosas</u>, Dermatología de reconocida competencia que visiten nuestro país en misiones científicas o docentes, como consultores o asesores, podrán trabajar como tales por el término de un año con el visto bueno del Ministerio de Salud y Protección Social y a petición especial y motivada en una institución, facultad o centro universitario que legalmente opere en el territorio nacional, de acuerdo con lo instituido por la Ley 1164 de 2007.</p>	<p>Parágrafo. Los médicos especializados en Dermatología de reconocida competencia que visiten nuestro país en misiones científicas o docentes, como consultores o asesores, podrán trabajar como tales por el término de un año con el visto bueno del Ministerio de Salud y Protección Social y a petición especial y motivada en una institución, facultad o centro universitario que legalmente opere en el territorio nacional, de acuerdo con lo instituido por la Ley 1164 de 2007.</p>
<p>Artículo <u>5°</u> 4°. <i>Registro y autorización.</i> Únicamente podrá <u>ofrecer los servicios y procedimientos médicos y quirúrgicos regulados en esta norma, ejercer como médico especialista en Dermatología</u> dentro del territorio nacional, el médico que haya obtenido su título de especialista <u>en áreas afines a la atención de enfermedades que comprometen la piel, anexas y mucosas</u> conforme a lo establecido en el artículo 3° de la presente ley y se encuentre debidamente inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud, Rethus, conforme a lo establecido por la Ley 1164 de 2007.</p>	<p>Artículo 4°. <i>Registro y autorización.</i> Únicamente podrá ejercer como médico especialista en Dermatología dentro del territorio nacional, el médico que haya obtenido su título de especialista conforme a lo establecido en el artículo 3° de la presente ley y se encuentre debidamente inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud, Rethus, conforme a lo establecido por la Ley 1164 de 2007.</p>
<p>Artículo <u>6°—5°</u>. <i>Ejercicio profesional.</i> El médico especializado en dermatología <u>servicios y procedimientos médicos y quirúrgicos, cosméticos y afines a la atención en el manejo de enfermedades que comprometen la piel, anexas y mucosas</u>, podrá en ejercicio de su profesión, realizar las siguientes actividades:</p> <p>a) Asistencial: Valorar la situación de salud del paciente y diagnosticar y tratar las enfermedades que involucran la piel y sus anexas;</p> <p>b) Administrativo: En el conocimiento y manejo de las políticas de salud, con conocimiento de la legislación;</p> <p>c) Docente: Preparar y capacitar al recurso humano a través de la enseñanza en programas universitarios y de educación médica continuada;</p> <p>d) Investigativo: Realizar estudios y programas de investigación que contribuyan al avance de los tratamientos de los pacientes y que le permitan establecer criterios y conductas de acuerdo a la dinámica de la especialidad.</p>	<p>Artículo 5°. <i>Ejercicio profesional.</i> El médico especializado en dermatología podrá en ejercicio de su profesión, realizar las siguientes actividades:</p> <p>a) Asistencial: Valorar la situación de salud del paciente y diagnosticar y tratar las enfermedades que involucran la piel y sus anexas;</p> <p>b) Administrativo: En el conocimiento y manejo de las políticas de salud, con conocimiento de la legislación;</p> <p>c) Docente: Preparar y capacitar al recurso humano a través de la enseñanza en programas universitarios y de educación médica continuada;</p> <p>d) Investigativo: Realizar estudios y programas de investigación que contribuyan al avance de los tratamientos de los pacientes y que le permitan establecer criterios y conductas de acuerdo a la dinámica de la especialidad.</p>
<p>Artículo <u>7°</u> 6°. <i>Modalidad de ejercicio.</i> El médico especializado en dermatología <u>en áreas de la medicina afines a la atención de enfermedades que comprometen la piel, anexas y mucosas</u>, podrá ejercer su profesión de manera individual, colectiva, como servidor público o empleado particular, como asistente, docente universitario, investigador o administrador de centros médicos o similares.</p>	<p>Artículo 6°. <i>Modalidad de ejercicio.</i> El médico especializado en dermatología podrá ejercer su profesión de manera individual, colectiva, como servidor público o empleado particular, como asistente, docente universitario, investigador o administrador de centros médicos o similares.</p>

CAMBIOS PONENCIA	PROYECTO DE LEY 220 DE 2017 SENADO RADICADO
<p>Artículo 8° 7°. El médico especializado en dermatología en áreas de la medicina afines a la atención de enfermedades que comprometen la piel, anexas y mucosas, al servicio de entidades de carácter oficial, seguridad social privada o de utilidad común, tendrá derecho a:</p> <p>a) Ser clasificado como profesional universitario especializado de acuerdo con los títulos que acredite;</p> <p>b) Recibir la asignación correspondiente a su clasificación como médico especializado en Dermatología o profesional universitario especializado.</p> <p>c) Acceder a cargos de dirección y manejo dentro de la estructura orgánica del sistema de salud, en instituciones oficiales, de seguridad social, privadas o de utilidad común y con la remuneración correspondiente al cargo;</p> <p>d) Recibir los elementos básicos de trabajo de parte de dichas entidades para lograr adecuadamente la práctica de la profesión en áreas de la medicina afines a la atención de enfermedades que comprometen la piel, anexas y mucosas Dermatología.</p> <p>Parágrafo. En las entidades en donde no exista clasificación o escalafón para los médicos especializados en Dermatología áreas de la medicina afines a la atención de enfermedades que comprometen la piel, anexas y mucosas, serán nivelados y recibirán una asignación igual a la que reciben profesionales con especialización o quienes desempeñen cargos equivalentes en esa entidad, en el área de la salud.</p> <p><u>Ninguna asociación de profesionales o especialistas de algún área de la médica, podrá determinar el valor salarial de los profesionales médicos.</u></p>	<p>Artículo 7°. El médico especializado en dermatología al servicio de entidades de carácter oficial, seguridad social privada o de utilidad común, tendrá derecho a:</p> <p>a) Ser clasificado como profesional universitario especializado de acuerdo con los títulos que acredite;</p> <p>b) Recibir la asignación correspondiente a su clasificación como médico especializado en Dermatología o profesional universitario especializado en Dermatología o profesional universitario especializado;</p> <p>c) Acceder a cargos de dirección y manejo dentro de la estructura orgánica del sistema de salud, en instituciones oficiales, de seguridad social, privadas o de utilidad común y con la remuneración correspondiente al cargo;</p> <p>d) Recibir los elementos básicos de trabajo de parte de dichas entidades para lograr adecuadamente la práctica de la Dermatología.</p> <p>Parágrafo. En las entidades en donde no exista clasificación o escalafón para los médicos especializados en Dermatología, serán nivelados y recibirán una asignación igual a la que reciben profesionales con especialización o quienes desempeñen cargos equivalentes en esa entidad, en el área de la salud.</p>
<p>Artículo 9° 8°. Las instituciones pertenecientes al Sistema General de Seguridad Social en Salud que tengan habilitados los servicios y procedimientos médicos, quirúrgicos, cosméticos y afines, de atención de enfermedades que comprometen la piel anexas y mucosas de Dermatología, deberán vincular especialistas en el área, conforme a los términos establecidos en la presente ley y las disposiciones reglamentarias.</p>	<p>Artículo 8°. Las instituciones pertenecientes al Sistema General de Seguridad Social en Salud que tengan habilitados los servicios de Dermatología, deberán vincular especialistas en el área conforme a los términos establecidos en la presente ley y las disposiciones reglamentarias.</p>
<p>Artículo 10 9°. Los médicos que ejercen una especialidad en áreas de la medicina afines a la atención de enfermedades que comprometen la piel, anexas y mucosas de Dermatología y no han acreditado sus correspondientes estudios o títulos académicos, deberán obtener su acreditación en un lapso no superior de tres (3) años, a partir de la sanción de la presente ley.</p> <p><u>Parágrafo. Los servicios y procedimientos médicos, cosméticos y afines a la atención en el manejo de enfermedades que comprometen de manera leve la piel, anexas y mucosas, podrán ser practicados por médicos generales siempre y cuando certifiquen las competencias requeridas. El ministerio de salud y protección social reglamentará la materia. El requisito definido en el artículo 4° de esta ley, será exigible una vez el Gobierno nacional desarrolle los instrumentos y reglamentación necesarias para su aplicación.</u></p>	<p>Artículo 9°. Los médicos que ejercen la especialidad de Dermatología y no han acreditado sus correspondientes estudios o títulos académicos, deberán obtener su acreditación en un lapso no superior de tres (3) años, a partir de la sanción de la presente ley.</p>

CAMBIOS PONENCIA	PROYECTO DE LEY 220 DE 2017 SENADO RADICADO
<p>Artículo 11 10. Las <u>Asociaciones</u> Colombianas de Dermatología áreas de la medicina afines a la atención de enfermedades que comprometen la piel, anexos y mucosas serán organismos <u>organizaciones medico científicos gremiales de carácter privado, sin competencia certificadora conferida por entidad estatal alguna, actuarán como entes</u> asesores, consultivos y de <u>veeduría</u> control del ejercicio de la práctica de la especialidad.</p> <p><u>No ejercerán funciones públicas de ninguna naturaleza, no serán organismos de revalidación de títulos obtenidos por sus profesionales adscritos en relación con las especialidades médicas, ni cumplen funciones legales alguna encaminada a certificar competencias médicas.</u></p> <p><u>Las asociaciones científicas de los especialistas en áreas de la medicina afines a la atención de enfermedades que comprometen la piel, anexos y mucosas, establecerán mecanismos de autorregulación para promover el ejercicio ético, responsable e idóneo de sus asociados en la realización de servicios y procedimientos médicos, quirúrgicos, cosméticos y afines, de atención de enfermedades que comprometen la piel anexos y mucosas, entre los cuales estarán las siguientes funciones:</u></p> <p>Artículo 11. <i>Funciones.</i> La Asociación Colombiana de Dermatología tendrá, entre otras, las siguientes funciones:</p> <p><u>a) Implementación de recertificación voluntaria de sus asociados;</u></p> <p><u>b) Realizar un estudio anual sobre morbilidad de pacientes atendidos por procedimientos estéticos el cual será publicado en la página web;</u></p> <p><u>c) Facilitar la información académica y laboral de sus asociados al Rethus;</u></p> <p><u>d) Establecer un mecanismo en línea y de acceso público donde los pacientes puedan expresar la percepción frente a los procedimientos de cada especialista;</u></p> <p><u>e) Construir y adoptar guías y protocolos de procedimientos médicos;</u></p> <p>f) Actuar como asesor consultivo del Gobierno nacional en materias de su especialidad médica;</p> <p>g) Actuar como organismo asesor y consultivo de otras asociaciones;</p> <p>h) Ejercer vigilancia, tomar las acciones disciplinarias correspondientes y contribuir con las autoridades estatales, para que la profesión no sea ejercida por personas no autorizadas ni calificadas legalmente;</p> <p>i) Propiciar el incremento del nivel académico de sus asociados;</p> <p>j) Las demás necesarias para cumplir como organismo asesor, consultivo y de control <u>veeduría</u> del ejercicio y práctica de la especialidad;</p> <p><u>k) Las Sociedades Científicas y Asociaciones Científicas establecerán lineamientos que brinden atención integral ética y responsable en los servicios de salud;</u></p> <p><u>l) Las Sociedades Científicas y Asociaciones Científicas deberán poner en conocimiento de los tribunales de ética médica respectivos, aquellas conductas que puedan constituir faltas graves contra la ética profesional aportando evidencias. Adicionalmente, publicaran las medidas que den adoptar en el marco de sus estatutos.</u></p>	<p>Artículo 10. La Asociación Colombiana de Dermatología será un organismo, asesor, consultivo y de control del ejercicio de la práctica de la especialidad.</p>

CAMBIOS PONENCIA	PROYECTO DE LEY 220 DE 2017 SENADO RADICADO
<p>Parágrafo. El Gobierno nacional en un plazo no superior a seis meses a partir de la vigencia de la presente ley, expedirá la normatividad que debe cumplir la Asociación Colombiana de Dermatología para llevar a cabo las funciones <u>legales relacionadas con la especialidad de dermatología</u> que le asigna la presente ley.</p>	<p>Artículo 11. <i>Funciones.</i> La Asociación Colombiana de Dermatología tendrá, entre otras, las siguientes funciones:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Actuar como asesor consultivo del Gobierno nacional en materias de su especialidad médica;b) Actuar como organismo asesor y consultivo de otras asociaciones;c) Ejercer vigilancia, tomar las acciones disciplinarias correspondientes y contribuir con las autoridades estatales, para que la profesión no sea ejercida por personas no autorizadas ni calificadas legalmente;d) Propiciar el incremento del nivel académico de sus asociados;e) Las demás necesarias para cumplir como organismo asesor, consultivo y de control del ejercicio y práctica de la especialidad. <p>Parágrafo. El Gobierno nacional en un plazo no superior a seis meses a partir de la vigencia de la presente ley, expedirá la normatividad que debe cumplir la Asociación Colombiana de Dermatología para llevar a cabo las funciones que le asigna la presente ley.</p>

CAMBIOS PONENCIA	PROYECTO DE LEY 220 DE 2017 SENADO RADICADO
<p>Artículo 12. <i>Ejercicio ilegal</i>. El ejercicio de la especialidades en áreas de la medicina afines a la atención de enfermedades que comprometen la piel, anexos y mucosas, de Dermatología por fuera de las condiciones establecidas en la presente ley se considera ejercicio ilegal de la medicina.</p>	<p>Artículo 12. <i>Ejercicio ilegal</i>. El ejercicio de la especialidad de Dermatología por fuera de las condiciones establecidas en la presente ley se considera ejercicio ilegal de la medicina.</p>
<p>Artículo 13. <i>Normas complementarias</i>: Lo no previsto en la presente ley se regirá por las normas generales para el ejercicio de las profesiones de la salud.</p>	<p>Artículo 13. <i>Normas complementarias</i>. Lo no previsto en la presente ley se regirá por las normas generales para el ejercicio de las profesiones de la salud.</p>
<p>Artículo 13. El Ministerio de Educación Nacional cumplirá las siguientes obligaciones: a) Reglamentar el proceso de convalidación, los créditos requeridos y competencias respectivas de las especialidades médicas; b) Ordenar a las Instituciones de Educación Superior que en los programas de especialización en salud dispongan de los cupos académicos suficientes para cubrir la demanda de personal médico respectivo conforme a las necesidades de cobertura y calidad; c) Fomentar el estudio en las especialidades médicas requeridas, y d) Regular los créditos y competencias de especialidades médicas para establecer las áreas de competencias de ejercicio general de los médicos generales, las áreas de competencias de ejercicio profesional en salud que sean comunes entre especialidades afines, y las áreas competencia de ejercicio profesional exclusivo correspondiente a cada especialidad; e) Fomentar la investigación médica en las áreas de servicios y procedimientos médicos, quirúrgicos, cosméticos y afines, de atención de enfermedades que comprometen la piel anexos y mucosas para lograr la evidencia científica requerida. Para cumplir las anteriores obligaciones, el Ministerio de Educación Nacional instalará una mesa de trabajo intersectorial entre las agremiaciones académicas de todas las áreas médicas quienes actuarán como comité asesor.</p>	<p>NUEVO</p>
<p>Artículo 14. El Instituto Nacional de Vigilancia de medicamentos y Alimentos (Invima) certificará la trazabilidad para medicamentos, dispositivos e Insumos médicos, que requieran soporte científico para procedimientos médicos, quirúrgicos, cosméticos y afines, de atención de enfermedades que comprometen la piel anexos y mucosas.</p>	<p>NUEVO</p>
<p>Artículo 15. El Ministerio de Salud, el Invima, la Superintendencia Nacional de Salud, las Entidades Territoriales que ejerzan labores de vigilancia, inspección y control en salud, estarán facultadas para realizar labores de inspección, ingreso y vigilancia a los sitios privados donde se estuviere ejerciendo ilegalmente la profesión médica o incumpliendo con los requisitos establecidos en el sistema de garantías de calidad en salud, realizarán sellamiento de instalaciones, incautación de equipos e impondrán las sanciones establecidas en la normatividad vigente.</p>	<p>NUEVO</p>
<p>Artículo 16 14. <i>Vigencia</i>. La presente ley rige a partir de su expedición y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.</p>	<p>Artículo 14. <i>Vigencia</i>. La presente ley rige a partir de su expedición y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.</p>

6. Texto propuesto

AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 220 DE 2017

por medio de la cual se reglamenta servicios y procedimientos médicos, quirúrgicos, cosméticos y afines, de atención de enfermedades que comprometen la piel anexas y mucosas, y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de la República

DECRETA:

Por medio de la cual se reglamenta servicios y procedimientos médicos, quirúrgicos, cosméticos y afines, de atención de enfermedades que comprometen la piel anexas y mucosas, y se dictan otras disposiciones.

Artículo 1°. *Objeto.* La presente ley tiene por objeto reglamentar los servicios y procedimientos médicos, quirúrgicos, cosméticos y afines, de atención de enfermedades que comprometen la piel, anexas y mucosas, la relación de las especialidades con competencias afines, dictar disposiciones sobre su ejercicio, funciones, derechos, deberes y establecer reglas para el ejercicio profesional.

Artículo 2°. *Atributos de calidad en salud.* Los servicios y procedimientos médicos, quirúrgicos, cosméticos y afines, de atención de enfermedades que comprometen la piel anexas y mucosas y sus regulaciones, deberán cumplir y garantizar los siguientes atributos de calidad en salud:

- a) Pertinencia: Garantía que los usuarios reciban los servicios que se requieren;
- b) Accesibilidad: Posibilidad que tiene el usuario para utilizar los servicios de Salud;
- c) Continuidad: Garantía que los usuarios reciben las intervenciones requeridas mediante la secuencia lógica y racional de las actividades basadas en el conocimiento científico y sin interrupciones innecesarias;
- d) Oportunidad: Posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su salud;
- e) Seguridad: Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología que minimizan los riesgos de sufrir eventos adversos durante la atención;
- f) Satisfacción del usuario: Nivel del estado de ánimo del usuario paciente y su familia al comparar la atención en salud con sus expectativas.

Artículo 3°. *Definición.* Para efectos de la presente ley, se entiende como como servicio y procedimiento médicos, quirúrgicos, cosméticos y afines, de atención de enfermedades que comprometen la piel, anexas y mucosas, las que se encarguen del estudio de la estructura y función de la piel, sus anexas y mucosas, así como de las enfermedades que las afectan, su diagnóstico, prevención, tratamiento y paliación.

Incluirá el diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas y cosméticas de la piel, cabello, venas, membranas mucosas y tejidos adyacentes por métodos no quirúrgicos, quirúrgicos, reconstructivos y cosméticos

cuyo propósito es mejorar y/o reparar la función y apariencia cosmética del tejido dérmico.

Artículo 4°. Dentro del territorio de la República de Colombia, solo podrán ~~llevar el título~~ ejercer las funciones relacionadas con servicios y procedimientos médicos, quirúrgicos, cosméticos y afines, de atención de enfermedades que comprometen la piel, anexas y mucosas:

a) Quienes hayan adquirido el título de medicina y cirugía de acuerdo con las leyes colombianas y disposiciones vigentes en Colombia y que hayan obtenido un título de especialista en un Programa de Especialización en áreas de la medicina afines a la atención de enfermedades que comprometen la piel, anexas y mucosas en una institución de Educación Superior, debidamente aprobada y reconocida por los organismos competentes del Gobierno nacional;

b) Quienes hayan adquirido el título de medicina y cirugía de acuerdo con las leyes colombianas y disposiciones vigentes en Colombia y que hayan obtenido un título de especialista en un Programa de Especialización en áreas de la medicina afines a la atención de enfermedades que comprometen la piel, anexas y mucosas en una institución de otro país, con el cual Colombia tenga celebrados tratados o convenios sobre reciprocidad de títulos universitarios y que sea equivalente al otorgado en la República de Colombia, siempre y cuando estos títulos estén refrendados por las autoridades colombianas competentes de conformidad con la ley y las disposiciones que regulen la materia;

c) Quienes hayan adquirido el título de medicina y cirugía en el exterior y el mismo haya sido convalidado en Colombia por las autoridades competentes, de acuerdo con la normatividad vigente y que hayan obtenido su título de especialista en Programa de Especialización en áreas de la medicina afines a la atención de enfermedades que comprometen la piel, anexas y mucosas en una institución de otro país con el cual Colombia tenga celebrados tratados o convenios sobre reciprocidad de títulos universitarios y que sea equivalente al otorgado en la República de Colombia, siempre y cuando estos títulos estén refrendados por las autoridades colombianas competentes de conformidad con la ley y las disposiciones vigentes sobre la materia.

Parágrafo. Los médicos especializados en el área de manejo médicos, quirúrgicos, cosméticos y afines, con competencias en áreas afines a la atención de enfermedades que comprometen la piel, anexas y mucosas, que visiten nuestro país en misiones científicas o docentes, como consultores o asesores, podrán trabajar como tales por el término de un año con el visto bueno del Ministerio de Salud y Protección Social y a petición especial y motivada en una institución, facultad o centro universitario que legalmente opere en el territorio nacional, de acuerdo con lo instituido por la Ley 1164 de 2007.

Artículo 5°. *Registro y autorización.* Únicamente podrá ofrecer los servicios y procedimientos médicos y quirúrgicos regulados en esta norma, dentro del territorio nacional, el médico que haya obtenido su título de especialista en áreas afines a la atención de enfermedades que comprometen la piel, anexas y mucosas conforme a lo establecido en el artículo 3° de la presente ley y se encuentre debidamente inscrito en el Registro

Único Nacional del Talento Humano en Salud, Rethus, conforme a lo establecido por la Ley 1164 de 2007.

Artículo 6°. *Ejercicio profesional.* El médico especializado en servicios y procedimientos médicos y quirúrgicos, cosméticos y afines a la atención en el manejo de enfermedades que comprometen la piel, anexos y mucosas, podrá en ejercicio de su profesión, realizar las siguientes actividades:

a) Asistencial: Valorar la situación de salud del paciente y diagnosticar y tratar las enfermedades que involucren la piel y sus anexos;

b) Administrativo: En el conocimiento y manejo de las políticas de salud, con conocimiento de la legislación;

c) Docente: Preparar y capacitar al recurso humano a través de la enseñanza en programas universitarios y de educación médica continuada;

d) Investigativo: Realizar estudios y programas de investigación que contribuyan al avance de los tratamientos de los pacientes y que le permitan establecer criterios y conductas de acuerdo a la dinámica de la especialidad.

Artículo 7°. *Modalidad de ejercicio.* El médico especializado en áreas de la medicina afines a la atención de enfermedades que comprometen la piel, anexos y mucosas, podrá ejercer su profesión de manera individual, colectiva, como servidor público o empleado particular, como asistente, docente universitario, investigador o administrador de centros médicos o similares.

Artículo 8°. El médico especializado en áreas de la medicina afines a la atención de enfermedades que comprometen la piel, anexos y mucosas, al servicio de entidades de carácter oficial, seguridad social privada o de utilidad común, tendrá derecho a:

a) Ser clasificado como profesional universitario especializado de acuerdo con los títulos que acredite;

b) Recibir la asignación correspondiente a su clasificación como médico especializado o profesional universitario especializado.

c) Acceder a cargos de dirección y manejo dentro de la estructura orgánica del sistema de salud, en instituciones oficiales, de seguridad social, privadas o de utilidad común y con la remuneración correspondiente al cargo;

d) Recibir los elementos básicos de trabajo de parte de dichas entidades para lograr adecuadamente la práctica de la profesión en áreas de la medicina afines a la atención de enfermedades que comprometen la piel, anexos y mucosas.

Parágrafo. En las entidades en donde no exista clasificación o escalafón para los médicos especializados en áreas de la medicina afines a la atención de enfermedades que comprometen la piel, anexos y mucosas, serán nivelados y recibirán una asignación igual a la que reciben profesionales con especialización o quienes desempeñen cargos equivalentes en esa entidad, en el área de la salud.

Ninguna asociación de profesionales o especialistas de algún área de la médica, podrá determinar el valor salarial de los profesionales médicos.

Artículo 9°. Las instituciones pertenecientes al Sistema General de Seguridad Social en Salud que tengan habilitados los servicios y procedimientos médicos, quirúrgicos, cosméticos y afines, de atención de enfermedades que comprometen la piel anexos y mucosas, deberán vincular especialistas en el área, conforme a los términos establecidos en la presente ley y las disposiciones reglamentarias.

Artículo 10. Los médicos que ejercen una especialidad en áreas de la medicina afines a la atención de enfermedades que comprometen la piel, anexos y mucosas y no han acreditado sus correspondientes estudios o títulos académicos, deberán obtener su acreditación en un lapso no superior de tres (3) años, a partir de la sanción de la presente ley.

Parágrafo. Los servicios y procedimientos médicos, cosméticos y afines a la atención en el manejo de enfermedades que comprometen de manera leve la piel, anexos y mucosas, podrán ser practicados por médicos generales siempre y cuando certifiquen las competencias requeridas. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la materia.

El requisito definido en el artículo 4° de esta ley, será exigible una vez el Gobierno nacional desarrolle los instrumentos y reglamentación necesarias para su aplicación.

Artículo 11. Las Asociaciones Colombianas de áreas de la medicina afines a la atención de enfermedades que comprometen la piel, anexos y mucosas serán organizaciones medico científicas gremiales de carácter privado, sin competencia certificadora conferida por entidad estatal alguna, actuarán como entes asesores, consultivos y de veeduría del ejercicio de la práctica de la especialidad.

No ejercerán funciones públicas de ninguna naturaleza, no serán organismos de revalidación de títulos obtenidos por sus profesionales adscritos en relación con las especialidades médicas, ni cumplen funciones legales alguna encaminada a certificar competencias médicas.

Las asociaciones científicas de los especialistas en áreas de la medicina afines a la atención de enfermedades que comprometen la piel, anexos y mucosas, establecerán mecanismos de autorregulación para promover el ejercicio ético, responsable e idóneo de sus asociados en la realización de servicios y procedimientos médicos, quirúrgicos, cosméticos y afines, de atención de enfermedades que comprometen la piel anexos y mucosas, entre los cuales estarán las siguientes funciones:

a) Implementación de recertificación voluntaria de sus asociados;

b) Realizar un estudio anual sobre morbilidad de pacientes atendidos por procedimientos estéticos el cual será publicado en la página web;

c) Facilitar la información académica y laboral de sus asociados al Rethus;

d) Establecer un mecanismo en línea y de acceso público donde los pacientes puedan expresar la percepción frente a los procedimientos de cada especialista;

e) Construir y adoptar guías y protocolos de procedimientos médicos;

f) Actuar como asesor consultivo del Gobierno nacional en materias de su especialidad médica;

g) Actuar como organismo asesor y consultivo de otras asociaciones;

h) Ejercer vigilancia, tomar las acciones disciplinarias correspondientes y contribuir con las autoridades estatales, para que la profesión no sea ejercida por personas no autorizadas ni calificadas legalmente;

i) Propiciar el incremento del nivel académico de sus asociados;

j) Las demás necesarias para cumplir como organismo asesor, consultivo y de control veeduría del ejercicio y práctica de la especialidad;

k) Las Sociedades Científicas y Asociaciones Científicas establecerán lineamientos que brinden atención integral ética y responsable en los servicios de salud;

l) Las Sociedades Científicas y Asociaciones Científicas deberán poner en conocimiento de los tribunales de ética médica respectivos, aquellas conductas que puedan constituir faltas graves contra la ética profesional aportando evidencias. Adicionalmente, publicarán las medidas que den adoptar en el marco de sus estatutos.

Parágrafo. El Gobierno nacional, expedirá la normatividad que debe cumplir la Asociación Colombiana de Dermatología para llevar a cabo las funciones legales relacionadas con la especialidad de dermatología.

Artículo 12. *Ejercicio ilegal.* El ejercicio de especialidades en áreas de la medicina afines a la atención de enfermedades que comprometen la piel, anexos y mucosas, por fuera de las condiciones establecidas en la presente ley se considera ejercicio ilegal de la medicina.

Lo no previsto en la presente ley se regirá por las normas generales para el ejercicio de las profesiones de la salud.

Artículo 13. El Ministerio de Educación Nacional cumplirá las siguientes obligaciones:

a) Reglamentar el proceso de convalidación, los créditos requeridos y competencias respectivas de las especialidades médicas;

b) Ordenar a las Instituciones de Educación Superior que en los programas de especialización en salud dispongan de los cupos académicos suficientes para cubrir la demanda de personal médico respectivo conforme a las necesidades de cobertura y calidad;

c) Fomentar el estudio en las especialidades médicas requeridas, y

d) Regular los créditos y competencias de especialidades médicas para establecer las áreas de competencias de ejercicio general de los médicos generales, las áreas de competencias de ejercicio profesional en sa-

lud que sean comunes entre especialidades afines, y las áreas competencia de ejercicio profesional exclusivo correspondiente a cada especialidad;

e) Fomentar la investigación médica en las áreas de servicios y procedimientos médicos, quirúrgicos, cosméticos y afines, de atención de enfermedades que comprometen la piel anexos y mucosas para lograr la evidencia científica requerida.

Para cumplir las anteriores obligaciones, el Ministerio de Educación Nacional instalará una mesa de trabajo intersectorial entre las agremiaciones académicas de todas las áreas médicas quienes actuarán como comité asesor.

Artículo 14. El Instituto Nacional de Vigilancia de medicamentos y Alimentos (Invima) certificará la trazabilidad para medicamentos, dispositivos e Insumos médicos, que requieran soporte científico para procedimientos médicos, quirúrgicos, cosméticos y afines, de atención de enfermedades que comprometen la piel anexos y mucosas.

Artículo 15. El Ministerio de Salud, el Invima, la Superintendencia Nacional de Salud, las Entidades Territoriales que ejerzan labores de vigilancia, inspección y control en salud, estarán facultadas para realizar labores de inspección, ingreso y vigilancia a los sitios privados donde se estuviere ejerciendo ilegalmente la profesión médica o incumpliendo con los requisitos establecidos en el sistema de garantías de calidad en salud, realizarán sellamiento de instalaciones, incautación de equipos e impondrán las sanciones establecidas en la normatividad vigente.

Artículo 16. *Vigencia.* La presente ley rige a partir de su expedición y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

7. Proposición

Por las anteriores consideraciones, me permito presentar ponencia favorable y en consecuencia solicito a los honorables Senadores de la Comisión Séptima del Senado de la República, dar primer debate al Proyecto de ley número 220 de 2017, *por medio de la cual se reglamenta servicios y procedimientos médicos, quirúrgicos, cosméticos y afines, de atención de enfermedades que comprometen la piel anexos y mucosas, y se dictan otras disposiciones.*

Atentamente,



SOFÍA GAVIRIA CORREA
Senadora de la Republica

LA COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE
LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los siete (7) días del mes de junio del año dos mil diecisiete (2017)

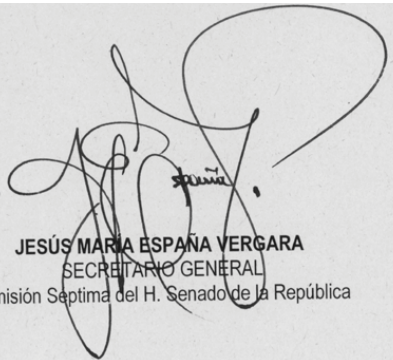
En la presente fecha se autoriza **la publicación en Gaceta del Congreso de la República**, el siguiente:

Informe de ponencia para primer debate y texto propuesto para primer debate.

Título del Proyecto de ley número 220 de 2017 Senado, por medio de la cual se reglamenta la especialidad médica de la dermatología y se dictan otras disposiciones.

Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5º del artículo 2º de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,



JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA
SECRETARIO GENERAL
Comisión Séptima del H. Senado de la República

* * *

**PONENCIA DE PRIMER DEBATE AL
PROYECTO DE LEY NÚMERO 224 DE 2017
SENADO**

por medio de la cual se protege el derecho a la salud del menor.

Bogotá, D. C., 1º de junio de 2017

Doctor

ÉDISON DELGADO RUIZ

Presidente

Comisión Séptima Senado

Asunto: Ponencia de Primer Debate al Proyecto de ley número 224 de 2017, por medio de la cual se protege el derecho a la salud del menor.

1. Antecedentes
2. Competencia
3. Objeto y justificación del proyecto
4. Consideraciones y Marco jurídico
5. Pliego de Modificaciones
6. Texto propuesto
7. Proposición
1. Antecedentes

Este proyecto de ley es de autoría del Senador Rodrigo Villalba y la Representante a la Cámara, Flora Perdomo Andrade, fue radicado ante el Senado de la República el día 3 de abril de 2017. El día 3 de abril de 2017 se ordenó su traslado a la Comisión Séptima del Senado de la República a donde llegó el día 25 de abril de 2017, fue publicado en la *Gaceta del Congreso* de la República el día 4 en la *Gaceta del Congreso* número 211 de 2017, se asignó como Ponente única a la Senadora Sofía Alejandra Gaviria Correa, consta de 13 artículos, durante su trámite no ha recibido conceptos de ninguna entidad oficial nacional ni territorial tampoco de entidades priv-

vadas, este proyecto no ha sido presentado previamente en otra legislatura.

2. Competencia

El proyecto de ley está en consonancia con los artículos 43, 44, 49 y 65, 154, 157 y 158 de la Constitución Política referentes a su origen, competencia, formalidades de publicidad y unidad de materia. Así mismo, está en línea con lo establecido en el artículo 140, numeral 1 de la Ley 5ª de 1992.

3. Objeto y justificación del proyecto de ley

Este proyecto de ley busca garantizar el acceso igualitario a los servicios de salud.

De los menores al reforzar la protección de la atención integral de los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años de edad, mediante el reconocimiento como sujetos de derecho a la salud con condición de prevalencia sobre los demás en todos sus órdenes, la garantía y cumplimiento de los mismos, la prevención de su amenaza o vulneración, y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior constitucional, el reforzamiento de esa protección del menor exige una mejor regulación y reglamentación legal de la profesión especializada en pediatría que los atiende y se encarga del estudio y seguimiento en los aspectos bio-sico-sociales de un ser que está en constante crecimiento y desarrollo, como es el niño desde la etapa de recién nacido hasta la edad de 18 años.

La ley tiene tres objetivos fundamentales.

i) Condicionar el ejercicio y la práctica de la pediatría al cumplimiento de ciertos requisitos mínimos para un efectivo control del profesional médico responsable de tan importante labor. ii) Propender por una formación integral y al desarrollo de recursos humanos especializados en una rama de la medicina impidiendo así la proliferación de personal no apto para el ejercicio de la especialidad y sin base académica universitaria previa. Y finalmente; iii) A la protección del derecho fundamental a la salud de niños y niñas en Colombia, facilitando que el personal encargado sea eficiente y lo suficientemente preparado para atender las necesidades que en el campo de práctica se presenten.

El presidente de la Sociedad Colombiana de Pediatría, Nicolás Ramos afirma que: *“Mientras en países desarrollados, de cada 100 niños con cáncer, 85 se curan, en Colombia lo logran 50. La Universidad de Harvard y el Instituto Nacional de Cancerología en un reciente estudio concluyeron que las barreras de acceso son la principal causa de muerte. Muchos niños no solo son víctimas del cáncer sino de la tramitología, la burocracia y la inoperancia del sistema. En ellos el solo hecho de tener que cambiar de hospital porque ya no tiene convenio con la EPS significa la posibilidad o no de vivir.*

Colombia, en la visión del Columnista del periódico El Tiempo Francisco Cajiao¹ requiere medidas legislativas y políticas públicas que se enfoquen en lograr la reducción de las desigualdades en los determinantes sociales que inciden en el goce directo del derecho a la salud de los menores, vulneraciones causadas principalmente por fallas en el proceso de prestación del servicio como

¹ <http://www.eltiempo.com/opinion/columnistas/francisco-cajiao/pediatras-y-educadores-salud-de-los-ninos-en-colombia-78798>

la falta de información a los pacientes y a sus familias, la inequidad en los servicios que determina injustos diferenciales de calidad, los inconvenientes de afiliación a la seguridad social que derivan en problemas de la atención después del mes de edad y las demoras de meses en acciones de salud que debieran ser atendidas con prontitud. A esto se suman problemas serios de acceso ocasionados por la limitación de las redes de atención de las EPS en regiones apartadas y en pequeños municipios, atención diferenciada a poblaciones especiales, salud mental y salud reproductiva en adolescentes.

El 26 de diciembre de 2016, Luz Marina Flórez Torres², presidenta de la SCP, un gremio de Pediatras del departamento de Caldas envió una carta a la Gobernación de Caldas y a la Alcaldía de Manizales. Critica que el derecho a la salud de los menores no puede ser vulnerado por la falta de pago de las EPS, describe en la carta que el derecho a la salud está siendo vulnerado debido a que en su quehacer diario se han evidenciado diferentes situaciones:

** El inoportuno acceso a los servicios de salud retrasan el diagnóstico y valoración integral y en algunos casos se llega a la muerte de los pacientes.*

** Los desplazamientos y recorridos infructuosos por instituciones en donde no cuentan con los elementos y el recurso humano adecuado para su atención.*

** Remisiones a hospitales ubicados a más de 12 o 18 horas de sus municipios, porque sus aseguradoras no tienen los convenios vigentes y que por norma deberían mantener en las ciudades más cercanas.*

** Tardanza en la entrega de medicamentos que hacen que los niños con enfermedades agudas empeoren, se vean expuestos a deterioro clínico y tengan que ser atendidos de urgencia, lo que se hubiera evitado con una atención oportuna inicial.*

** No hay en Manizales una institución con disponibilidad las 24 horas para la atención exclusiva de urgencias pediátricas, que garantice un trato adecuado para los niños.*

** Cierre progresivo del número de camas pediátricas por falta oportuna de los pagos de las EPS. El Hospital infantil cerró temporalmente el servicio de nueve camas por esta situación.*

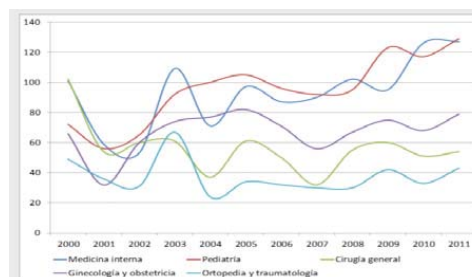
Datos básicos del Talento Humano en Salud

De acuerdo con el estándar de la Organización Panamericana de la Salud, por cada 10 mil habitantes deben existir 25 médicos y enfermeras.

En Colombia, la tasa se sitúa en 26 pero la realidad es que este indicador es bajo para el nivel de cobertura de servicios que existe en nuestro país, dadas las condiciones vigentes de aseguramiento universal. La situación de la salud en las Américas nos ubica detrás de Cuba, México y Argentina, pero superando a países como Brasil y Chile. Hemos crecido mucho en programas de pregrado pero no es concomitante con los programas de especialización, porque no hemos tenido el mismo crecimiento y hay desbalance, describe el Vice-ministro Fernando Ruíz Gómez.³

² <http://www.lapatria.com/salud/pediatras-preocupados-por-ninos-sin-atencion-337817>

³ https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/Enlace_MinSalud_34.pdf



Fuente Gráfico: Egresados Programas de Especializaciones Médicas. Dirección del Desarrollo del Talento Humano en Salud.

La amenaza de no prestación de servicios de salud a niños, niñas y adolescentes en Colombia.

Según el estudio “Recursos humanos de la salud en Colombia”⁴ se estima que en 2011 Colombia contó con 77.473 médicos generales y 7.872 especialistas de los cuales son: 2.011 médicos internistas, 1.442 cirujanos generales, 2.120 pediatras, 1.513 anestesiólogos, 786 ortopedistas y traumatólogos.

Se estima que se requieren entre 91.897 a 103.253 médicos generales y de 9.066 a 10.187 especialistas de los cuales se requerirían entre: 2.217 a 2.491 médicos internistas, 1.659 a 1.864 cirujanos generales, 2.329 a 2.617 pediatras, 1.998 a 2.245 anestesiólogos, 863 a 970 ortopedistas y traumatólogos.

De acuerdo al estudio, se podría concluir que faltarían entre: 14.424 a 25.780 médicos generales, de 1.194 a 2.315 médicos especialistas; de 206 a 480 médicos internistas, de 217 a 422 cirujanos generales, de 209 a 497 pediatras, de 485 a 732 anestesiólogos y de 77 a 184 ortopedistas y traumatólogos.

La Sociedad Colombiana de Pediatría, ha recibido de sus más de 3.000 pediatras afiliados, información sobre los cierres de servicios de pediatría a nivel nacional, llegando estos a casi 1.000 camas cerradas a diciembre de 2014; desde el año 2011 denuncia el cierre de camas hospitalarias para la atención de niños, niñas y adolescentes llegando a registros de más de 350 camas cerradas en Bogotá y más de 750 camas en el país.

La evidencia documental revela que existen sobrecapacidades reportadas para los servicios de urgencias de pediatría alcanzan proporciones de entre 150 a 250%, demostrando la falta de camas hospitalarias para niños y niñas en varias ciudades del país. Igual situación ocurre con las camas de cuidado intensivo pediátrico. Se han reportado casos de pacientes pediátricos que han requerido de traslados a otras ciudades por falta de camas en su ciudad de origen, lo cual pone en riesgo la salud y la vida de pacientes en estado crítico. Las anteriores situaciones han sido evidenciadas por diferentes medios de comunicación⁵.

Cuando un sistema de salud acaba regido por las dinámicas de oferta y demanda, se ponen en peligro las

⁴ <http://www.elespectador.com/noticias/salud/colombia-hay-un-medico-cada-846-habitantes-articulo-329003>

⁵ <http://www.eltiempo.com/colombia/medellin/cierre-de-camas-pediatricas-en-colombia/16707357>, <http://noticias.caracoltv.com/bogota/traslado-de-unidades-de-pediatria-en-bogota-un-paseo-para-ninos-enfermos>, <http://www.noticias-rcn.com/nacional-pais/accion-popular-busca-impedir-el-cierre-mas-camas-pediatricas>

vidas de menores. La principal causa de estos cierres es la baja rentabilidad económica que este servicio aporta a los prestadores de salud debido a que las enfermedades y dolencias infantiles, como las diarreas, los problemas respiratorios y las infecciones, requieren intervenciones poco costosas, por ello las IPS, en medio de la crisis financiera del Sistema, toman la decisión de cerrar los servicios de salud menos rentables para fortalecer servicios con mayor margen de rentabilidad. Además, las autoridades competentes no cuentan con un registro actualizado de camas disponibles dado que la apertura de camas de hospitalización requiere de aprobación y reporte ante las autoridades, pero no así su cierre.

En 2011, en la Capital de la República, la unidad investigativa del periódico *El Tiempo*, reportó el cierre de pabellones de pediatría en las Clínicas del Occidente, Policarpa Salavarrieta y Epsiclínicas, las dos últimas del Grupo Saludecoop⁶. Otros hospitales también han venido disminuyendo progresivamente el número de camas para atender a niños y adolescentes del territorio nacional.

Por ello un aspecto fundamental del proyecto de ley contempla entre otras medidas que cuando una Empresa Social del Estado, ESE, o una IPS privada, que opere en Colombia, decida presentar solicitud de cierre de un servicio previamente habilitado para la atención de la población infantil y adolescente, reporte con una antelación no menor a 6 meses, a la entidad que mediante reglamento designe el Ministerio de Salud y Protección Social.

4. Consideraciones y Marco jurídico

La Constitución Política de Colombia, dispone respecto de la protección al menor lo siguiente:

El artículo 44 constitucional consagró los derechos a la seguridad social y a la salud como derechos fundamentales. Asimismo, consagró la norma constitucional que *“los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás”*, lo cual indica que la protección integral de sus derechos debe hacerse efectiva a través del principio del interés superior de los niños. Este principio constituye por tanto un criterio hermenéutico para la aplicación de todas las normas constitucionales y legales relativas a sus derechos⁷.

Artículo 44. Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores. Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.

El principio del interés superior de los niños también se encuentra incorporado en la Convención de los Derechos del Niño (artículo 3.1), al exigir que en *“todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño”*.⁸

El Comité de Derechos del Niño, órgano de interpretación autorizado de la Convención en mención, señaló en su Observación General número 5 que en el párrafo 1º del artículo 3º respecto del principio del interés superior del niño que todas *“las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos”*, deberán en sus decisiones atender este principio y velar porque con ellas no se afecten ni directa ni indirectamente los derechos o intereses del niño⁹.

En Colombia no se están cumpliendo las leyes vigentes que dan prioridad y prevalencia a una atención integral de los menores como signatarios naturales de derechos prevalentes, entre los incumplimientos más graves se encuentra que los menores no están recibiendo la **“atención preferente y diferencial para la infancia y la adolescencia”** establecida por el Sistema General de Seguridad Social, no existe en la práctica el **“sistema de salud integral para la infancia y la adolescencia”**, creado por la Ley 1098 del 2006, que debía haber entrado en vigencia en el 2010, y no se ha reglamentado **“la inclusión de programas de educación en salud y promoción de prácticas saludables desde los primeros años escolares, que estarán orientados a generar una cultura en salud de autocuidado en toda la población”** ordenada por la Ley 1438 del 2011.

No se está cumpliendo la Ley Estatutaria 1751 del 2015, que establece que la atención de niños, niñas y adolescentes **“no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las instituciones que hagan parte deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención”**.

La protección constitucional del derecho a la salud de los menores de edad encuentra desarrollo legislativo en el artículo 27 del Código de la Infancia y la Adolescencia el cual, entre otras cosas, establece que *“para efectos de la presente ley se entenderá como salud integral la garantía de la prestación de todos los servicios, bienes y acciones, conducentes a la conservación o la recuperación de la salud de los niños, niñas y adolescentes”*.

Artículo 27. Derecho a la salud. Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, psíquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad. Ningún hospital, clínica, centro de salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño, niña que requiera atención en salud.

⁸ Adoptada en Colombia mediante Ley 12 de 1991.

⁹ COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO. OBSERVACIÓN GENERAL N° 5 (2003). Medidas generales de aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño (artículos 4º y 42 y párrafo 6º del artículo 44). Distr. GENERAL CRC/GC/2003/5 27 de noviembre de 2003 ESPAÑOL. 34º periodo de sesiones 19 de septiembre a 3 de octubre de 2003.

⁶ <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-10475205>, consultado el 22/02/2017

⁷ Sentencia T-200/14.

En relación con los niños, niñas y adolescentes que no figuren como beneficiarios en el régimen contributivo o en el régimen subsidiado, el costo de tales servicios estará a cargo de la nación.

Incurrirán en multa de hasta 50 salarios mínimos legales mensuales vigentes las autoridades o personas que omitan la atención médica de niños y menores.

Parágrafo 1°. Para efectos de la presente ley se entenderá como salud integral la garantía de la prestación de todos los servicios, bienes y acciones, conducentes a la conservación o la recuperación de la salud de los niños, niñas y adolescentes.

Parágrafo 2°. Para dar cumplimiento efectivo al derecho a la salud integral y mediante el principio de progresividad, el Estado creará el Sistema de Salud Integral para la Infancia y la Adolescencia, el cual para el año fiscal 2008 incluirá a los niños, niñas y adolescentes vinculados, para el año 2009 incluirá a los niños, niñas y adolescentes pertenecientes al régimen subsidiado con subsidios parciales y para el año 2010 incluirá a los demás niños, niñas y adolescentes pertenecientes al régimen subsidiado. Así mismo para el año 2010 incorporará la prestación del servicio de salud integral a los niños, niñas y adolescentes pertenecientes al régimen contributivo de salud.

El Gobierno nacional, por medio de las dependencias correspondientes deberá incluir las asignaciones de recursos necesarios para dar cumplimiento a lo dispuesto en este artículo, en el proyecto anual de presupuesto 2008, el plan financiero de mediano plazo y el plan de desarrollo.

La Ley 1388 de mayo 26 de 2010, por la cual se garantiza el derecho a la vida de los niños con cáncer: cuyo propósito es disminuir de manera significativa, la tasa de mortalidad por cáncer en los niños y personas menores de 18 años, a través de la garantía por parte de los actores de la seguridad social en salud, de todos los servicios que requieren para su detección temprana y tratamiento integral, aplicación de protocolos y guías de atención estandarizados y con la infraestructura, dotación, recurso humano y tecnología requerida, en Centros Especializados habilitados para tal fin.

La Ley 1414 de 2010, también se ocupó de establecer medidas especiales de protección para las personas que padecen epilepsia y se dictan los principios y lineamientos para su atención integral, evitando que las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las ARP y las AFP negaran la afiliación a personas que padezcan epilepsia incluyendo a los menores.

Son antecedentes legislativos la reglamentación de las especialidades médicas la Radiología y la Anestesiología de acuerdo con las Leyes 6ª de 1991 y Ley 657 de 2001.

De la especial protección del menor y la necesidad de limitar el cierre de la atención de servicios de pediatría.

De acuerdo con el mandato constitucional, son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de

abandono, violencia física o moral, gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral, y el ejercicio pleno de sus derechos. El interés superior del niño debe traducirse en una política pública que las autoridades y las instituciones públicas y privadas que integran el Sistema de Seguridad Social Integral en Salud, deben garantizar su derecho de forma continua y permanente, toda vez que los derechos de los niños no pueden ser limitados, ni desmembrados por ningún tipo de consideración utilitarista sobre el interés colectivo.

La Convención Internacional de los Derechos del Niño fue ratificada por Colombia mediante la Ley 12 de 1991, quedando como bloque de constitucionalidad, en la cual se destaca: *Que los Estados partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de los servicios sanitarios.* Adicionalmente, el Comité de Derechos Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, se ha pronunciado respecto de las medidas que aseguren la asistencia médica de los menores indicando: *“Se deben adoptar medidas necesarias para la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia y servicios médicos como sujetos de especial protección constitucional”.*

Ya el Congreso de la República ha expedido leyes que protegen la condición de salud de los menores; sin embargo, es necesario limitar el cierre de las camas pediátricas.

La Organización Mundial de la Salud, (OMS en adelante) define estándares internacionales, divulgados públicamente, sobre el número de camas de hospitalización para la población. La misma Organización divulga el número de camas por países, siendo estos referentes de obligatorio estudio y referencia para el Estado colombiano, quien a su vez debe definir los estándares para el país, de manera general y regional.

La OMS, promueve como estándar internacional que al interior de los países existan por lo menos 26 camas pediátricas por cada 10.000 mil habitantes.

En Colombia se registran solo 14 camas a pesar de que el 32% de la población pertenece a menores de 18 años. La prioridad, en todo caso, deben ser los niños, a quienes asiste el derecho a ser tratados como tales.

Los derechos de los niños y niñas están por encima de los demás. Ellos deben recibir, de parte del Estado, de la sociedad, la comunidad y la familia una atención preferencial y diferencial. Sin embargo, el derecho a la salud de los niños y niñas está siendo vulnerado, ya que sus necesidades y el acceso a esta son considerados como productos poco rentables? La falta de referencias y estándares nacionales sobre el número de camas hospitalarias necesarias para atender a la población, en el caso específico a la pediátrica, impide tomar medidas sobre hechos y datos y encubre necesidades apremiantes para la población. Adicionalmente, el Estado una vez tenga establecidos estos estándares deberá trazar un plan de acción con fechas definidas, para responder a las necesidades de camas hospitalarias en el país.

Este proyecto de ley tiene como objetivo fundamental proteger la vida y salud del menor colombiano, reglamentando los cierres de camas pediátricas. Las Entidades Prestadoras de Salud (en adelante EPS) o las Instituciones Prestadoras de Salud (en adelante IPS) deberán solicitar al Ministerio de Salud y Protección Social o a la entidad territorial correspondiente autorización previa para el cierre de camas de pediatría. La solicitud deberá ser presentada con 6 meses de antelación junto con un plan de reemplazo para la atención de pacientes pediátricos. La entidad que cierre camas sin el cumplimiento de estos requisitos, será objeto de multa. Como congresistas, tenemos la obligación de adoptar las medidas necesarias para garantizar el derecho a la salud de la población pediátrica de manera preferente. De no hacerlo, el número de camas de pediatría abiertas para la atención de la población objeto, quedaría al vaivén de las leyes del mercado exclusivamente, situación que en los últimos años ha mostrado ser caótica y representa una gran amenaza para nuestra población infantil.

De la necesidad de reglamentar el servicio de la pediatría por su particular injerencia en la salud del menor.

El pediatra es el especialista que todo padre de familia quisiera consultar en todo lo que respecta la salud de sus hijos de manera personalizada, durante todo el período de su crecimiento físico. Es el especialista que conoce el historial médico de cada uno de sus pacientes y está en mejor posición para orientar y educar a la familia, para conservar la salud, prevenir complicaciones y para dirigir interacciones con otras especialidades y servicios de hospitalización de un menor de edad.

De acuerdo con estudios de la Universidad Javeriana y el Centro de proyectos para el desarrollo, la especialidad con mayor stock en el país a 2011 fue pediatría (2.345), le sigue medicina interna (2.178), después anestesiología (1.977), luego ginecología, obstetricia (1.611) y por último cirugía general (1.471)¹⁰. La regulación del ejercicio de esta especialidad médica resulta más que necesaria y prioritaria.

Es una realidad que la proliferación de cursos y la alta oferta de profesionales, con una demanda limitada, han ocasionado que el médico especialista en muchos casos no se encuentre lo suficientemente capacitado para tan delicada e importante labor. Lo anterior, conlleva al reconocimiento de una especialización, cuya actividad está relacionada con la vida humana de sujetos con especial protección como lo son los niños. El Estado colombiano no puede ausentarse de establecer los requisitos mínimos para el ejercicio de tan importante especialidad.

La urgencia en la reglamentación del servicio, incluye, entre otras razones, la protección del derecho a la salud de un sujeto que merece especial protección constitucional, como lo son los niños y adolescentes. Adicionalmente, la salud en cabeza de profesionales no

especializados podría resultar una amenaza a otros derechos fundamentales, es objetivo fundamental de esta ley evitar y reducir el riesgo de malas prácticas médicas como consecuencia de la inadecuada formación y ejercicio de la pediatría.

La Corte Constitucional se ha pronunciado sobre la necesidad de que el servicio público de salud se preste de manera eficiente. Así, la eficiencia está estrechamente relacionada con la gestión. La gestión implica una relación entre el sistema de seguridad social y sus beneficiarios. La gestión exige una atención personalizada en torno a los derechos y necesidades de los usuarios y una atención óptima. Lo anterior, solo puede ser materializado por especialistas, que con su conocimiento aporten los conocimientos y calidades necesarias encomendadas, más tratándose de niños¹¹.

Dentro de las múltiples Ramas de la Medicina, la Pediatría ocupa un lugar preponderante por la acción que ejerce en la vida del ser humano. En nuestro país es particularmente importante debido a que la población infantil asciende a 15.585.073 niños, niñas y adolescentes (0 a 17 años), lo que equivale al 32,69% de la población (proyecciones censo DANE 2005)¹². Por su importancia en la sociedad, los pediatras han de ser profesionales especializados de acuerdo con programas académicos universitarios que brinden las herramientas para el desempeño que esta rama de la medicina requiere.

Para lo anterior, es fundamental que las instituciones educativas ofrezcan además de los programas pertinentes, una excelente preparación académica al estudiante, una formación como persona y a su vez este preste el interés en querer ser un profesional integral. Una mejor preparación aumenta la calidad en los servicios de salud y para el médico, la posibilidad de realización profesional y personal. Establece el proyecto de ley, que el médico especializado en Pediatría, debe ser el único expresamente autorizado por la ley para ejercer esta especialidad, lo anterior implica el cumplimiento de una serie de requisitos y condiciones para quienes les vayan a contratar así como para quien la ejerza.

El proyecto de ley establece las condiciones para el ejercicio de la especialidad, las modalidades de ejercicio, sin ser estas taxativas. Adicionalmente, enuncia funciones y derechos así como obligaciones por parte de los patronos de los especialistas.

Instituye las organizaciones como órgano asesor y consultor en materias de su especialidad médica y muy especialmente, como vigilante, para que la profesión no sea ejercida por personas no autorizadas ni calificadas legalmente. En materia de responsabilidad profesional, los médicos a que hace referencia la presente ley, estarán sometidos a los principios generales de responsabilidad de los profesionales de la salud.

El interés general y social ante un servicio médico tan especializado es innegable. Resulta imperioso regular el ejercicio de la especialidad y establecer exigencias para asumir la responsabilidad profesional en la atención de la salud humana, especialmente la de los niños,

11 Sentencia T-133/13.

12 <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-general-2005>- Consultado el 16/02/2017

10 Estudio de disponibilidad y distribución de la oferta de médicos especialistas, en servicios de alta y mediana complejidad en Colombia. Universidad Javeriana-Centro de Proyectos para el Desarrollo Cendex-Jeannette Liliana Amaya Lara, Andrés Beltrán Villegas, Deisy Chavarro, Germán Romero Silva, María Alexandra Matallana Gómez, Stephanie Puerto García, Fernando Ruiz Gómez, María Elizabeth Vásquez Candia, 2013. Consultado el 16/02/2017. www.minsalud.gov.co/salud/dEspecialistasCendex.pdf

niñas y adolescentes colombianos. Es necesario que una norma reconozca a la pediatría y le dé la relevancia que en nuestra sociedad tiene.

5. Pliego de Modificaciones

TEXTO PROPUESTO	TEXTO ORIGINAL
<p>Por medio de la cual se <u>garantiza la atención integral del menor y se reglamenta el servicio médico de pediatría</u></p>	<p>Por medio de la cual se protege el derecho a la salud del menor</p>
<p>Artículo 1° 2°, 3°. Objeto. Protección y atención integral del menor. Las instituciones públicas y privadas que presten servicios de salud o los administren en la jurisdicción nacional, deben priorizar las decisiones en relación estricta con la garantía y el ejercicio del derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes. ° Se entiende por La atención integral de los niños, niñas y adolescentes implica su el reconocimiento como sujetos prevalentes y preferentes del derecho a la salud, para la garantía y cumplimiento de los mismos, en todo acto, decisión o medida administrativa o asistencial, de cualquier naturaleza que deba adoptarse en relación con la salud de los niños, niñas, y adolescentes en Colombia; estos, prevalecerán los derechos de estos, en todos sus órdenes, en especial si existe conflicto entre sus derechos fundamentales con los de cualquier otra persona, en aras de la prevención de su amenaza o vulneración, y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior constitucional.</p>	<p>Artículo 1°. Se entiende por atención integral de los niños, niñas y adolescentes el reconocimiento como sujetos de derecho a la salud, en todos sus órdenes, la garantía y cumplimiento de los mismos, la prevención de su amenaza o vulneración, y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior constitucional. Artículo 2°. En todo acto, decisión o medida administrativa o asistencial, de cualquier naturaleza que deba adoptarse en relación con la salud de los niños, niñas, y adolescentes en Colombia, prevalecerán los derechos de estos, en especial si existe conflicto entre sus derechos fundamentales con los de cualquier otra persona. Artículo 3°. Las instituciones públicas y privadas que presten servicios de salud o los administren en la jurisdicción Nacional, deben priorizar las decisiones en relación estricta con la garantía y el ejercicio del derecho a la salud de niños y niñas.</p>
<p>Artículo 52°. Suficiencia de oferta de servicios pediátricos. Las instituciones públicas y privadas que presten servicios de salud o los administren en la jurisdicción nacional deberán: a) Garantizar la disponibilidad permanente como mínimo 2 médicos generales por cada 1.000 habitantes; b) Garantizar 1 pediatra por cada proporcional a los menores afiliados; c) Garantizar la disponibilidad de 1 cama proporcional a los menores afiliados, como medida de suficiencia de la oferta para los servicios de salud pediátricos y obstétricos; d) Garantizar el oportuno acceso a los servicios de salud sin retraso en el diagnóstico y valoración integral; e) Deberán contar con un sistema de planificación de remisión de pacientes a instituciones con elementos y recurso humano adecuado para su atención; f) Los contratos o convenios entre entidades prestadoras del servicio y sus aseguradoras no podrán tener una vigencia inferior a 2 años y se prorrogarán por el mismo término y condiciones si no se ha anunciado su no prórroga con cinco (5) meses de antelación a su terminación, para garantizar la continuidad del servicio; g) Garantizar la suficiencia de medicamentos requeridos por los menores afiliados a la entidad y su entrega prioritaria y oportuna; h) Garantizar como mínimo una institución con disponibilidad 24 horas para la atención exclusiva de urgencias pediátricas, que garantice un trato adecuado para los niños; i) El Cierre de camas pediátricas, neonatales y obstétricas estará condicionado a que se informe con 6 meses de antelación al Ministerio de Salud y Protección Social, o a la entidad que designe. Las entidades encargadas por el Ministerio de Salud, realizarán estudios de suficiencia de la oferta de servicios de salud pediátricos y obstétricos, teniendo como base la información poblacional y de red de prestación de servicios. Los estudios deben presentarse y actualizarse a corte del último día de junio de cada año, a partir del año 2018.</p>	<p>Artículo 5°. Suficiencia de oferta de servicios pediátricos. Las entidades encargadas por el Ministerio de Salud, realizarán estudios de suficiencia de la oferta de servicios de salud pediátricos y obstétricos, teniendo como base la información poblacional y de red de prestación de servicios. Los estudios deben presentarse y actualizarse a corte del último día de junio de cada año, a partir del año 2018.</p>

TEXTO PROPUESTO	TEXTO ORIGINAL
<p><u>Artículo 3°. Atributos de calidad en salud. Los servicios y procedimientos médicos, quirúrgicos, y afines, de atención de pediatría, deberán cumplir y garantizar los siguientes atributos de calidad en salud:</u></p> <p><u>a) Pertinencia: Garantía que los usuarios reciban los servicios que se requieren;</u></p> <p><u>b) Accesibilidad: Posibilidad que tiene el usuario para utilizar los servicios de Salud;</u></p> <p><u>c) Continuidad: Garantía que los usuarios reciben las intervenciones requeridas mediante la secuencia lógica y racional de las actividades basadas en el conocimiento científico y sin interrupciones innecesarias;</u></p> <p><u>d) Oportunidad: Posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su salud;</u></p> <p><u>e) Seguridad: Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología que minimizan los riesgos de sufrir eventos adversos durante la atención.</u></p> <p><u>Satisfacción del usuario: Nivel del estado de ánimo del usuario paciente y su familia al comparar la atención en salud con sus expectativas.</u></p>	<p>NUEVO</p>
<p>Artículo 4°. Cuando una Empresa Social del Estado, ESE, o una IPS privada, que opere en Colombia, decida presentar solicitud de cierre de un servicio previamente habilitado para la atención de la población infantil y adolescente, deberá reportarlo con una antelación no menor a 6 meses, a la entidad que mediante reglamento designe el Ministerio de Salud y Protección Social, quien deberá reglamentar en un término no superior a 3 meses desde la entrada en vigencia de la presente ley, siguiendo los siguientes lineamientos básicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Relación actualizada de los contratos que tiene suscritos con las EPS, las EAPB (Entidades Aseguradoras de Planes de Beneficios) y las Administradoras de los regímenes especiales y excepcionales, indicando especialmente el tipo de servicio contratado y la población beneficiaria. 2. Indicar las principales causas que determinan su decisión de solicitud de cierre de los servicios habilitados. Con base en la información recibida, la Secretaría o entidad garante le solicitará a cada una de las entidades aseguradoras, la siguiente información. 3. Reorganización de la red de prestación de servicios de salud, que garantice que no se afecta la oportunidad, ni la integralidad de la prestación de los servicios de salud que ponga en riesgo la salud y la vida de los niños y niñas. 4. Certificar por escrito a la Secretaría de Salud o entidad garante, que no se generarán problemas de acceso (oportunidad), ni barreras geográficas ni económicas, al cerrarse un servicio, como tampoco se afectará la integralidad del servicio. <p>Parágrafo 1°. La entidad destinada para tal fin, podrá reservarse el derecho de autorizar el cierre de un servicio habilitado previamente, cuando exista riesgo de afectar la continuidad, oportunidades, integralidad y calidad del servicio público de la salud, a los niños, niñas y adolescentes en el territorio nacional.</p> <p>Parágrafo 2°. En todo caso, para el retiro de un servicio habilitado de ginecología, obstetricia o pediatría, (incluidas las unidades de cuidado intensivo pediátrico y neonatal) la entidad prestadora de los servicios de salud independientemente de su naturaleza jurídica, deberá contar con la respectiva autorización expresa y por escrito del ente respectivo autorizado para tal fin.</p>	<p>Artículo 4°. Cuando una Empresa Social del Estado, ESE, o una IPS privada, que opere en Colombia, decida presentar solicitud de cierre de un servicio previamente habilitado para la atención de la población infantil y adolescente, deberá reportarlo con una antelación no menor a 6 meses, a la entidad que mediante reglamento designe el Ministerio de Salud y Protección Social, quien deberá reglamentar en un término no superior a 3 meses desde la entrada en vigencia de la presente ley, siguiendo los siguientes lineamientos básicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Relación actualizada de los contratos que tiene suscritos con las EPS, las EAPB (entidades aseguradoras de planes de beneficios) y las Administradoras de los regímenes especiales y excepcionales, indicando especialmente el tipo de servicio contratado y la población beneficiaria. 2. Indicar las principales causas que determinan su decisión de solicitud de cierre de los servicios habilitados. Con base en la información recibida, la Secretaría o entidad garante le solicitará a cada una de las entidades aseguradoras, la siguiente información: 3. Reorganización de la red de prestación de servicios de salud, que garantice que no se afecta la oportunidad, ni la integralidad de la prestación de los servicios de salud que ponga en riesgo la salud y la vida de los niños y niñas. 4. Certificar por escrito a la Secretaría de Salud o entidad garante, que no se generarán problemas de acceso (oportunidad), ni barreras geográficas ni económicas, al cerrarse un servicio, como tampoco se afectará la integralidad del servicio. <p>Parágrafo primero. La entidad destinada para tal fin, podrá reservarse el derecho de autorizar el cierre de un servicio habilitado previamente, cuando exista riesgo de afectar la continuidad, oportunidades, integralidad y calidad del servicio público de la salud, a los niños, niñas y adolescentes en el territorio Nacional.</p> <p>Parágrafo segundo. En todo caso, para el retiro de un servicio habilitado de ginecología, obstetricia o pediatría, (incluidas las unidades de cuidado intensivo pediátrico y neonatal) la entidad prestadora de los servicios de salud independientemente de su naturaleza jurídica, deberá contar con la respectiva autorización expresa y por escrito del ente respectivo autorizado para tal fin.</p>

TEXTO PROPUESTO	TEXTO ORIGINAL
<p>Parágrafo 3°. Si una de las causales que motiva la decisión del cierre de los servicios de salud es el no pago oportuno de los servicios prestados por parte de las entidades aseguradoras, o la no rentabilidad de estos servicios, la entidad destinada para tal fin convocará a las entidades comprometidas, conjuntamente con los entes de vigilancia y control de salud y los entes de control social pertinentes, para que se resuelva de manera perentoria esta situación, incluso renegociando los contratos y que no se ponga en riesgo la prestación oportuna, integral y de garantía de la calidad de los servicios de salud, para las niñas, niños y adolescentes así como a las madres gestantes de Colombia.</p> <p>Parágrafo 4°. En caso de que finalmente se produjera el cierre del servicio de pediatría, la entidad empleadora debe garantizar la reubicación del personal médico para garantizar su estabilidad laboral, así como asegurar la continuidad de la atención de los menores.</p>	<p>Parágrafo tercero. Si una de las causales que motiva la decisión del cierre de los servicios de salud es el no pago oportuno de los servicios prestados por parte de las entidades aseguradoras, o la no rentabilidad de estos servicios, la entidad destinada para tal fin convocará a las entidades comprometidas, conjuntamente con los entes de vigilancia y control de salud y los entes de control social pertinentes, para que se resuelva de manera perentoria esta situación, incluso renegociando los contratos y que no se ponga en riesgo la prestación oportuna, integral y de garantía de la calidad de los servicios de salud, para las niñas, niños y adolescentes así como a las madres gestantes de Colombia.</p> <p>Parágrafo cuarto. En caso que finalmente se produjera el cierre del servicio de pediatría, la entidad empleadora debe garantizar la reubicación del personal médico para garantizar su estabilidad laboral, así como asegurar la continuidad de la atención de los menores.</p>
<p>Artículo 5°. <i>Definición y competencia.</i> La pediatría estudia los niños, sus principios, fisiopatología, patología, terapéutica y procedimientos, desde la etapa del recién nacido hasta los 18 años de edad, todo con fundamento en un método científico, académico e investigativo.</p> <p><i>El servicio de La especialidad médica de la pediatría se presta</i> participa con las demás <i>varias</i> especialidades de la medicina <i>afines</i> en el manejo integral del paciente y por ende <i>que</i> pueden prescribir, realizar tratamientos, expedir certificados y conceptos sobre el área de su especialidad e intervenir como auxiliares de la justicia.</p> <p>A la pediatría le corresponde Igualmente realizar actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, dirigidas a garantizar el derecho fundamental a la salud de niños, niñas y adolescentes.</p>	<p>Artículo 6°. Definición y competencia. La pediatría estudia los niños, sus principios, fisiopatología, patología, terapéutica y procedimientos, desde la etapa del recién nacido hasta los 18 años de edad, todo con fundamento en un método científico, académico e investigativo. La especialidad médica de la pediatría participa con las demás especialidades de la medicina en el manejo integral del paciente y por ende pueden prescribir, realizar tratamientos, expedir certificados y conceptos sobre el área de su especialidad e intervenir como auxiliares de la justicia. A la pediatría le corresponde realizar actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, dirigidas a garantizar el derecho fundamental a la salud de niños, niñas y adolescentes, Igualmente le corresponde expedir certificados y conceptos sobre el área de su especialidad e intervenir como auxiliar de la justicia cuando esta lo requiera.</p>
<p>Artículo 6° Ejercicio. Dentro del territorio de la República de Colombia, solo podrán ejercer las funciones relacionadas con <u>servicios y procedimientos médicos relacionados con atención integral de los menores</u> quienes cumplan los siguientes requisitos:</p> <p>a) Quienes hayan realizado los estudios y <u>adquirido el título</u> de medicina general <u>de acuerdo con las leyes colombianas</u> y que hayan cumplido con los requisitos de la especialidad en pediatría en alguna de las universidades o facultades de medicina reconocidas por el Estado Colombiano <u>obtenido un título de especialista en un programa de especialización en áreas de la medicina afines a la atención y estudio de los niños, su fisiopatología, patología, terapéutica y procedimientos, desde la etapa del recién nacido hasta los 18 años de edad,</u> en una institución de Educación Superior, debidamente aprobada y reconocida por los organismos competentes del Gobierno nacional;</p> <p>b) Quienes hayan realizado estudios de especialización en pediatría y <u>obtenido un título de especialista en un programa de especialización en áreas de la medicina afines a la atención y estudio de los niños, su fisiopatología, patología, terapéutica y procedimientos, desde la etapa del recién nacido hasta los 18 años de edad, de acuerdo con las leyes colombianas</u> en universidades y facultades de medicina de otros países con los cuales Colombia tenga celebrados tratados o convenios sobre reciprocidad de títulos universitarios, en los términos de los respectivos tratados o convenios, y siempre que los respectivos títulos estén refrendados por las autoridades colombianas competentes en el país de origen de los títulos, <u>de conformidad con la ley y las disposiciones que regulen la materia.</u></p>	<p>rtículo 7°. Ejercicio. El médico pediatra es el autorizado para ejercer esta especialidad dentro del territorio de la República de Colombia, solo podrá llevar el título de médico especialista en pediatría y ejercer funciones como tal quien cumpla los siguientes requisitos:</p> <p>a) Quienes hayan realizado los estudios de medicina general y haya cumplido con los requisitos de la especialidad en pediatría en alguna de las universidades o facultades de medicina reconocidas por el Estado Colombiano;</p> <p>b) Quienes hayan realizado estudios de especialización en pediatría en universidades y facultades de medicina de otros países con los cuales Colombia tenga celebrados tratados o convenios sobre reciprocidad de títulos universitarios, en los términos de los respectivos tratados o convenios, y siempre que los respectivos títulos estén refrendados por las autoridades colombianas competentes en el país de origen de los títulos;</p>

<p>c) <u>Quienes hayan realizado estudios de pediatría y obtenido un título de especialista en un programa de especialización en áreas de la medicina afines a la atención y estudio de los niños, su fisiopatología, patología, terapéutica y procedimientos, desde la etapa del recién nacido hasta los 18 años de edad, de acuerdo con las leyes colombianas en universidades, facultades de medicina o instituciones de reconocida competencia en el exterior el exterior, en una institución de otro país con el cual Colombia tenga celebrados tratados o convenios sobre reciprocidad de títulos universitarios y que sea equivalente al otorgado en la República de Colombia, y el mismo haya sido convalidado o refrendado en Colombia por las autoridades competentes, de conformidad con la ley y las disposiciones vigentes sobre la materia.</u></p> <p>d) El médico colombiano extranjero (nacionalizado) que haya adquirido o adquiriera el título de médico especializado en pediatría en otro país y <u>obtenido un título de especialista en un programa de especialización en áreas de la medicina afines a la atención y estudio de los niños, su fisiopatología, patología, terapéutica y procedimientos, desde la etapa del recién nacido hasta los 18 años de edad,</u> equivalente al otorgado en la República de Colombia y que esté debidamente diligenciado, <u>refrendados, convalidados u homologados</u> y aprobado según las disposiciones legales y los tratados o convenios vigentes sobre la materia ante el Gobierno nacional.</p> <p>e) Los médicos especializados en Pediatría deberán inscribirse y registrarse ante el Colegio Médico Colombiano para realizar lo correspondiente al requisito RETHUS y lograr la expedición de la tarjeta de identificación única de talento humano en salud, cumpliendo los requisitos que exige la Ley 1164 de 2007, el Decreto 4192 del 2010 y cualquier norma que la modifique que establecen las condiciones y lineamientos para el registro RETHUS y la expedición de la respectiva tarjeta.</p> <p><u>Parágrafo. Los médicos especializados en un programa de especialización en áreas de la medicina afines a la atención y estudio de los niños, su fisiopatología, patología, terapéutica y procedimientos, desde la etapa del recién nacido hasta los 18 años de edad, el Área de manejo médicos, que visiten nuestro país en misiones científicas o docentes, como consultores o asesores, podrán trabajar como tales por el término de un año con el visto bueno del Ministerio de Salud y Protección Social y a petición especial y motivada en una institución, facultad o centro universitario que legalmente opere en el territorio nacional, de acuerdo con lo instituido por la Ley 1164 de 2007.</u></p>	<p>Ac) Quienes hayan realizado estudios de pediatría en universidades, facultades de medicina o instituciones de reconocida competencia en el exterior;</p> <p>d) El médico colombiano extranjero (nacionalizado) que haya adquirido o adquiriera el título de médico especializado en pediatría en otro país, equivalente al otorgado en la República de Colombia y que esté debidamente diligenciado y aprobado según las disposiciones legales y los tratados o convenios vigentes sobre la materia ante el Gobierno nacional;</p> <p>e) Los Médicos especializados en Pediatría deberán inscribirse y registrarse ante el Colegio Médico Colombiano para realizar lo correspondiente al requisito RETHUS y lograr la expedición de la tarjeta de identificación única de talento humano en salud, cumpliendo los requisitos que exige la Ley 1164 de 2007, el Decreto 4192 del 2010 y cualquier norma que la modifique que establecen las condiciones y lineamientos para el registro RETHUS y la expedición de la respectiva tarjeta;</p>
<p>Se elimina</p>	<p>Artículo 6°. <i>Del registro y la autorización.</i> Los títulos expedidos por las universidades colombianas o los refrendados, convalidados u homologados de las universidades de otros países de que habla el artículo segundo, deberán registrarse ante las autoridades colombianas de conformidad con las disposiciones vigentes.</p>

<p>Artículo 7°. El Ministerio de Educación Nacional cumplirá las siguientes obligaciones:</p> <p>a) Reglamentar el proceso de convalidación, los créditos requeridos y competencias respectivas de las especialidades médicas;</p> <p>b) Ordenar a las Instituciones de Educación Superior que en los programas de especialización en salud dispongan de los cupos académicos suficientes para cubrir la demanda de personal médico respectivo conforme a las necesidades de cobertura y calidad;</p> <p>c) Fomentar el estudio en las especialidades médicas requeridas, y</p> <p>d) Regular los créditos y competencias de especialidades médicas para establecer las áreas de competencias de ejercicio general de los médicos generales, las áreas de competencias de ejercicio profesional en salud que sean comunes entre especialidades afines, y las áreas de competencia de ejercicio profesional exclusivo correspondiente a cada especialidad;</p> <p>e) Fomentar la investigación médica en las áreas de servicios y procedimientos médicos, quirúrgicos, cosméticos y afines, de atención de enfermedades que comprometen la piel anexos y mucosas para lograr la evidencia científica requerida.</p> <p>Para cumplir las anteriores obligaciones, el Ministerio de Educación Nacional instalará una mesa de trabajo intersectorial entre las agremiaciones académicas de todas las áreas médicas quienes actuarán como comité asesor.</p>	<p>NUEVO</p>
<p>Artículo 8° 12. <i>Derechos:</i> El médico especializado <i>que haya obtenido un título de especialista en un programa de especialización en áreas de la medicina afines a la atención y estudio de los niños, su fisiopatología, patología, terapéutica y procedimientos, desde la etapa del recién nacido hasta los 18 años de edad, para la prestación del servicio</i> tendrá derecho:</p> <p>a) A acceder al desempeño de funciones y cargos de dirección, conducción y orientación institucional, manejo y asesoría dentro de la estructura orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral;</p> <p>b) A recibir los elementos básicos de trabajo por parte de los órganos que conforman el Sistema de Seguridad Social Integral, para garantizar un ejercicio idóneo y digno de la especialidad;</p> <p>c) A recibir por parte del empleador estatal o privado el tiempo necesario y suficiente para su actualización, así como poder cumplir con los procesos de recertificación voluntaria de su especialidad, en nuestro caso el programa Precep de la Sociedad Colombiana de Pediatría;</p> <p>d) A recibir por parte del empleador las condiciones y oportunidades de bienestar suficientes para su desarrollo integral y biopsicosocial;</p> <p>e) A clasificarse como profesional universitario especializado de acuerdo con los títulos que lo acrediten como tal;</p> <p>f) A recibir la asignación salarial justa y correspondiente a su clasificación como médico especializado en pediatría o profesional universitario especializado y tener acceso a un trabajo decente de acuerdo con la Constitución, los tratados internacionales y las leyes, además de afiliación a seguridad social, prima de vacaciones y servicio, cesantías, pensión, y contar con un contrato laboral que se ajuste a los requerimientos legales y no bajo formas de contratación no autorizadas por la ley (cooperativas, corporaciones y otras prohibidas en la ley), de igual forma permitir su asociación sindical sin perjuicio de sus funciones como médico Pediatra, o que esta asociación genere persecución laboral;</p>	<p>Artículo 12. Derechos.</p> <p>El médico especializado tendrá derecho:</p> <p>a) Acceder al desempeño de funciones y cargos de dirección, conducción y orientación institucional, manejo y asesoría dentro de la estructura orgánica del sistema de seguridad social integral;</p> <p>b) Recibir los elementos básicos de trabajo por parte de los órganos que conforman el sistema de seguridad social integral, para garantizar un ejercicio idóneo y digno de la especialidad;</p> <p>c) Recibir por parte del empleador estatal o privado el tiempo necesario y suficiente para su actualización, así como poder cumplir con los procesos de recertificación voluntaria de su especialidad, en nuestro caso el programa Precep de la Sociedad Colombiana de Pediatría;</p> <p>d) Recibir por parte del empleador las condiciones y oportunidades de bienestar suficientes para su desarrollo integral y biopsicosocial;</p> <p>e) Clasificarse como profesional universitario especializado de acuerdo con los títulos que lo acrediten como tal;</p> <p>f) Recibir la asignación salarial justa y correspondiente a su clasificación como médico especializado en pediatría o profesional universitario especializado y tener acceso a un trabajo decente de acuerdo con la Constitución, los tratados internacionales y las leyes, además de afiliación a seguridad social, prima de vacaciones y servicio, cesantías, pensión, y contar con un contrato laboral que se ajuste a los requerimientos legales y no bajo formas de contratación no autorizadas por la ley (cooperativas, corporaciones y otras prohibidas en la ley), de igual forma permitir su asociación sindical sin perjuicio de sus funciones como médico Pediatra, o que esta asociación genere persecución laboral;</p>

<p>g) De igual forma si el profesional de la pediatría certifica y demuestra una segunda especialidad en cualquier área de la pediatría, debe recibir un salario especial, superior y diferente al salario del médico pediatra sin segunda especialidad, es decir que se reconozcan por parte del empleador los estudios y esfuerzos académicos que este ha realizado en bien del cuidado y la calidad de atención a los pacientes para la empresa o entidad en que labora.</p> <p>Parágrafo 1°. En las entidades en donde no exista clasificación o escalafón para los Médicos especializados en Pediatría, serán nivelados y recibirán una asignación igual a la que reciben profesionales con especialización o quienes desempeñen cargos equivalentes en la entidad pública o privada y nunca podrán ser salarios inferiores a los que devengan otras especialidades médico-quirúrgicas con igual tiempo de formación universitaria.</p> <p>Parágrafo 2°. Las instituciones de salud y de asistencia social de carácter oficial, de seguridad social y privada, solamente vincularán médicos especializados en pediatría en el área correspondiente de acuerdo con preceptos establecidos en la presente reglamentación.</p>	<p>g) De igual forma si el profesional de la pediatría certifica y demuestra una segunda especialidad en cualquier área de la pediatría, debe recibir un salario especial, superior y diferente al salario del médico pediatra sin segunda especialidad, es decir, que se reconozca por parte del empleador los estudios y esfuerzos académicos que este ha realizado en bien del cuidado y la calidad de atención a los pacientes para la empresa o entidad en que labora.</p> <p>Parágrafo 1°. En las entidades en donde no exista clasificación o escalafón para los Médicos especializados en Pediatría, serán nivelados y recibirán una asignación igual a la que reciben profesionales con especialización o quienes desempeñen cargos equivalentes en la entidad pública o privada y nunca podrán ser salarios inferiores a los que devengan otras especialidades médico quirúrgica con igual tiempo de formación universitaria.</p> <p>Parágrafo 2. Las instituciones de salud y de asistencia social de carácter oficial, de seguridad social y privada, solamente vincularan médicos especializados en pediatría en el área correspondiente de acuerdo con preceptos establecidos en la presente reglamentación.</p>
<p>Artículo 9°. H. Obligación de contar con especialistas. Las instituciones pertenecientes al Sistema de Seguridad Social Integral incluyendo las EPS, IPS, ARS públicas, privadas, que ofrezcan servicios <u>que haya obtenido un título de especialista en un programa de especialización en áreas de la medicina afines a la atención y estudio de los niños, su fisiopatología, patología, terapéutica y procedimientos, desde la etapa del recién nacido hasta los 18 años de</u> en pediatría deben contar con especialistas en el área debidamente certificados. Los servicios médicos de pediatría en instituciones de salud de segundo, tercer y cuarto nivel deben ser prestados exclusivamente por médicos especialistas en pediatría.</p> <p>En caso de no poder contar con pediatras por falta de recurso humano en áreas distantes de ciudades principales o poblaciones pequeñas, se deberán instaurar programas que coadyuven al médico general como la telemedicina, virtualidad u otras tecnologías que acerquen el recurso del especialista en pediatría a dichas regiones.</p>	<p>Artículo 11. Modalidad de ejercicio. El médico especializado en pediatría, podrá ejercer su profesión de manera individual, colectiva, como servidor público o empleado particular, investigador, administrador de centros médicos o similares. Podrá también dirigir servicios y programas de diferente complejidad en el área comunitaria, hospitalaria, ambulatoria, docente e investigativa.</p>
<p>Artículo 10. 14. Organismo consultivo. A partir de la vigencia de la presente reglamentación, la organización, constituirán como un organismo, asesor y consultivo y de control del ejercicio de la práctica de la Pediatría en Colombia.</p>	<p>Artículo 14. Organismo consultivo. A partir de la vigencia de la presente reglamentación, la Sociedad Colombiana de Pediatría, se constituirán como un organismo, asesor, consultivo y de control del ejercicio de la práctica de la Pediatría en Colombia.</p>
<p>Artículo 11. 15. Funciones. La organización de pediatría, tendrá entre otras, las siguientes funciones:</p> <p>a) Actuar como asesores consultivos del Gobierno nacional en materias de su especialidad médica. Actuar como organismo asesor y consultivo del Consejo Nacional del Ejercicio de la profesión médica y de instituciones universitarias, clínicas, hospitales y en general de cualquier organismo o entidad que tenga relación con la especialidad de salud, que requieran sus servicios y para efectos de la reglamentación o control del ejercicio profesional;</p>	<p>Artículo 15. Funciones. La Sociedad Colombiana de Pediatría, tendrá entre otras, las siguientes funciones:</p> <p>a) Actuar como asesores consultivos del Gobierno nacional en materias de su especialidad médica. Actuar como organismo asesor y consultivo del Consejo Nacional del Ejercicio de la profesión médica y de instituciones universitarias, clínicas, hospitales y en general de cualquier organismo o entidad que tenga relación con la especialidad de salud, que requieran sus servicios y para efectos de la reglamentación o control del ejercicio profesional;</p>

<p>b) Ejercer vigilancia, contribuir con las autoridades estatales, para que la profesión no sea ejercida por personas no autorizadas ni calificadas legalmente;</p> <p>c) Propiciar el incremento del nivel académico de sus asociados, promoviendo en unión del Estado colombiano, de las instituciones educativas o de entidades privadas o de organizaciones no gubernamentales, mediante foros, seminarios, simposios, talleres, encuentros, diplomados y especializaciones;</p> <p>d) Delegar funciones de asesoría, consulta y control en zonas o regionales de la Sociedad Colombiana de Pediatría;</p> <p>e) Darse su propio reglamento y asumir las que le llegare a encargar el Estado colombiano o el Consejo Nacional del Ejercicio de la Profesión Médica dentro del marco de la ley del Talento Humano.</p>	<p>b) Ejercer vigilancia, contribuir con las autoridades estatales, para que la profesión no sea ejercida por personas no autorizadas ni calificadas legalmente;</p> <p>c) Propiciar el incremento del nivel académico de sus asociados, promoviendo en unión del Estado colombiano, de las instituciones educativas o de entidades privadas o de organizaciones no gubernamentales, mediante foros, seminarios, simposios, talleres, encuentros, diplomados y especializaciones</p> <p>d) Delegar funciones de asesoría, consulta y control en zonas o regionales de la Sociedad Colombiana de Pediatría;</p> <p>e) Darse su propio reglamento y asumir las que le llegare a encargar el Estado colombiano o el Consejo Nacional del Ejercicio de la Profesión Médica dentro del marco de la ley del talento Humano.</p>
<p>Artículo 12 46. <i>Responsabilidad profesional</i>. En materia de responsabilidad profesional, los médicos a que hace referencia la presente ley, estarán sometidos a los principios generales de responsabilidad a los profesionales de la salud. Y la prescripción de sus conductas éticas, legales, disciplinarias, fiscal o administrativa, será la que rige para todos los profesionales de la salud y las normas generales.</p> <p>En materia de autonomía profesional los médicos especialistas en pediatría están regidos por la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y las disposiciones que la reglamenten.</p>	<p>Artículo 16. Responsabilidad profesional. En materia de responsabilidad profesional, los médicos a que hace referencia la presente ley, estarán sometidos a los principios generales de responsabilidad a los profesionales de la salud. Y la prescripción de sus conductas éticas, legales, disciplinarias, fiscal o administrativa, será la que rige para todos los profesionales de la salud y las normas generales.</p> <p>En materia de autonomía profesional los médicos especialistas en pediatría está regidos por la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y las disposiciones que la reglamenten.</p>
<p>Artículo 13. 17-Vigencia. Esta ley regirá a partir de la fecha de su publicación en el <i>Diario Oficial</i>.</p>	<p>Artículo 17. Vigencia. Esta ley regirá a partir de la fecha de su publicación en el <i>Diario Oficial</i>.</p>

Fueron eliminados los artículos 8°, 9° y 10 originales, del texto sugerido. E incluidos en un solo artículo los 1°, 2° y 3°.

6. Texto propuesto.

Texto propuesto al Proyecto de ley número 224 de 2017, *por medio de la cual se garantiza la atención integral del menor y se reglamenta el servicio médico de pediatría*.

El Congreso de la República

DECRETA:

por medio de la cual se garantiza la atención integral del menor y se reglamenta el servicio médico de pediatría.

<p>Artículo 1°. <i>Objeto. Protección y atención integral del menor</i>.</p> <p>Las instituciones públicas y privadas que presten servicios de salud o los administren en la jurisdicción nacional, deben priorizar las decisiones en relación estricta con la garantía y el ejercicio del derecho a la salud de niños, niñas y <i>adolescentes</i>.</p> <p>La atención integral de los niños, niñas y adolescentes <i>implica su</i> reconocimiento como sujetos <i>prevalentes y preferentes</i> del derecho a la salud, <i>para la garantía y cumplimiento de los mismos</i>, todo acto, decisión o medida administrativa o asistencial, de cualquier naturaleza que deba adoptarse en relación con <i>estos</i>, prevalecerán en todos sus órdenes, en especial si existe conflicto entre sus derechos fundamentales con los de cualquier otra persona, <i>en aras de</i> la prevención de su amenaza o vulneración, y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior constitucional.</p>

Artículo 2°. *Suficiencia de oferta de servicios pediátricos.*

Las instituciones públicas y privadas que presten servicios de salud o los administren en la jurisdicción nacional deberán:

- a) *Garantizar la disponibilidad permanente como mínimo 2 médicos generales por cada 1.000 habitantes;*
- b) *Garantizar 1 pediatra por cada proporcional a los menores afiliados;*
- c) *Garantizar la disponibilidad de 1 cama proporcional a los menores afiliados, como medida de suficiencia de la oferta para los servicios de salud pediátricos y obstétricos;*
- d) *Garantizar el oportuno acceso a los servicios de salud sin retraso en el diagnóstico y valoración integral;*
- e) *Deberán contar con un sistema de planificación de remisión de pacientes a instituciones con elementos y recurso humano adecuado para su atención;*
- f) *Los contratos o convenios entre entidades prestadoras del servicio y sus aseguradoras no podrán tener una vigencia inferior a 2 años y se prorrogarán por el mismo término y condiciones si no se ha anunciado su no prórroga con cinco (5) meses de antelación a su terminación, para garantizar la continuidad del servicio;*
- g) *Garantizar la suficiencia de medicamentos requeridos por los menores afiliados a la entidad y su entrega prioritaria y oportuna;*
- h) *Garantizar como mínimo una institución con disponibilidad 24 horas para la atención exclusiva de urgencias pediátricas, que garantice un trato adecuado para los niños;*
- i) *El Cierre de camas pediátricas, neonatales y obstétricas estará condicionado a que se informe con 6 meses de antelación al Ministerio de Salud y Protección Social, o a la entidad que designe.*

Las entidades encargadas por el Ministerio de Salud, realizarán estudios de suficiencia de la oferta de servicios de salud pediátricos y obstétricos, teniendo como base la información poblacional y de red de prestación de servicios. Los estudios deben presentarse y actualizarse a corte del último día de junio de cada año, a partir del año 2018.

Artículo 3°. Atributos de calidad en salud. Los servicios y procedimientos médicos, quirúrgicos, y afines, de atención de pediatría, deberán cumplir y garantizar los siguientes atributos de calidad en salud:

- f) **Pertinencia:** Garantía que los usuarios reciban los servicios que se requieren;
- g) **Accesibilidad:** Posibilidad que tiene el usuario para utilizar los servicios de Salud;
- h) **Continuidad:** Garantía que los usuarios reciben las intervenciones requeridas mediante la secuencia lógica y racional de las actividades basadas en el conocimiento científico y sin interrupciones innecesarias;
- i) **Oportunidad:** Posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su salud;
- j) **Seguridad:** Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología que minimizan los riesgos de sufrir eventos adversos durante la atención.

Satisfacción del usuario: Nivel del estado de ánimo del usuario paciente y su familia al comparar la atención en salud con sus expectativas.

Artículo 4°. Cuando una Empresa Social del Estado, ESE, o una IPS privada, que opere en Colombia, decida presentar solicitud de cierre de un servicio previamente habilitado para la atención de la población infantil y adolescente, deberá reportarlo con una antelación no menor a 6 meses, a la entidad que mediante reglamento designe el Ministerio de Salud y Protección Social, siguiendo los siguientes lineamientos básicos:

1. Relación actualizada de los contratos que tiene suscritos con las EPS, las EAPB (Entidades Aseguradoras de Planes de Beneficios) y las Administradoras de los regímenes especiales y excepcionales, indicando especialmente el tipo de servicio contratado y la población beneficiaria.
2. Indicar las principales causas que determinan su decisión de solicitud de cierre de los servicios habilitados. Con base en la información recibida, la Secretaría o entidad garante le solicitará a cada una de las entidades aseguradoras, la siguiente información.
3. Reorganización de la red de prestación de servicios de salud, que garantice que no se afecta la oportunidad, ni la integralidad de la prestación de los servicios de salud que ponga en riesgo la salud y la vida de los niños y niñas.
4. Certificar por escrito a la Secretaría de Salud o entidad garante, que no se generarán problemas de acceso (oportunidad), ni barreras geográficas ni económicas, al cerrarse un servicio, como tampoco se afectará la integralidad del servicio.

Parágrafo 1°. La entidad destinada para tal fin, podrá reservarse el derecho de autorizar el cierre de un servicio habilitado previamente, cuando exista riesgo de afectar la continuidad, oportunidades, integralidad y calidad del servicio público de la salud, a los niños, niñas y adolescentes en el territorio nacional.

Parágrafo 2°. En todo caso, para el retiro de un servicio habilitado de ginecología, obstetricia o pediatría, (incluidas las unidades de cuidado intensivo pediátrico y neonatal) la entidad prestadora de los servicios de salud independientemente de su naturaleza jurídica, deberá contar con la respectiva autorización expresa y por escrito del ente respectivo autorizado para tal fin.

Parágrafo 3°. Si una de las causales que motiva la decisión del cierre de los servicios de salud es el no pago oportuno de los servicios prestados por parte de las entidades aseguradoras, o la no rentabilidad de estos servicios, la entidad destinada para tal fin convocará a las entidades comprometidas, conjuntamente con los entes de vigilancia y control de salud y los entes de control social pertinentes, para que se resuelva de manera perentoria esta situación, incluso renegociando los contratos y que no se ponga en riesgo la prestación oportuna, integral y de garantía de la calidad de los servicios de salud, para las niñas, niños y adolescentes así como a las madres gestantes de Colombia.

Parágrafo 4°. En caso de que finalmente se produjera el cierre del servicio de pediatría, la entidad empleadora debe garantizar la reubicación del personal médico para garantizar su estabilidad laboral, así como asegurar la continuidad de la atención de los menores.

Artículo 5°. *Definición y competencia.* La pediatría estudia los niños, sus principios, fisiopatología, patología, terapéutica y procedimientos, desde la etapa del recién nacido hasta los 18 años de edad, todo con fundamento en un método científico, académico e investigativo.

El servicio de médico de pediatría se presta con varias especialidades de la medicina afines en el manejo integral del paciente que pueden prescribir, realizar tratamientos, expedir certificados y conceptos sobre el área de su especialidad e intervenir como auxiliares de la justicia.

Igualmente realizar actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, dirigidas a garantizar el derecho fundamental a la salud de niños, niñas y adolescentes.

Artículo 6°. *Ejercicio.* Dentro del territorio de la República de Colombia, solo podrán ejercer las funciones relacionadas con **servicios y procedimientos médicos relacionados con atención integral de los menores** quienes cumplan los siguientes requisitos:

a) Quienes hayan realizado los estudios y **adquirido el título** de medicina general **de acuerdo con las leyes colombianas** y que hayan **obtenido un título de especialista en un programa de especialización en áreas de la medicina afines a la atención y estudio de los niños, su fisiopatología, patología, terapéutica y procedimientos, desde la etapa del recién nacido hasta los 18 años de edad,** en una institución de Educación Superior, debidamente aprobada y reconocida por los organismos competentes del Gobierno nacional;

b) Quienes hayan realizado estudios y **obtenido un título de especialista en un programa de especialización en áreas de la medicina afines a la atención y estudio de los niños, su fisiopatología, patología, terapéutica y procedimientos, desde la etapa del recién nacido hasta los 18 años de edad, de acuerdo con las leyes colombianas** en universidades y facultades de medicina de otros países con los cuales Colombia tenga celebrados tratados o convenios sobre reciprocidad de títulos universitarios, en los términos de los respectivos tratados o convenios, y siempre que los respectivos títulos estén refrendados por las autoridades colombianas competentes en el país de origen de los títulos, **de conformidad con la ley y las disposiciones que regulen la materia.**

c) Quienes hayan realizado estudios y **obtenido un título de especialista en un programa de especialización en áreas de la medicina afines a la atención y estudio de los niños, su fisiopatología, patología, terapéutica y procedimientos, desde la etapa del recién nacido hasta los 18 años de edad, de acuerdo con las leyes colombianas** en universidades, facultades de medicina o instituciones de reconocida competencia en el exterior el exterior, **en una institución de otro país con el cual Colombia tenga celebrados tratados o convenios sobre reciprocidad de títulos universitarios y que sea equivalente al otorgado en la República de Colombia, y el mismo haya sido convalidado o refrendado en Colombia por las autoridades competentes, de conformidad con la ley y las disposiciones vigentes sobre la materia;**

d) El médico colombiano extranjero (nacionalizado) que haya y **obtenido un título de especialista en un programa de especialización en áreas de la medicina afines a la atención y estudio de los niños, su fisiopatología, patología, terapéutica y procedimientos, desde la etapa del recién nacido hasta los 18 años de edad,** equivalente al otorgado en la República de Colombia y que esté debidamente diligenciado, **refrendados, convalidados u homologados** y aprobado según las disposiciones legales y los tratados o convenios vigentes sobre la materia ante el Gobierno nacional.

Parágrafo. Los médicos especializados en un programa de especialización en áreas de la medicina afines a la atención y estudio de los niños, su fisiopatología, patología, terapéutica y procedimientos, desde la etapa del recién nacido hasta los 18 años de edad, el Área de manejo médicos, que visiten nuestro país en misiones científicas o docentes, como consultores o asesores, podrán trabajar como tales por el término de un año con el visto bueno del Ministerio de Salud y Protección Social y a petición especial y motivada en una institución, facultad o centro universitario que legalmente opere en el territorio nacional, de acuerdo con lo instituido por la Ley 1164 de 2007.

Artículo 7°. El Ministerio de Educación Nacional cumplirá las siguientes obligaciones:

f) Reglamentar el proceso de convalidación, los créditos requeridos y competencias respectivas de las especialidades médicas;

g) Ordenar a las Instituciones de Educación Superior que en los programas de especialización en salud dispongan de los cupos académicos suficientes para cubrir la demanda de personal médico respectivo conforme a las necesidades de cobertura y calidad,

h) Fomentar el estudio en las especialidades médicas requeridas y;

i) Regular los créditos y competencias de especialidades médicas para establecer las áreas de competencias de ejercicio general de los médicos generales, las áreas de competencias de ejercicio profesional en salud que sean comunes entre especialidades afines, y las áreas competencia de ejercicio profesional exclusivo correspondiente a cada especialidad;

j) Fomentar la investigación médica en las áreas de servicios y procedimientos médicos, quirúrgicos, cosméticos y afines, de atención de enfermedades que comprometen la piel anexos y mucosas para lograr la evidencia científica requerida.

Para cumplir las anteriores obligaciones, el Ministerio de Educación Nacional instalará una mesa de trabajo intersectorial entre las agremiaciones académicas de todas las áreas médicas quienes actuarán como comité asesor.

Artículo 8°. El médico **que haya obtenido un título de especialista en un programa de especialización en áreas de la medicina afines a la atención y estudio de los niños, su fisiopatología, patología, terapéutica y procedimientos, desde la etapa del recién nacido hasta los 18 años de edad, para la prestación del servicio** tendrá derecho:

- a) A acceder al desempeño de funciones y cargos de dirección, conducción y orientación institucional, manejo y asesoría dentro de la estructura orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral;
- b) A recibir los elementos básicos de trabajo por parte de los órganos que conforman el Sistema de Seguridad Social Integral, para garantizar un ejercicio idóneo y digno de la especialidad;
- c) A recibir por parte del empleador estatal o privado el tiempo necesario y suficiente para su actualización, así como poder cumplir con los procesos de recertificación voluntaria de su especialidad, en nuestro caso el programa Precep de la Sociedad Colombiana de Pediatría;
- d) A recibir por parte del empleador las condiciones y oportunidades de bienestar suficientes para su desarrollo integral y biopsicosocial;
- e) A clasificarse como profesional universitario especializado de acuerdo con los títulos que lo acrediten como tal;
- f) A recibir la asignación salarial justa y correspondiente a su clasificación como médico especializado o profesional universitario especializado y tener acceso a un trabajo decente de acuerdo con la Constitución, los tratados internacionales y las leyes, además de afiliación a seguridad social, prima de vacaciones y servicio, cesantías, pensión, y contar con un contrato laboral que se ajuste a los requerimientos legales y no bajo formas de contratación no autorizadas por la ley (cooperativas, corporaciones y otras prohibidas en la ley), de igual forma permitir su asociación sindical sin perjuicio de sus funciones como médico, o que esta asociación genere persecución laboral;

Parágrafo 1°. En las entidades en donde no exista clasificación o escalafón para los Médicos especializados en Pediatría, serán nivelados y recibirán una asignación igual a la que reciben profesionales con especialización o quienes desempeñen cargos equivalentes en la entidad pública o privada y nunca podrán ser salarios inferiores a los que devengan otras especialidades médico-quirúrgicas con igual tiempo de formación universitaria.

Parágrafo 2°. Las instituciones de salud y de asistencia social de carácter oficial, de seguridad social y privada, solamente vincularán médicos especializados en el área correspondiente de acuerdo con preceptos establecidos en la presente reglamentación.

Artículo 9°. *Obligación de contar con especialistas.* Las instituciones pertenecientes al Sistema de Seguridad Social Integral incluyendo las EPS, IPS, ARS públicas, privadas, que ofrezcan servicios **que haya obtenido un título de especialista en un programa de especialización en áreas de la medicina afines a la atención y estudio de los niños, su fisiopatología, patología, terapéutica y procedimientos, desde la etapa del recién nacido hasta los 18 años de** en pediatría deben contar con especialistas en el área debidamente certificados. Los servicios médicos de pediatría en instituciones de salud de segundo, tercer y cuarto nivel deben ser prestados exclusivamente por médicos especialistas en pediatría.

En caso de no poder contar con pediatras por falta de recurso humano en áreas distantes de ciudades principales o poblaciones pequeñas, se deberán instaurar programas que coadyuven al médico general como la telemedicina, virtualidad u otras tecnologías que acerquen el recurso del especialista en pediatría a dichas regiones.

Artículo 10 ~~14~~. *Organismo consultivo.* A partir de la vigencia de la presente reglamentación, las organizaciones de Pediatría, se constituirán como un organismo, asesor y consultivo del ejercicio de la práctica de la Pediatría en Colombia.

Artículo 11. *Funciones.* Las organizaciones de Pediatría, tendrá entre otras, las siguientes funciones:

- a) Actuar como asesores consultivos del Gobierno nacional en materias de su especialidad médica. Actuar como organismo asesor y consultivo del Consejo Nacional del Ejercicio de la profesión médica y de instituciones universitarias, clínicas, hospitales y en general de cualquier organismo o entidad que tenga relación con la especialidad de salud, que requieran sus servicios y para efectos de la reglamentación o control del ejercicio profesional;
- b) Contribuir con las autoridades estatales, para que la profesión no sea ejercida por personas no autorizadas ni calificadas legalmente;
- c) Propiciar el incremento del nivel académico de sus asociados, promoviendo en unión del Estado colombiano, de las instituciones educativas o de entidades privadas o de organizaciones no gubernamentales, mediante foros, seminarios, simposios, talleres, encuentros, diplomados y especializaciones;
- d) Delegar funciones de asesoría, consulta en zonas o regionales de la Sociedad Colombiana de Pediatría;
- e) Darse su propio reglamento y asumir las que le llegare a encargar el Estado colombiano o el Consejo Nacional del Ejercicio de la Profesión Médica dentro del marco de la ley del Talento Humano.

Artículo 12. *Responsabilidad profesional.* En materia de responsabilidad profesional, los médicos a que hace referencia la presente ley, estarán sometidos a los principios generales de responsabilidad a los profesionales de la salud. Y la prescripción de sus conductas éticas, legales, disciplinarias, fiscal o administrativa, será la que rige para todos los profesionales de la salud y las normas generales.

Artículo 13. *Vigencia.* Esta ley regirá a partir de la fecha de su publicación en el *Diario Oficial*.

7. Proposición

Por las anteriores consideraciones, me permito presentar ponencia favorable y en consecuencia solicito a los honorables Senadores de la Comisión Séptima del Senado de la República, dar Primer Debate al Proyecto de ley número 224 de 2017 “Por medio de la cual se garantiza la atención integral del menor y se reglamenta el servicio médico de pediatría”, con base en el texto propuesto:

Atentamente,



SOFÍA GAVIRIA CORREA
Senadora de la República

LA COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE
LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los siete (7) días del mes de junio del año dos mil diecisiete (2017)


En la presente fecha se autoriza la publicación en Gaceta del Congreso de la República, el siguiente:

Informe de Ponencia para Primer Debate y Texto Propuesto para Primer Debate.

Título del Proyecto de ley número 224 de 2017 Senado, por medio de la cual se protege el derecho a la salud del menor.

Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5 del artículo 2° de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,



JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA
SECRETARIO GENERAL
Comisión Séptima del H. Senado de la República

* * *

INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 79 DE 2016 SENADO

por medio de la cual se reconoce la protección especial de estabilidad laboral reforzada a servidores del Estado en provisionalidad en cargos de carrera administrativa.

Bogotá, D. C., junio 1° de 2017

Presidente

ÉDINSON DELGADO RUIZ

Comisión Séptima

Senado de la República

Ciudad

Asunto: Informe de ponencia para segundo debate al Proyecto de ley número 79 de 2016 Senado, por medio de la cual se reconoce la protección especial de estabilidad laboral reforzada a servidores del Estado en provisionalidad en cargos de carrera administrativa.

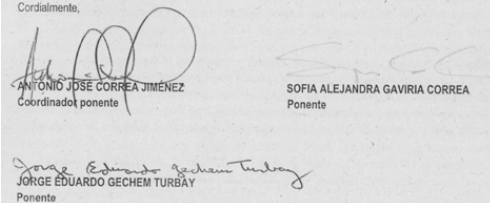
Respetado Presidente:

En cumplimiento del encargo realizado por la Honorable Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional del Senado de la República, y de conformidad con lo establecido en el artículo 156 de la Ley 5ª de 1992, procedemos a rendir informe de ponencia para segundo debate al **Proyecto de ley número 79 de 2016 Senado**, por medio de la cual se reconoce la protección especial de estabilidad laboral reforzada a servidores del Estado en provisionalidad en cargos de carrera administrativa.

En este sentido, la presente ponencia se desarrolla de la siguiente manera:

1. Antecedentes del proyecto de ley
2. Objeto del proyecto de ley
3. Marco jurídico del proyecto de ley
4. Fundamentos constitucionales
5. Consideraciones generales al proyecto de ley
6. Proposición

Cordialmente,



Cordialmente,
ANTONIO JOSÉ CORREA JIMÉNEZ
Coordinador ponente
SOFÍA ALEJANDRA GAVIRIA CORREA
Ponente
Jorge Eduardo Gechem Turbay
Ponente

1. Antecedentes del proyecto de ley

La presente iniciativa fue radicada el pasado 2 de agosto de 2016 por el honorable Senador Antonio José Correa Jiménez. Radicada en la Comisión Séptima de Senado el día 18 de agosto de 2016.

Le correspondió el número 79 de 2016 en el Senado y se publicó en la *Gaceta del Congreso* número 589 de 2016 del Congreso. Por disposición de la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, fui designado para rendir informe de ponencia en primer debate ante esta célula legislativa.

Fue aprobada en Comisión Séptima del Senado el día 23 de noviembre de 2016 según Acta número 23, con una modificación al inciso primero del artículo 2°.

2. Objeto del proyecto de ley

El proyecto de ley tiene como propósito que el Estado garantice el derecho a la estabilidad laboral reforzada de los servidores estatales que ocupan cargos en provisionalidad de carrera administrativa y que se hallan en estado de debilidad manifiesta por la provisión de

dichos empleos, mediante concurso de méritos, cuando se encuentran en situación de prepensionados.

3. Marco jurídico del proyecto de ley

El proyecto de ley a que se refiere esta ponencia cumple con lo establecido en el artículo 140 numeral 1 de la Ley 5ª de 1992, pues se trata de una iniciativa Congressional. Cumple además con los artículos 154, 157, 158 y 169 de la Constitución Política, referentes a la iniciativa legislativa, formalidades de publicidad, unidad de materia y título de la ley. Así mismo, es coherente con el artículo 150 de la Constitución, que establece que dentro de las funciones del Congreso está la de hacer las leyes.

4. Fundamentos constitucionales

“Artículo 25. *El trabajo es un derecho y una obligación social y goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado. Toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas”.*

“Artículo 48. *Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.*

El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la ley.

La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella.

La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante”.

“Artículo 53. *El Congreso expedirá el Estatuto del Trabajo. La ley correspondiente tendrá en cuenta por lo menos los siguientes principios mínimos fundamentales:*

Igualdad de oportunidades para los trabajadores; remuneración mínima vital y móvil, proporcional a la cantidad y calidad de trabajo, estabilidad en el empleo; irrenunciabilidad a los beneficios mínimos establecidos en normas laborales; facultades para transigir y conciliar sobre derechos inciertos y discutibles; situación más favorable al trabajador en caso de duda en la aplicación e interpretación de las fuentes formales de derecho; primacía de la realidad sobre formalidades establecidas por los sujetos de las relaciones laborales; garantía a la seguridad social, la capacitación, el adiestramiento y el descanso necesario; protección especial a la mujer a la maternidad y al trabajador menor de edad.

El Estado garantiza el derecho al pago oportuno y al reajuste periódico de las pensiones legales.

Los convenios internacionales del trabajo debidamente ratificados, hacen parte de la legislación interna.

La ley, los contratos, los acuerdos y convenios de trabajo, no pueden menoscabar la libertad, la dignidad humana ni los derechos de los trabajadores”.

La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), estableció:

“Artículo 23.

1. Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo.

2. Toda persona tiene derecho, sin discriminación alguna, a igual salario por trabajo igual.

3. Toda persona que trabaja tiene derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria, que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la dignidad humana y que será completada, en caso necesario, por cualesquiera otros medios de protección social...”.

5. Consideraciones generales del proyecto de ley

Los artículos 48 y 49 de la Constitución Política reconocen la Seguridad Social como un derecho constitucional fundamental, en que el Estado es obligado a dirigir, coordinar y controlar su efectiva ejecución, ya que esta ha de entenderse como “el conjunto de normas y principios que ordenan ese instrumento estatal específico de protección de necesidades sociales y específicamente las relaciones jurídicas a que da lugar”.^{i[1][1]}

De ahí que el derecho a la pensión de vejez o de jubilación sea uno de los mecanismos que, en virtud del derecho a la seguridad social, protege a las personas cuando su vejez produce una esperable disminución de la producción laboral lo que les dificulta o impide obtener los recursos para disfrutar de una vida digna ^{ii[2]} ^[2]y, por ello, la falta o deficiencia de su regulación normativa, como también lo ha dicho la doctrina constitucional, vulnera en forma grave derechos fundamentales que impiden irremediablemente llevar una vida digna.

En este sentido, no se puede dejar pasar por alto lo que ha predicado la Corte Constitucional sobre la estabilidad laboral reforzada de los servidores públicos que desempeñan en provisionalidad cargos de carrera administrativa, y, simultáneamente, son sujetos de especial protección constitucional, como en el caso de los que están próximos a pensionarse, puesto que “la permanencia en los empleos de carrera debe responder a reglas constitucionales o legales, de índole objetiva, lo que impide el retiro del cargo a partir de criterios meramente discrecionales. Uno de los factores que ha evaluado la jurisprudencia para la permanencia en el empleo es la estabilidad laboral reforzada de los sujetos de especial protección constitucional, entre ellos los servidores públicos próximos a pensionarse, denominados comúnmente como prepensionados [...] concurre una relación de dependencia intrínseca entre la permanencia en el empleo público y la garantía de sus derechos fundamentales, particularmente el mínimo vital y la igualdad de oportunidades”. ^{iii[3][3]}

Así, que la garantía de estos derechos fundamentales (el mínimo vital y la igualdad de oportunidades) no puede depender del reconocimiento subjetivo y discrecional de la estabilidad laboral reforzada por parte de las autoridades, como lo ha dicho la jurisprudencia, por medio de un ejercicio de ponderación entre tales derechos y los principios que informan la carrera administrativa, sino que debe estar establecida de manera expresa, clara y precisa en una regla legal o de derecho que forme parte del sistema de Seguridad Social.

Y, para tal fin, la jurisprudencia ha tomado en préstamo de la Ley 790 de 2002, artículo 12, el término de tres años del que hace mención para reconocer la protección especial en el programa de renovación de

la Administración pública, denominada Retén Social; pero del que la Corte Constitucional en la ya reseñada Sentencia de Tutela T-186 de 2013 ha dicho de manera tajante que no debe confundirse con la estabilidad laboral reforzada así:

[...]

El fundamento del reconocimiento de la estabilidad laboral reforzada de los prepensionados no es un asunto que dependa de un mandato legislativo particular y concreto, sino que tiene raigambre constitucional. Esto debido a que dicha estabilidad opera como instrumento para la satisfacción de los derechos fundamentales de estos grupos poblacionales, que se verían gravemente interferidos por el retiro del empleo público. Por ende, la Corte desestima lo expresado por los jueces de instancia, en el sentido de confundir la estabilidad laboral reforzada de los prepensionados con la figura del retén social, para concluir erróneamente que la mencionada estabilidad solo es aplicable en los casos que el retiro del cargo se sustenta en su supresión ante la liquidación de la entidad y en el marco de los procesos de restructuración de la Administración Pública.

La distinción entre retén social y estabilidad laboral

Siguiendo la línea jurisprudencial sostenida por la Corte Constitucional, una cosa es la protección laboral que se da a las personas próximas a pensionarse en el marco del retén social, y otra muy distinta la protección constitucional que gozan los servidores públicos próximos a pensionarse que ejercen un cargo público de carrera en provisionalidad, el cual sale a concurso público; el presente proyecto de ley versa sobre este último aspecto.

El retén social, fue creado mediante la Ley 790 de 2000 con el fin de otorgar un régimen de protección especial, en favor de las personas ad portas de adquirir una pensión y así evitar su desvinculación dentro del proceso de renovación de la estructura de la Rama Ejecutiva del orden nacional.

En otras palabras, esta figura respondió a los procesos de restructuración del Estado adelantados en la pasada década, en los cuales el legislador determinó la necesidad de suprimir empleos dentro de las entidades objeto de liquidación. Esas mismas normas previeron mecanismos de estabilidad laboral reforzada para los sujetos de especial protección constitucional, quienes tendrían el derecho a mantenerse en el empleo hasta el momento en que finalizará la liquidación del ente respectivo.

Así, en una sentencia reciente proferida por la Corte Constitucional, se hizo hincapié en la necesidad de diferenciar el retén social y la estabilidad laboral de los prepensionados. Para la Corte Constitucional mal puede concluirse que la estabilidad laboral solo es aplicable en el marco de los programas de renovación de la Administración Pública, pues dicha protección deriva de mandatos superiores de orden constitucional como el artículo 13 constitucional así como los artículos 42, 43, 44 y 48 superiores. En palabras de la Corte:

“(...) El fundamento del reconocimiento de la estabilidad laboral de los prepensionados no se circunscribe al retén social, sino que deriva de mandatos especiales de protección contenidos en la Constitución Política y del principio de igualdad material que ordenar un trato especial a grupos vulnerables. Esto de-

bido a que dicha estabilidad opera como instrumento para la satisfacción de los derechos fundamentales de estos grupos poblacionales, que se verían gravemente interferidos por el retiro del empleo público. Por ende, no debe confundirse la estabilidad laboral de los prepensionados con la figura del retén social, para concluir erróneamente que la mencionada estabilidad solo es aplicable en el marco del Programa de Renovación de la Administración Pública (...¹)”. (Subrayas fuera del texto original).

(...) Aunque la protección laboral reforzada que el legislador otorgó a aquellas personas que se encontraban en las condiciones descritas por el artículo 12 de la Ley 790 de 2002, se circunscribió en su momento, a aquellos trabajadores que eventualmente pudieran verse afectados en desarrollo del programa de renovación de la administración pública, la Corte Constitucional ha sentenciado² que dicha protección, es de origen supralegal, la cual se desprende no solamente de lo dispuesto en el artículo 13 de la Constitución que establece la obligación estatal de velar por la igualdad real y efectiva de los grupos tradicionalmente discriminados y de proteger a las personas en circunstancias de debilidad manifiesta, sino de los artículos 42, 43, 44 y 48 superiores; se trata en consecuencia de una aplicación concreta de las aludidas garantías constitucionales que están llamadas a producir sus efectos cuando quiera que el ejercicio de los derechos (sic) fundamentales de estos sujetos de especial protección pueda llegar a verse conculcado”³.

Finalmente, la Corte Constitucional realiza una clara distinción entre la figura del retén social, apenas como una especie de herramienta para lograr la efectividad de los derechos fundamentales de los servidores

1 Corte Constitucional Sentencia T-326 de 2014 M. P. María Victoria Calle.

2 Corte Constitucional Sentencias C-184 de 2003, C-964 de 2003, C-044 de 2004, T-768 de 2005 y T-587 de 2008.

3 Igualmente la Sala Novena de Revisión, en la Sentencia T-186 de 2013 (M. P. Luis Ernesto Vargas Silva), señaló que “[e]l fundamento del reconocimiento de la estabilidad laboral reforzada de los prepensionados no es un asunto que dependa de un mandato legislativo particular y concreto, sino que tiene raigambre constitucional. Esto debido a que dicha estabilidad opera como instrumento para la satisfacción de los derechos fundamentales de estos grupos poblacionales, que se verían gravemente interferidos por el retiro del empleo público. Por ende, la Corte desestima lo expresado por los jueces de instancia, en el sentido de confundir la estabilidad laboral reforzada de los prepensionados con la figura del retén social, para concluir erróneamente que la mencionada estabilidad solo es aplicable en los casos (sic) que el retiro del cargo se sustenta en su supresión ante la liquidación de la entidad y en el marco de los procesos de restructuración de la Administración Pública. En contrario, el retén social es apenas una especie de mecanismo, dentro de los múltiples que pueden considerarse para garantizar los derechos fundamentales concernidos por la permanencia en el empleo público de los servidores próximos a pensionarse. En otras palabras, el fundamento de la estabilidad laboral de los prepensionados tiene origen constitucional y, por ende, resulta aplicable en cada uno de los escenarios en que entren en tensión los derechos al mínimo vital y la igualdad, frente a la aplicación de herramientas jurídicas que lleven al retiro del cargo, entre ellas el concurso público de méritos...”

públicos próximos a pensionarse que ocupan cargos de provisionalidad dejando claro que la estabilidad laboral proviene de mandatos superiores, en los siguientes términos:

“Como bien se indica en la Sentencia T-186 de 2013⁴, el retén social es apenas una especie de mecanismo, dentro de los múltiples que pueden considerarse para garantizar los derechos fundamentales implicados en la permanencia en el empleo público de los servidores próximos a pensionarse. “En otras palabras, el fundamento de la estabilidad laboral de los prepensionados tiene origen constitucional y, por ende, resulta aplicable en cada uno de los escenarios en que entren en tensión los derechos al mínimo vital y a la igualdad, frente a la aplicación de herramientas jurídicas que lleven al retiro del cargo, entre ellas el concurso público de méritos⁵”.

Medidas de estabilidad laboral de los servidores públicos provisionales en cargos de carrera próximos a pensionarse

Es pertinente indicar que la categoría de sujeto de especial protección constitucional a la que se circunscriben los denominados prepensionados, ha sido ampliamente reconocida por la Jurisprudencia de la Corte Constitucional a guisa de ejemplo la Corte en sede de unificación ha sostenido que:

“(…) el derecho a la pensión de vejez garantiza el goce efectivo del derecho a la seguridad social de aquellas personas que no pueden proveerse por sí mismos los medios de subsistencia. En palabras de la Corte:

“la protección que se deriva del contenido del derecho fundamental a la seguridad social en pensiones y de la regulación legal existente no puede ser otra que lograr el cumplimiento de los requisitos para acceder a la pensión de jubilación o vejez por parte de los servidores próximos a pensionarse.

En este sentido las órdenes que proferirá la Sala consistirán en que, cuando se compruebe la pertenencia a la categoría de prepensionados se garantice el pago de aportes a los sistemas pensionales hasta que se alcance el tiempo de cotización requerido para acceder a la pensión de jubilación. El sustento para esta decisión se encuentra en el contenido del derecho fundamental a la seguridad social, cuyo fundamento es el artículo 48 de la Constitución y, adicionalmente, se complementa y fortalece por lo dispuesto en el ámbito internacional pues son varios los instrumentos internacionales que reconocen el derecho de las personas a la seguridad social. De la lectura de las normas mencionadas se deduce que el derecho a la seguridad social protege a las personas que están en imposibilidad física o mental para obtener los medios de subsistencia que le permitan llevar una vida digna a causa de la vejez, del desempleo, de una enfermedad o incapacidad laboral o, en general, de cualquier otra causa que tenga el mismo efecto. En este sentido, el derecho a la pensión de jubilación o vejez, como manifestación del derecho fundamental a la seguridad social, busca garantizar que se reciba un auxilio económico en aquella etapa de la vida en que la edad de las personas les dificulta acceder a un sustento derivado de una relación laboral.

Así, cuando el legislador crea una protección para aquellas personas que están próximas a pensionarse, el sentido que tributa en mejor forma el contenido del derecho fundamental a la seguridad social en pensiones es que dicha garantía logre efectivizar el acceso a la pensión a todas las personas que sean beneficiarias de dicha protección⁶. (Subrayas fuera del texto constitucional).

Frente a la estabilidad laboral de los provisionales, la Corte ha indicado que la permanencia en los empleos de carrera debe responder a reglas constitucionales o legales, de índole objetiva, lo que impide el retiro del cargo a partir de criterios meramente discrecionales.

Así, ha afirmado que: *“uno de los factores que ha evaluado la jurisprudencia para la permanencia en el empleo es la estabilidad laboral reforzada de los sujetos de especial protección constitucional, entre ellos los servidores públicos próximos a pensionarse, denominados comúnmente como pre pensionados. Esto se debe a la relación de dependencia intrínseca entre la permanencia en el empleo público y la garantía de sus derechos fundamentales, particularmente el mínimo vital y la igualdad de oportunidades.”⁷*

En Sentencia de Unificación SU-446 de 2011, con ocasión del análisis del retiro de un grupo de personas en condición de prepensionado por la provisión del cargo mediante concurso de méritos, la Corte determinó que:

“La Fiscalía General de la Nación, pese a la discrecionalidad de la que gozaba, sí tenía la obligación de dar un trato preferencial, como una medida de acción afirmativa a: i) las madres y padres cabeza de familia; ii) las personas que estaban próximas a pensionarse, entendiéndose a quienes para el 24 de noviembre de 2008-fecha en que se expidió el Acuerdo número 007 de 2008-les faltaren tres años o menos para cumplir los requisitos para obtener la respectiva pensión; y iii) las personas en situación de discapacidad.

En estos tres eventos la Fiscalía General de la Nación ha debido prever mecanismos para garantizar que las personas en las condiciones antedichas, fueran las últimas en ser desvinculadas, porque si bien una cualquiera de las situaciones descritas no otorga un derecho indefinido a permanecer en un empleo de carrera, toda vez que prevalecen los derechos de quienes ganan el concurso público de méritos. Como el ente fiscal no previó dispositivo alguno para no lesionar los derechos de ese grupo de personas, estando obligado a hacerlo, en los términos del artículo 13 de la Constitución, esta Corte le ordenará a la entidad que dichas personas, de ser posible, sean nuevamente vinculadas en forma provisional en cargos vacantes de la misma jerarquía de los que venían ocupando.

Es claro que los órganos del Estado en sus actuaciones deben cumplir los fines del Estado, uno de ellos, garantizar la efectividad de los derechos consagrados en la Constitución, entre los cuales la igualdad juega un papel trascendental, en la medida que obliga a las autoridades en un Estado Social de Derecho, a prodigar una protección especial a las personas que, por su

4 M. P. Luis Ernesto Vargas Silva.

5 Sentencia T-186 de 2013. M. P. Luis Ernesto Vargas Silva).

6 Corte Constitucional SU-897 de 2012 M. P. Alexei Julio Estrada.

7 Corte Constitucional Sentencia T-326 de 2014. M. P. María Victoria Calle.

condición física o mental, se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta, artículo 13, inciso 3° de la Constitución. Este mandato fue ignorado por la Fiscalía General cuando hizo la provisión de los empleos de carrera y dejó de atender las especiales circunstancias descritas para los tres grupos antes reseñados". (Subrayas fuera del texto original).

Así las cosas, se han presentado en el ordenamiento diversas figuras para materializar dicha estabilidad, verbigracia, el retén social explicado en el anterior acápite o la última desvinculación.

En este orden de ideas, la Corte concluyó que el fundamento del reconocimiento de la estabilidad laboral reforzada de los prepensionados no es un asunto que dependa de un mandato legislativo particular y concreto, sino que tiene raigambre constitucional. Ha sido enfática la Corte en señalar que:

"Esto debido a que dicha estabilidad opera como instrumento para la satisfacción de los derechos fundamentales de estos grupos poblacionales, que se venían gravemente interferidos por el retiro del empleo público. Por ende, la Corte desestima lo expresado por los jueces de instancia, en el sentido de confundir la estabilidad laboral reforzada de los prepensionados con la figura del retén social, para concluir erróneamente que la mencionada estabilidad solo es aplicable en los casos que el retiro del cargo se sustenta en su supresión ante la liquidación de la entidad y en el marco de los procesos de reestructuración de la Administración Pública"⁸.

Bajo este panorama, la Corte ha precisado que, frente a la complejidad de la tensión constitucional en pugna entre los principios de la carrera administrativa y los derechos fundamentales del prepensionado, es insoslayable tener en cuenta que:

"resulta imperioso ponderar los derechos fundamentales en conflicto: el primero que refiere al derecho subjetivo del aspirante a acceder al empleo público por haber superado el concurso público de méritos, que es a la vez el mecanismo preferente y general para el acceso a los empleos del Estado. El segundo, que tiene que ver con la protección de los derechos fundamentales del prepensionado, que se verían intervenidos por el retiro del cargo, lo que lo dejaría en estado de vulnerabilidad económica.

Para esto la Corte se ha centrado en dos ejes: (i) la necesidad que las autoridades del Estado interpreten las normas de forma razonable, proporcionada y compatible con los derechos fundamentales de los afectados; (ii) la obligación que esas mismas autoridades hagan una evaluación objetiva de las circunstancias del caso, diferente a una adjudicación aleatoria, en la cual se determine si es posible proteger concomitantemente los derechos del prepensionado y del aspirante"⁹.

La interpretación razonable de las normas sobre carrera administrativa, de conformidad con las posiciones expuestas, se funda en la evaluación de las di-

versas alternativas de decisión en cada caso concreto, de modo que se llegue a aquella opción que mejor desarrolle los derechos, principios y valores constitucionales, entre ellos los relacionados con la estabilidad laboral reforzada de los sujetos de especial protección y los que se predicen del aspirante que supera satisfactoriamente el concurso público de méritos"¹⁰.

A partir de los precedentes expuestos, la Corte ha concluido que:

"(i) la decisión de la Administración de excluir del empleo público a quien lo ejerce en provisionalidad, debido a la necesidad de permitir el ingreso de quien ha superado el concurso de méritos, es una medida constitucionalmente adecuada, pues se sustenta en el carácter preminente de esa modalidad de provisión de cargos; (ii) sin embargo, la medida no resulta necesaria cuando quien ejerce el empleo en provisionalidad es un sujeto de especial protección constitucional, como sucede con las personas próximas a pensionarse y, a su vez, concurre un margen de maniobra para la Administración en cuanto a la provisión del empleo, en razón de la diferencia entre las plazas ofertadas y aquellas proveídas mediante la lista de elegibles correspondiente; y (iii) una decisión de ese carácter se muestra compatible con criterios de razonabilidad y proporcionalidad, a la vez que se resulta respetuosa de los derechos fundamentales de dichos sujetos de especial protección"¹¹.

Para concluir, es a todas luces constitucionalmente admisible establecer una medida de protección que garantice la estabilidad laboral reforzada de los prepensionados en su calidad de sujetos en condiciones de debilidad manifiesta, *"particularmente porque se está ante la pluralidad de cargos, sin que todos ellos hayan sido provistos por el concurso, la autoridad administrativa estará obligada a preferir una solución razonable, basada en la protección simultánea de los derechos constitucionales del aspirante y del prepensionado"*¹².

En ese sentido, de acuerdo a lo sostenido por la Corte Constitucional, se verían satisfechos los criterios exigidos para otorgar una protección especial vía legislativa a los pre-pensionados. El objeto directo del proyecto de ley propuesto es la consagración positiva del principio de estabilidad laboral reforzada en consideración de la condición debilidad manifiesta en la cual se encuentran los citados servidores públicos. Así, de acuerdo a lo dispuesto por la Corte Constitucional, es constitucionalmente admisible estipular un trato preferencial, como medida de acción afirmativa para esta población vulnerable.

8 Corte Constitucional. Sentencia T-326 de 2014. M. P. María Victoria Calle

9 Corte Constitucional. Sentencia T-186 de 2013. M. P. Luis Ernesto Vargas Silva.

10 Corte Constitucional Sentencia T-326 de 2014.

11 Ídem.

12 Estas fueron las consideraciones plasmadas en la Sentencia T-729 de 2010 (M. P. Luis Ernesto Vargas Silva), reiteradas en las Sentencias T-017 de 2012 (M. P. María Victoria Calle Correa), T-289 de 2011 (Jorge Ignacio Pretelt Chaljub) y T-462 de 2011 (M. P. Juan Carlos Henao Pérez).

6. Piiego de Modificaciones

Texto propuesto para primer debate Senado	Texto aprobado para segundo debate Senado	Justificación
<p>Título: PROYECTO DE LEY NÚMERO 79 DE 2016 SENADO <i>“Por medio de la cual se reconoce la protección especial de estabilidad laboral reforzada a servidores del Estado en provisionalidad en cargos de carrera administrativa”.</i></p>	<p>Título: PROYECTO DE LEY NÚMERO 79 DE 2016 SENADO <i>“Por medio de la cual se reconoce la protección especial de estabilidad laboral reforzada a servidores del Estado en provisionalidad en cargos de carrera administrativa”.</i></p>	<p>Sin modificaciones</p>
<p>Artículo 1º. El Estado garantiza el derecho a la estabilidad laboral reforzada de los servidores estatales que ocupan cargos en provisionalidad de carrera administrativa y que se hallan en estado de debilidad manifiesta por la provisión de dichos empleos, mediante concurso de méritos, cuando se encuentran en situación de prepensionados.</p>	<p>Artículo 1º. El Estado garantiza el derecho a la estabilidad laboral reforzada de los servidores estatales que ocupan cargos en provisionalidad de carrera administrativa y que se hallan en estado de debilidad manifiesta por la provisión de dichos empleos, mediante concurso de méritos, cuando se encuentran en situación de prepensionados.</p>	<p>Sin modificaciones</p>
<p>Artículo 2º. Los servidores del Estado que desempeñen cargos de carrera administrativa en provisionalidad y se encuentren en la condición de prepensionados, que les falte tres años de edad o de tiempo de servicio para que se les reconozca la pensión de jubilación o de vejez, de conformidad con lo previsto en el artículo 12 de la Ley 790 de 2002; gozarán de la protección especial de estabilidad laboral reforzada hasta el día que la pensión les sea reconocida por la entidad de previsión social respectiva y sean incluidos en nómina. Para tal fin, el cargo de carrera administrativa en provisionalidad no puede ser convocado a concurso.</p> <p>La categoría de servidor público “prejubilado” solo la tendrán aquellos que lleven diez (10) años continuos o discontinuos en el sector público. En todo caso, una vez sea reconocida la pensión de jubilación o vejez el cargo deberá salir a concurso de conformidad con lo dispuesto a la Ley 909 de 2004.</p>	<p>Artículo 2º. Los servidores del Estado que desempeñen cargos de carrera administrativa en provisionalidad y se encuentren en la condición de prepensionados, <u>esto es, aquellos a quienes faltaren tres años o menos para cumplir el requisito de edad y 156 semanas o menos de cotización para que les sea reconocida</u> la pensión de vejez, gozarán de una protección especial de estabilidad laboral reforzada <u>y hasta tanto, les sea reconocida su pensión siendo incluidos en nómina de la entidad administradora responsable del pago de su mesada pensional.</u> Para tal fin, el cargo de carrera administrativa en provisionalidad no puede ser convocado a concurso.</p> <p>La categoría de servidor público “prejubilado” solo la tendrán aquellos que lleven diez (10) años continuos o discontinuos en el sector público. En todo caso, una vez sea reconocida la pensión de jubilación o vejez el cargo deberá salir a concurso de conformidad con lo dispuesto a la Ley 909 de 2004.</p>	<p>a) Las referencias al tiempo que faltare para la “jubilación” o la condición de “prejubilación” pueden resultar ineficaces debido a la generalización del régimen pensional y la prohibición constitucional de regímenes excepcionales o especiales de que trata el artículo 48 de la Constitución Política (modificado por el artículo 1º del Acto Legislativo número 01 de 2005) que en su inciso 8º indica: <i>“Artículo 1º. Se adicionan los siguientes incisos y párrafos al artículo 48 de la Constitución Política:</i> <i>“</i> <i>A partir de la vigencia del presente Acto Legislativo, no habrá regímenes especiales ni exceptuados, sin perjuicio del aplicable a la fuerza pública, al Presidente de la República y a lo establecido en los párrafos del presente artículo”.</i> Por tanto, si bien hoy existen personas percibiendo su pensión de jubilación en virtud de las normas anteriores a la Ley 100 de 1993 y del Acto Legislativo número 01 de 2005, pues los derechos adquiridos fueron observados. Creemos que hoy no existe base jurídica para que existan personas en condición de expectativa de jubilación, ya que el régimen de transición expiró el pasado 31 de julio de 2014.</p>

Texto propuesto para primer debate Senado	Texto aprobado para segundo debate Senado	Justificación
		<p>b) Supresión de la mención al artículo 12 de la Ley 790 de 2002, pues limitaría el efecto que pretende alcanzar el presente Proyecto de ley. Esto debido a que el denominado “retén social” de que trata el referido artículo solo se circunscribe a los eventos de supresión de cargos por renovación o modernización de entidades del Estado. Creemos que si se elimina tal mención, la estabilidad reforzada cobijaría a todo prepensionado sin que sea aquel que esté en peligro de que su cargo sea suprimido.</p> <p>Basamos la sugerencia en la distinción que sobre el tema realizó la Corte Constitucional en Sentencia T-326 de 2014, que indica:</p> <p><i>‘‘Esto debido a que dicha estabilidad opera como instrumento para la satisfacción de los derechos fundamentales de estos grupos poblacionales, que se verían gravemente interferidos por el retiro del empleo público. <u>Por ende, la Corte desestima lo expresado por los jueces de instancia, en el sentido de confundir la estabilidad laboral reforzada de los prepensionados con la figura del retén social, para concluir ERRÓNEAMENTE que la mencionada estabilidad solo es aplicable en los casos que el retiro del cargo se sustenta en su supresión ante la liquidación de la entidad y en el marco de los procesos de restructuración de la Administración Pública’’.</u></i></p>
<p>Artículo 3º. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.</p>	<p>Artículo 3º. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.</p>	<p>Sin modificaciones.</p>

7. **Proposición**

Con fundamento en las consideraciones y argumentos expuestos, en el marco de la Constitución Política y la ley, y teniendo en cuenta que la presente iniciativa persigue subsanar el vacío legal en el que incurrió el legislador en el año de 1981, solicito dar segundo debate, en la Plenaria del Senado de la República, y aprobar el informe de ponencia al **Proyecto de ley número 79 de 2016, por medio de la cual se reconoce la protección especial de estabilidad laboral reforzada a servidores del Estado en provisionalidad en cargos de carrera administrativa.**

TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 79 DE 2016 SENADO

por medio de la cual se reconoce la protección especial de estabilidad laboral reforzada a servidores del Estado en provisionalidad en cargos de carrera administrativa.

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

Artículo 1º. El Estado garantiza el derecho a la estabilidad laboral reforzada de los servidores estatales que ocupan cargos en provisionalidad de carrera administrativa y que se hallan en estado de debilidad manifiesta por la provisión de dichos empleos, mediante concurso de méritos, cuando se encuentran en situación de prepensionados.

Artículo 2º. Los servidores del Estado que desempeñen cargos de carrera administrativa en provisionalidad y se encuentren en la condición de prepensionados, esto es, aquellos a quienes faltaren tres años o menos para cumplir el requisito de edad y 156 semanas o menos de cotización para que les sea reconocida la pensión de vejez, gozarán de una protección especial de estabilidad laboral reforzada y hasta tanto, les sea reconocida su pensión siendo incluidos en nómina de la entidad administradora responsable del pago de su mesada pensional. Para tal fin, el cargo de carrera administrativa en provisionalidad no puede ser convocado a concurso.

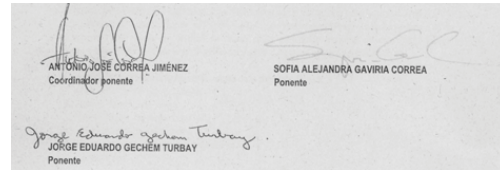
La categoría de servidor público “prejubilado” solo la tendrán aquellos que lleven diez (10) años continuos o discontinuos en el sector público.

En todo caso, una vez sea reconocida la pensión de jubilación o vejez el cargo deberá salir a concurso de conformidad con lo dispuesto a la Ley 909 de 2004.

Artículo 3º. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Cordialmente,

De los Honorables Senadores,



COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE
LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los treinta y uno (31) días del mes de mayo del año dos mil diecisiete (2017)

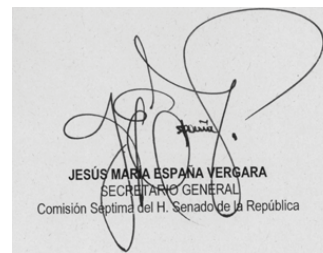
En la presente fecha se autoriza **la publicación en Gaceta del Congreso de la República**, el siguiente:

Informe de Ponencia para Segundo Debate y Texto Propuesto para Segundo Debate.

Título del Proyecto de ley número 79 de 2016 Senado, por medio de la cual se reconoce la protección especial de estabilidad laboral reforzada a servidores del Estado en provisionalidad en cargos de carrera administrativa.

Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5º del artículo 2º de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,



JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA
SECRETARIO GENERAL
Comisión Séptima del H. Senado de la República

TEXTOS DE COMISIÓN

TEXTO DEFINITIVO

(Discutido y aprobado en la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Honorable Senado de la República, en Sesión Ordinaria de fecha: martes seis (6) de junio de dos mil diecisiete (2017), según Acta número 44 de la Legislatura 2016-2017).

AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 196 DE 2016 SENADO

por la cual se reglamenta el ejercicio de la Alergología Clínica, sus procedimientos y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de la República

DECRETA:

Artículo 1º. Definición. Se entiende por Alergología Clínica (Alergología) la especialidad o subespecialidad de la medicina que comprende el conocimiento, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad alérgica producida por mecanismos inflamatorios, especialmente de hipersensibilidad, con las técnicas que le son propias.

Parágrafo. El especialista o subespecialista en Alergología Clínica (Alergología), es aquel que haya realizado estudios de medicina y cursado la especialidad o subespecialidad en Alergología Clínica (Alergología) en Facultades de Medicina de Instituciones

de Educación Superior en Colombia o en instituciones de reconocida competencia en el exterior y que hayan convalidado su título en Colombia.

Artículo 2º. Objeto. La Alergología Clínica (Alergología) estudia los principios, procedimientos, instrumentos y materiales necesarios para diagnosticar y realizar procedimientos terapéuticos óptimos, todo con fundamento en un método científico, académico e investigativo.

Artículo 3º Competencia. La Alergología Clínica (Alergología) participa con las demás especialidades o subespecialidades de la medicina en el manejo integral del paciente y por ende pueden prescribir, realizar tratamientos, expedir certificados y conceptos sobre el área de su especialidad.

Artículo 4º. Ejercicio. El médico titulado como especialista o subespecialista en Alergología Clínica (Alergología) es el único autorizado en la República de Colombia para la práctica de esta especialidad o subespecialidad.

Artículo 5º. Pertinencia de contar con especialistas o subespecialistas. Las instituciones pertenecientes al Sistema General de Seguridad Social en Salud y prestadores independientes que oferten consulta ambulatoria u hospitalaria que utilicen métodos diagnósticos o terapéuticos de Alergología, tienen que contar por lo mínimo con un médico especialista o subespecialista en Alergología Clínica (Alergología), quien será el encargado de realizar y vigilar la aplicación de estos métodos diagnósticos o terapéuticos, por parte del personal del área de la salud debidamente entrenado.

Parágrafo 1º. La adquisición y manejo de los extractos alérgicos o similares para pruebas cutáneas, pruebas epicutáneas e inmunoterapia alérgica específica deben ser del ámbito profesional solo del Alergólogo clínico o Alergólogo.

Parágrafo 2º. Las pruebas cutáneas, las pruebas de exposición controlada con alimentos, medicamentos, desensibilizaciones con alimentos o medicamentos u otro tipo de alérgenos y/o antígenos deben ser realizadas por un Alergólogo Clínico o Alergólogo, para la aplicación de los mismos por personal del área de la salud debidamente entrenado.

Parágrafo 3º. Sin perjuicio de lo anterior, los anteriores procedimientos a los que hacen referencia los parágrafos 1º y 2º, pueden ser realizados por profesionales de la salud con especializaciones o subespecializaciones afines, con la autorización y vigilancia expresa del profesional Alergólogo clínico o Alergólogo.

Parágrafo 4º. Las instituciones que oferten estos servicios deberán cumplir los requisitos técnicos y de infraestructura de seguridad reglamentados por el Ministerio de Salud y contar con un especialista o subespecialista en Alergología Clínica (Alergología) para su realización, manejo y vigilancia.

Artículo 6º. Título de especialista o subespecialista en Alergología Clínica (Alergología). Dentro del territorio de la República de Colombia, podrán llevar el título de médico especialista o subespecialista en Alergología Clínica (Alergología) y ejercer funciones como tal:

a) Quien haya adquirido o adquiera el título en medicina de acuerdo con las leyes colombianas y que haya realizado posteriormente una especialidad o una

subespecialidad en un programa de Alergología Clínica (Alergología) en una Institución de Educación Superior debidamente aprobada y reconocida por los organismos competentes del Gobierno nacional;

b) Quienes hayan realizado estudios de medicina y cursado la especialidad o subespecialidad en Alergología Clínica (Alergología) en Universidades, Facultades de Medicina o instituciones de reconocida competencia en otros países y siempre que los respectivos títulos estén legalizados en el país de origen de los títulos y sea posteriormente convalidados por las autoridades colombianas, según las leyes, convenios y tratados vigentes.

Artículo 7º. Permisos transitorios. Los especialistas o subespecialistas en Alergología Clínica (Alergología) que visiten el país en misión científica o académica y de consultoría, podrán hacerlo por el término de tres (3) meses, prorrogables hasta por otros tres, con el visto bueno del Ministerio de Salud y a petición expresa de una institución de educación superior.

Artículo 8º. Del registro y la autorización. Los títulos expedidos por Instituciones de Educación Superior colombianas o los de las Universidades, Facultades o instituciones de reconocida competencia en otros países, debidamente convalidados, de que habla el artículo 5, deberán registrarse ante las autoridades de conformidad con las disposiciones vigentes.

Artículo 9º. Modalidad de ejercicio. De acuerdo a la naturaleza de la Alergología Clínica (Alergología) enunciada en el artículo 1, el médico especialista o subespecialista en Alergología Clínica (Alergología), podrá ejercer las siguientes funciones de manera individual y/o colectiva, en el ámbito privado o como servidor público y/o empleado particular:

a) Asistenciales: evaluando la situación de salud, elaborando el diagnóstico de la Alergología Clínica (Alergología); planeando y ejecutando la atención integral del paciente, la familia y la comunidad;

b) Docente: Preparando y capacitando el recurso humano a través de la enseñanza elaborada en los programas universitarios y de educación médica continua;

c) Investigativa: Realizando un programa y estudios que contribuyan al avance de la tecnología y de la práctica de la Alergología Clínica (Alergología), de su proyección en otros campos de la salud y en el desarrollo de la especialidad o la subespecialidad misma;

d) Administrativa: Contribuyendo en el manejo de las políticas de salud, orientadas al desarrollo de la Alergología Clínica (Alergología). En la dirección de servicios y programas de diferente complejidad en el área comunitaria, hospitalaria, ambulatoria, docente e investigativa.

Artículo 10. Derechos. El médico especialista o subespecialista en Alergología Clínica (Alergología) al servicio de entidades pertenecientes al Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá derecho a:

a) Acceder al desempeño de funciones y cargos de dirección, conducción y orientación institucionales, manejo y asesoría dentro de la estructura orgánica del sistema de Seguridad Social Integral;

b) Recibir los elementos básicos de trabajo de parte de los órganos que conforman el sistema de Seguridad

Social Integral, para garantizar un ejercicio idóneo y digno de la especialidad o la subespecialidad en Alergología Clínica (Alergología);

c) Ser clasificado como profesional universitario con título de especialista o subespecialista y recibir la asignación salarial correspondiente a su clasificación.

Artículo 11. Se crea el Comité Nacional del Ejercicio de la especialidad o la subespecialidad en Alergología Clínica (Alergología) en Colombia, que como organismo tendrá carácter asesor, consultivo y de control del ejercicio de la práctica de la Alergología Clínica (Alergología) en la República de Colombia y que estará conformado por:

a) El Viceministro de Salud o su representante, quien lo presidirá,

b) El Presidente de la Asociación Colombiana de Alergia, Asma e Inmunología (ACAAI) o su representante;

c) El Director de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame) o su representante;

d) El Director de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas o su representante;

e) Un Representante de los programas académicos de la Especialidad o subespecialidad en Alergología Clínica (Alergología) que será nombrado por los coordinadores de los programas y que liderará el funcionamiento del Comité.

Artículo 12. Funciones. Las funciones del comité serán:

a) Actuar como órgano asesor y consultivo del Gobierno nacional en materia de su especialidad o subespecialidad médica;

b) Actuar como organismo asesor y consultivo del ejercicio de la profesión de la Especialidad o subespecialidad en Alergología Clínica (Alergología) y de instituciones universitarias, clínicas o de salud, que requieran sus servicios y para efectos de la reglamentación o control del ejercicio profesional de la Especialidad o subespecialidad en Alergología Clínica (Alergología);

c) Ejercer vigilancia, contribuir con las autoridades estatales, para que la profesión no sea ejercida por personas no autorizadas ni calificadas legalmente;

d) Contribuir en la vigilancia de los centros médicos de Alergología Clínica (Alergología) que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud cumplan con los requisitos que el Ministerio de Salud establezca y permisos de funcionamiento;

e) Darse su propio reglamento.

Artículo 13. Programa de re-acreditación. El comité nacional del ejercicio de la especialidad o subespecialidad tendrá a su cargo la reglamentación de un programa de re-acreditación para todos los especialistas o subespecialistas que ejerzan la Alergología Clínica (Alergología), con el fin de promover la educación continua y garantizar la calidad e idoneidad de los servicios prestados a la comunidad.

Artículo 14. Ejercicio ilegal. El ejercicio de la especialidad o subespecialidad de la Alergología Clínica

(Alergología) por fuera de las condiciones establecidas en la presente ley se considera ejercicio ilegal de la medicina, pues representa una mala práctica que puede ocasionar consecuencias legales y económicas para el profesional que incurra en dicho ejercicio y para los entes habilitantes.

Artículo 15. Responsabilidad profesional. En materia de responsabilidad profesional, los médicos con especialidad o subespecialista en Alergología Clínica (Alergología) a que hace referencia la presente Ley, estarán sometidos a los principios generales de responsabilidad de los profesionales de la salud. Las conductas éticas, legales, disciplinarias, fiscales o administrativas, serán las establecidas para todos los profesionales de la salud y las normas generales.

Artículo 16. Normas complementarias. Lo no previsto en la presente ley, se regirá por normas generales para el ejercicio de las profesiones de la salud.

Artículo 17. Vigencia. Esta ley regirá a partir de la fecha de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

El Ponente,

ANTONIO JOSÉ CORREA JIMÉNEZ
Senador de la República

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA
REPÚBLICA

Bogotá, D. C.

En Sesión Ordinaria de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, de fecha martes seis (6) de junio de dos mil diecisiete (2017), según Acta número 44, Legislatura 2016-2017, fue considerado el informe de ponencia positivo para primer debate y texto propuesto, al Proyecto de ley número 196 de 2016 Senado, por la cual se reglamenta el ejercicio de la alergología clínica, sus procedimientos y se dictan otras disposiciones, presentado por el honorable Senador: Antonio José Correa Jiménez; publicado en la Gaceta del Congreso número 324 de 2017.

La discusión y votación del Proyecto de ley número 196 de 2016 Senado, se dio de la siguiente manera:

De acuerdo a lo dispuesto en el artículo 5°, del Acto Legislativo número 01 de 2009, Votación Pública y Nominal y a la Ley 1431 de 2011, “por la cual se establecen las excepciones a que se refiere el artículo 133 de la Constitución Política”, se obtuvo la siguiente votación:

01. Votación de la proposición con que termina el informe de ponencia positivo para primer debate Senado, al Proyecto de ley número 196 de 2016 Senado:

Puesta en consideración la proposición con que termina el informe de ponencia positivo para primer debate Senado, presentado por el honorable Senador: Antonio José Correa Jiménez con votación pública y nominal, se obtuvo su aprobación, con ocho (8) votos a favor; ningún voto en contra, ninguna abstención, ninguna aclaración de voto, sobre un total de ocho (8) honorables Senadores y Senadoras presentes al momento

de la votación. Los honorables Senadores y Senadoras que votaron afirmativamente fueron: Andrade Casamá Luis Évelis, Blél Scaff Nadya Georgette, Castañeda Serrano Orlando, Castilla Salazar Jesús Alberto, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Martínez Javier Mauricio, Delgado Ruiz Édinson y Pulgar Daza Eduardo Enrique.

02. Votación del articulado y título del Proyecto de ley número 196 de 2016 Senado:

Por solicitud del ponente único, honorable Senador Antonio José Correa Jiménez, fueron puestos a discusión y votación en bloque, los diecisiete (17) artículos y el título del proyecto, tal como fueron presentados en el texto propuesto del informe de ponencia positivo para primer debate Senado, publicado en la **Gaceta del Congreso** número 324 de 2017 y, el deseo de la Comisión Séptima que este proyecto pase a segundo debate en Senado, con votación pública y nominal, se obtuvo su aprobación, con ocho (8) votos a favor, ningún voto en contra, ninguna abstención, ninguna aclaración de voto, sobre un total de ocho (8) honorables Senadores y Senadoras presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores y Senadoras que votaron afirmativamente fueron: Andrade Casamá Luis Évelis, Blél Scaff Nadya Georgette, Castañeda Serrano Orlando, Castilla Salazar Jesús Alberto, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Martínez Javier Mauricio, Delgado Ruiz Édinson y Pulgar Daza Eduardo Enrique.

El título del proyecto quedó aprobado de la siguiente manera: **“por la cual se reglamenta el ejercicio de la Alergología Clínica, sus procedimientos y se dictan otras disposiciones”**.

– Seguidamente fue designado ponente para segundo debate, en estrado, el honorable Senador: Antonio José Correa Jiménez. Término reglamentario de quince (15) días calendario, contados a partir del día siguiente de la designación en estrado, susceptibles de solicitar prórroga.

El honorable Senador Orlando Castañeda Serrano (por el Centro Democrático), propuso que para antes de que se surta el segundo debate, se cree una Mesa de Trabajo, con el Ministerio de Salud y Protección Social, para conciliar varios temas, entre otros, el del ejercicio médico en Colombia, la regulación de esta especialidad (la de alergología), frente otras especialidades médicas, programas de esta especialización ofertados en el país, prestación del servicio de esta especialidad por otros profesionales, etc., dado el concepto de inconveniencia e inconstitucionalidad presentado por este Ministerio de Salud. Lo anterior, fue aceptado por el ponente único, honorable Senador Antonio José Correa Jiménez.

– La relación completa del primer debate se halla consignada en el Acta número 44, de fecha martes seis (6) de junio de dos mil diecisiete (2017), de la Legislatura 2016-2017.

– Conforme a lo dispuesto en el artículo 8º, del Acto Legislativo número 001 de 2003, (último inciso del artículo 160 de la Constitución Política), el anuncio del **Proyecto de ley número 196 de 2016 Senado**, se hizo en las siguientes sesiones ordinarias: Viernes 12 de mayo de 2017, según Acta número 38. Miércoles 17 de mayo de 2017, según Acta número 40. Martes 23 de

mayo de 2017, según Acta número 41. Martes 30 de mayo de 2017, según Acta número 43.

Iniciativa: honorable Senador Antonio José Correa Jiménez.

Ponente en Comisión Séptima de Senado para Primer Debate, honorable Senador: Antonio José Correa Jiménez.

Radicado en Senado: 01-12-2016

Radicado en Comisión Séptima de Senado: 07-12-2016

Radicación ponencia positiva para primer debate: 10-05-2017

Publicaciones:

Texto original: publicado en la Gaceta del Congreso número 1094 de 2016.

Ponencia para primer debate Senado: publicado en la Gaceta del Congreso número 324 de 2017.

Número de artículos texto original: Diecisiete (17) artículos.

Número de artículos ponencia para primer debate Senado: Diecisiete (17) artículos.

Número de artículos aprobados en Comisión Séptima de Senado: Diecisiete (17) artículos

Tuvo el siguiente concepto:

CONCEPTO MINISTERIO DE SALUD
Fecha: 20-02-2017 Gaceta del Congreso número 94 de 2017
Se manda publicar el día 21 de febrero de 2017

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE
LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los siete (7) días del mes de junio del año dos mil diecisiete (2017).

En la presente fecha se autoriza la publicación en la **Gaceta del Congreso**, del texto definitivo aprobado en primer debate, en la Comisión Séptima del Senado, en sesión ordinaria de fecha martes seis (6) de junio del año dos mil diecisiete (2017), según Acta número 44, en nueve (9) folios, al Proyecto de ley número 196 de 2016 Senado, *por la cual se reglamenta el ejercicio de Alergología Clínica, sus procedimientos y se dictan otras disposiciones*. Lo anterior, en cumplimiento a lo ordenado en el inciso 5º del artículo 2º de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,

JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA

CONCEPTOS JURÍDICOS

CONCEPTO JURÍDICO DEL MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 174 DE 2016 SENADO, 019 DE 2015 CÁMARA

por medio de la cual crea el programa de tamizaje neonatal en Colombia.

Bogotá, D. C.

Doctor

GREGORIO ELJACH PACHECO

Secretario General

Senado de la República

Carrera 7ª número 8-68

Ciudad

Asunto: Concepto sobre el Proyecto de ley números 174 de 2016 Senado, 019 de 2015 Cámara, por medio de la cual crea el programa de tamizaje neonatal en Colombia.

Señor Secretario:

Teniendo en cuenta que la iniciativa de la referencia está pendiente de surtir debate en la Plenaria de esa Corporación, se hace necesario emitir el concepto institucional desde la perspectiva del Sector Salud y Protección Social.

Al respecto, este Ministerio, en ejercicio de las competencias constitucionales y legales que le asisten, en especial las previstas en el inciso 2º del artículo 208 de la Constitución Política y el numeral 3 del artículo 59 de la Ley 489 de 1998, sin perjuicio de los comentarios que estimen pertinente realizar otras autoridades para las cuales este tema resulte sensible, formula las siguientes observaciones:

1. CONTENIDO

Mediante la propuesta del epígrafe, se pretende regular el tamizaje neonatal en el país “[...] mediante la utilización, almacenamiento y disposición de la muestra de sangre del recién nacido para detectar tempranamente los errores congénitos del metabolismo y enfermedades que puedan deteriorarla calidad de vida de las personas [...]” (art. 1º). Es así como, en el artículo 2º, se establece unas definiciones relacionadas con el tema del tamizaje y, en el artículo 3º, se determina lo que denomina como titulares de derechos, a saber, todo recién nacido vivo a quién se le practicará “[...] un tamizaje neonatal ampliado, auditivo y visual enmarcado dentro de los lineamientos de salud pública [...]”.

En dicho precepto se aclara que es tarea del Ministerio, a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y del Instituto Nacional de Salud (INS), garantizarlo de forma progresiva, centralizada, gratuita y obligatoria.

De otra parte, en el artículo 4º, crea la jefatura de Tamizaje Neonatal dentro de la Dirección de Redes del Instituto Nacional de Salud con el fin de garantizar la operatividad del mismo y, en el art. 5º de la iniciativa,

se le asignan unas funciones. De otra parte, regula los laboratorios de tamizaje (art. 6º), su habilitación, los deberes que deben asumir (art. 7º) y la protección de la información y su tratamiento (art. 8º). Contempla, posteriormente, las obligaciones especiales del SGSSS, entre las que se encuentran las de garantías de las acciones de tamizaje por parte del EPS y las condiciones para su práctica, la administración de la base de datos y el acceso a medicamentos vitales no disponibles para las enfermedades objeto de dicho tamizaje (art. 9º).

En cuanto a la financiación se refiere (art. 10), se indica que el Gobierno nacional por conducto de los Ministerios de Salud y de Hacienda y Crédito Público dispondrá de los recursos para la implementación del programa como una estrategia de salud pública y garantizar su gratuidad.

Finalmente, se refiere a la vigilancia del Estado, señalando que los temas regulados corresponden a la Superintendencia Nacional de Salud (art. 11) y se adiciona un art. nuevo sobre consentimiento informado (art. 12).

2. CONSIDERACIONES

2.1. El tamizaje neonatal como estrategia.

El tamizaje neonatal constituye una estrategia que se ha considerado importante para determinar, de una manera anticipada, posibles padecimientos en el neonato.

Al respecto, se ha expresado:

“[...] Los defectos al nacimiento son padecimientos poco frecuentes entre la población, muchos de los cuales pueden identificarse en los primeros días de vida; éstos incluyen a las anomalías del desarrollo anatómico-funcional, cuya presencia notoria o latente puede interferir en la adaptación biológica, psicológica y social del individuo. Pueden causar la muerte o discapacidad para crecer y desarrollarse en alguna etapa del ciclo vital.

La identificación del padecimiento en específico, la disponibilidad de tecnología diagnóstica y de los tratamientos eficaces, efectivos y seguros, así como el seguimiento a largo plazo, la calidad de vida y los altos costos que implican son retos significativos para el sistema de salud.

Entre los profesionales de la salud se puede dar un sesgo en la atención a estos pacientes, ya que aun cuando se reconoce que el manejo debe ser multidisciplinario, ético y científico, habitualmente se enfoca a la tecnología diagnóstica y se pone poco énfasis en la efectividad y evaluación de un programa nacional de tamizaje de defectos al nacimiento. Las publicaciones en revistas nacionales sobre el tema, así como la normatividad existente en México, si bien no han ignorado los resultados científicos de los estudios internacionales, tampoco los han incorporado para mejorar los procesos de investigación operativa y de legislación. El mapeo de artículos en revistas mexicanas, así como la normatividad actual, permiten identificar estudios de casos clínicos, transversales y experiencias personales y de las instituciones, pero deja de lado la evidencia científica publicada en la investigación experimental (ensayos clínicos aleatorizados), así como la investigación inte-

gral reportada en los estudios de evaluación de tecnología para la salud, revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica, las cuales se elaboran y comunican a partir de la última década del siglo pasado [...]”¹.

Los estudios han reseñado que constituye un importante avance, tal y como surge de lo que se indica en Tabasco, México:

“[...] El tamiz neonatal constituye hoy en día el mayor avance científico para la prevención del retraso mental, tanto por el hipotiroidismo congénito como por otras enfermedades o errores innatos del metabolismo en la infancia. De esta manera, el tamiz neonatal ha venido a brindar la oportunidad de un diagnóstico y tratamiento oportuno del HC desde las etapas tempranas de vida. No obstante, existen algunos aspectos que se deben mejorar. Entre los más importantes está la comunicación con la familia, a fin de sensibilizar a los padres del recién nacido en la aceptación del método, así como mantenerlos informados acerca de los resultados del tratamiento, lo cual requiere también la capacitación del personal médico y paramédico en el manejo de estas situaciones. Finalmente, es recomendable también la incorporación al programa de tamiz neonatal, de todas las instituciones del sistema estatal de salud, así como de los profesionales de la salud y la comunidad en su conjunto [...]”².

Entre nosotros, se ha avanzado sobre el particular mediante su incorporación en las guías de práctica clínica para ciertos niveles de tamizaje y así se ha previsto en la Resolución 412 de 2000 de este Ministerio, “por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública”.

2.2. La fijación de las prestaciones en salud - la competencia

Previo a analizar las normas que se proponen, se estima del caso entrar a considerar si esta clase de disposiciones deberían ser adoptadas a través de la regulación por vía ordinaria, tal y como ahora se pretende. Lo anterior, ateniendo al panorama construido a partir de la Ley 1751 de 2015.

En efecto, el artículo 15 de la ley estatutaria determina una serie de elementos que resultan de interés en el presente análisis:

1 Mancilla Ramírez, Javier; Jiménez Gutiérrez, Carlos y Granados Cepeda, Martha Lucía. El tamiz neonatal ampliado en México: ¿corresponde a la realidad del país? *Perinatol. Reprod. Hum.* [online], 2013, vol.27, n.1 [citado 2016-10-12], pp.05-07. En: http://wv/w.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000100001&Ing=es&nrm=iso. ISSN 0187-5337.

2 Gustavo Adolfo Rodríguez-León, (1) José Félix García-Rodríguez, (2) Jorge Sala-Beltrán, (3) María Luisa Castillo Orueta, (4) Gustavo Alfonso Rodríguez-Santiago (5), “Hipotiroidismo congénito y tamiz neonatal como método de detección oportuna en Tabasco. (Experiencia 1994-2012)”, *Salud en Tabasco* Vol. 19, No. 1. Enero-abril 2013, (14.10.2016).

i. Contiene en el primer inciso el desarrollo del principio de integralidad, expresado del siguiente modo:

“[...] [e] 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 [...]”.

ii. Teniendo en cuenta esta premisa, el mencionado artículo lista los casos que no se financian con recursos públicos, denominados en la norma criterios (de los literales a) hasta el f).

iii. Luego de la lista, se aclara, en lo sucesivo, un aspecto trascendental y es el proceso de exclusión (ya no de inclusión³) que ha previsto la ley estatutaria, lo cual está expresado como se describe a continuación:

– El Ministerio, o la autoridad que determine la ley ordinaria, realizará las exclusiones.

– La decisión que acoja deberá adoptarse a través de un procedimiento que incorpora, adicionalmente se alude a la participación como un elemento fundamental, el cual debe estar revestido de las siguientes características:

- Técnico-científico.
- Público.
- Colectivo.
- Participativo.

iv. Al respecto, el Alto Tribunal, además de aclarar el esquema implícito de las prestaciones, destaca la competencia en estos casos, así:

“[...] En cuanto al inciso 4° que incorpora un mecanismo para definir las prestaciones de salud cubiertas, considera la Corte que al especificarse como finalidad la anotada, resulta manifiestamente opuesto a lo considerado en esta providencia, pues, parte del inaceptable presupuesto de servicios y tecnologías no cubiertos por el sistema pero que tampoco corresponden a las limitaciones taxativamente señaladas por el legislador. La presencia de esta finalidad comporta una restricción indeterminada al acceso a los servicios y tecnologías en materia de salud, lo cual ya ha sido objeto de consideración y estimación en otros enunciados del proyecto como el caso de los incisos 2° y 3° del artículo 8°.

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

3 **Corte Constitucional**, Sentencia C-313 de 29 de mayo de 2014, M. P. Gabriel Mendoza Martelo.

un *telos* que no se corresponde con lo dispuesto en los artículos 2° y 49 de la Carta [...]”⁴. [Énfasis fuera del texto].

Es decir, el legislador estatutario previó un procedimiento específico de exclusión de servicios y tecnologías y, entre otros aspectos, señaló una competencia en una autoridad para tal fin, en principio este Ministerio, pero es posible que el legislador (ese sí ordinario) determine otra autoridad o la cree para tal fin.

De lo expuesto hasta el momento, y atendiendo a la prevalencia normativa dentro del ordenamiento jurídico de la ley estatutaria, es claro que se estipuló un procedimiento y una manera de definir las exclusiones de prestaciones en salud y tecnologías, entendiendo, además, que no todo lo no excluido se encontraría incluido. Desde esta lógica, el legislador ordinario no tendría competencia para entrar a fijar, en específico, las prestaciones de servicios y tecnologías en salud; sólo puede especificar quién sería la autoridad competente.

De esta forma, si el tamizaje neonatal se considera como una prestación o tecnología en salud, dentro de la fase de prevención, tal y como se pone de relieve en el inciso del artículo 15, el legislador ordinario ha perdido competencia para entrar regular la materia y es lo que se expone como argumento general frente a la iniciativa *sub examine*.

2.3. Coméntanos al articulado

Sin perjuicio de lo expresado *ut supra*, lo cual afectaría todo el proyecto, se realizan comentarios específicos a cada uno de los artículos, en los términos que a continuación se exponen:

i. En lo concerniente al artículo 1° que determina el objeto de la regulación, es dable manifestar que los tamizajes neonatales han sido contemplados mediante la Resolución 412 de 2000, con la norma técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en el Menor de 10 años y en las actuales Guías de Práctica Clínica, dirigidas a la atención del recién nacido sano y para la detección de anomalías congénitas en el recién nacido, normatividad aún vigente que ha establecido la práctica del tamizaje y valoración neonatal de forma regular y de estricto cumplimiento.

Ahora bien, teniendo en cuenta lo anterior se propone el siguiente texto:

“La presente ley tiene por objeto regular dentro la práctica del tamizaje neonatal en Colombia, a través de la utilización de una muestra de sangre del recién nacido para detectar tempranamente las enfermedades que puedan deteriorar la calidad de vida de las personas y otras alteraciones congénitas objeto de tamizaje, que generan enfermedades cuyo diagnóstico temprano permite su curación o evitar su progresión o evitar secuelas y discapacidad o modificar la calidad o la expectativa de vida, de conformidad con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social”.

De este modo, se ajusta la redacción de la norma y se aclara la facultad del Ministerio en el tema, lo cual resulta relevante.

ii. Respecto de las definiciones (artículo 2°), se estima que los ajustes incorporados resultan adecuadas. No obstante, se considera del caso que las mismas sean especificadas por este Ministerio.

iii. En relación con los sujetos titulares (artículo 3°), cabe anotar que el SGSSS prevé la atención gratuita a los neonatos, permitiendo la garantía del derecho a la salud mediante el acceso a la prestación de servicios de salud. Como ya se indicó, para el proceso de atención, los tamizajes neonatales han sido contemplados mediante la Resolución 412 de 2000, con la norma técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en el Menor de 10 años y en las actuales Guías de Práctica Clínica, dirigidas a la atención del recién nacido sano y para la detección de anomalías congénitas en el recién nacido.

Con base en lo enunciado, así como la propuesta respecto del artículo 1°, se considera que su texto debería ser el siguiente:

“**Artículo 3°. Garantía de tamizaje neonatal.** A partir de la entrada en vigencia de la presente ley, el Ministerio de Salud y Protección Social, a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del Instituto Nacional de Salud, garantizará que, de manera progresiva, obligatoria y gratuita para todo recién nacido vivo, se le realice un tamizaje neonatal conforme a lo previsto en el artículo 1° de la presente ley. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la materia”.

De otra parte, el título del artículo enfatiza en los beneficiarios al paso que su texto se asocia más a la garantía de la actividad, a cargo del SGSSS. Por ello, se transforma hacia la garantía del tamizaje, que está más acorde con su texto. Se considera, igualmente que por tratarse de una regulación técnica, la misma debe ser expedida por este Ministerio, en concordancia con el artículo 1°.

Es importante, en todo caso y frente a lo previsto en el artículo 10 del proyecto, aclarar si los costos de estas actividades serían financiados por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en la medida en que se trata de una estrategia de salud pública.

iv. Tomando como base lo aprobado como artículo 4°, se estima que la redacción del texto puede ser la siguiente que se plantea como una proposición:

“**Artículo 4°. Programa de Tamizaje Neonatal.** Créese el programa de Tamizaje Neonatal a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, para garantizar la organización y mantenimiento de la operatividad del Tamizaje Neonatal en el territorio nacional, así como su seguimiento, para brindar apoyo y orientación en el Sistema de Salud, acorde con las recomendaciones y lineamientos de los organismos internacionales sobre la materia. El Instituto Nacional de Salud actuará como Centro Nacional Coordinador del Tamizaje Neonatal, a través de la Dirección de Redes o de quien haga sus veces, dando los lineamientos técnicos para la toma de la muestra, transporte, almacenamiento, procesamiento, entrega de información y disposición de la misma”.

En esta norma, se especifica que el programa debe estar a cargo de este Ministerio, acorde con sus competencias contenidas en el Decreto-ley 4107 de 2011 y no del Instituto. Es más, se aclara que el Instituto actúa

como centro coordinador y desarrolla los lineamientos técnicos en la cadena.

Sobre este particular no está de más indicar que si no se realizara esta modificación, la norma contendría una vulneración del artículo 154, en coordinación con el artículo 150, numeral 7, de la Constitución Política. En efecto, en torno a esta exigencia, la Corte Constitucional puntualizó:

“[...] La Corte ha declarado la inexecutable de disposiciones en virtud de las cuales el Congreso, sin contar con la iniciativa del Gobierno o su aval en el trámite legislativo, (i) ha creado entidades del orden nacional, (ii) ha modificado la naturaleza de una entidad previamente creada; **(iii) ha atribuido a un Ministerio nuevas funciones públicas ajenas al ámbito normal de sus funciones** [...] Para la Corte, tales disposiciones modifican la estructura de la administración central y su constitucionalidad depende de que haya habido la iniciativa o el aval gubernamental [...]”⁵. [Énfasis fuera del texto].

Tal tesis ha sido precisada de la siguiente manera:

“[...] La modificación de la estructura de la administración, en este caso por creación de una entidad, tiene exigencias específicas consagradas en la Constitución⁶. El numeral 7 del artículo 150 de la Constitución prevé que dichas decisiones deben llevarse a cabo por medio de ley; y, adicionalmente, el segundo inciso del artículo 154 de la Constitución establece que, entre otras, las descritas en el numeral 7 del artículo 150 de la Constitución “*sólo podrán ser dictadas o reformadas por iniciativa del Gobierno*”. Por estas razones, al analizar la adecuación constitucional del artículo 31 del proyecto en estudio debe verificarse que el mismo haya sido consecuencia de la iniciativa gubernamental.

En este sentido, se tiene que el proyecto ahora estudiado es fruto de la acumulación de tres proyectos de ley diferentes, uno de ellos presentado por un grupo de congresistas –Proyecto de ley 014 de 2011 de Cámara–, un segundo proyecto presentado por la Senadora Alexandra Piraquive –Proyecto 045 de 2011 de Senado– y el otro presentado por el Gobierno, a través del Ministro de Interior y de Justicia –Proyecto 084 de 2011 de Cámara–. En el articulado del proyecto presentado por el Gobierno no se previó la creación de la Unidad Administrativa Especial de las Juventudes; por el contrario, la iniciativa para la creación de esta entidad surge del artículo 100 a 105 del Proyecto de ley 014 de 2011 de Cámara y de los artículos 100 a 105 del Proyecto de ley 045 de 2011 de Senado.

La ausencia de iniciativa legislativa por parte del Gobierno nacional constituye un vicio procedimental, pues, en tanto se trata de la modificación de la estructura de la administración nacional por medio de la creación de una entidad, la propuesta debió surgir del proyecto por éste presentado, en acuerdo con los mandatos del artículo 154 y el numeral 7 del artículo 150, ambos de la Constitución, que prevén la exclusividad del Gobierno en la iniciativa de proyectos que, entre otros, creen entidades del orden nacional.

La conclusión de que se está ante un vicio procedimental debe sustentarse, además de en la ausencia de iniciativa gubernamental, en que no se haya presentado durante el trámite legislativo alguna de dos situaciones: i) el aval o coadyuvancia del Gobierno para que se tramitara esta iniciativa no obstante no haber sido por éste propuesta –manifestación expresa durante el *iter* de creación legislativa–; o ii) la aquiescencia: aceptación de que se tramite un tema que, estando reservado a su iniciativa, fue presentado dentro de un proyecto de distinta autoría⁷[...]”⁸.

De esta manera, la asignación de funciones adicionales al INS, además de las ya previstas en el Decretoley 4109 de 2011, genera un problema de iniciativa en el punto específico a las atribuciones que desbordaría la razón de ser de esa entidad.

Técnicamente, se trata de un programa cuyos alcances deberán estar definidos por este Ministerio. Por ello, y de continuar en trámite esta propuesta, esta Cartera sería la competente para definir las plataformas y las estrategias que se deben utilizar, en su condición de ente rector del sector.

v. Como consecuencia del comentario precedente, en el artículo 5° se tratan las funciones del Ministerio para el desarrollo del programa pues técnicamente, un programa no tiene funciones como tal. De esta forma, se propone el siguiente texto:

“Artículo 5°. Funciones del Ministerio en relación con el Programa de Tamizaje Neonatal:

1. Asesorar y apoyar permanentemente a los integrantes del sistema general de seguridad social en salud, en la ejecución del programa, de manera articulada con el sistema nacional de bienestar familiar.
2. Definir las normas técnicas relacionadas con los procesos inherentes a la recolección, transporte, almacenamiento, procesamiento y disposición de muestras para Tamizaje Neonatal y uso de la información vinculada a las mismas.
3. Evaluar con las dependencias que correspondan del Ministerio la posible inclusión en el plan de beneficios la inclusión de tecnologías diagnósticas y de manejo clínico o para mejorar las condiciones de vida de las personas, previos los estudios necesarios y la revisión de su fuente de financiación.
4. Estudiar y aprobar los proyectos relativos al tamizaje neonatal de enfermedades o condiciones que cumplan las características de las enfermedades susceptibles de Tamizaje Neonatal.
5. Garantizar para el funcionamiento del programa mediante la disponibilidad del talento humano requerido para esto.
6. Definir los lineamientos para la utilización de las muestras de tamizaje neonatal para fines de estudios poblacionales relacionados con el genoma humano.

⁷ Respecto del aval o la aquiescencia pueden consultarse las Sentencias C-482 de 2002; C-078 de 2003; C-570 de 2004; y C-889 de 2006, entre otras.

⁸ Corte Constitucional, sentencia C-862 de 25 de octubre de 2012, M. P. Alexei Julio Estrada.

⁵ Corte Constitucional, Sentencia C-889 de 1° de noviembre de 2006, M. P. Manuel Cepeda Espinosa.

⁶ Al respecto, Sentencias C-482 de 2002; C-078 de 2003; C-570 de 2004; y C-889 de 2006, entre otras.

7. Organizar y mantener el registro de casos confirmados con Errores Congénitos del Metabolismo y otras alteraciones congénitas objeto de tamizaje, para estructurar cohortes para seguimiento”.

Se cambia el título en el sentido ya previsto y se especifican las funciones a cargo en relación con el programa que debe crearse. En cuanto a las tecnologías, se ajusta en términos de evaluar técnicamente su posible inclusión.

vi. En punto a los laboratorios de tamizaje neonatal (artículo 6°), la habilitación para la prestación de los servicios de salud, como es el caso del Laboratorio como servicio, es responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social, el cual define los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, de acuerdo con lo previsto en el párrafo 1° del artículo 4° del Decreto 1011 de 2006⁹, el Ministerio de Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social, debe ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares que hacen parte de los diversos componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud. En consecuencia, se propone el siguiente texto:

“Artículo 6°. De los laboratorios de tamizaje neonatal. Son los laboratorios Inscritos ante el Registro Único de Laboratorios (RUL) que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, sometidos a los programas de evaluación de desempeño del Instituto Nacional de Salud, para realizar Pruebas de Tamizaje Neonatal y cuyas pruebas estén acreditadas ante la ONAC. En todo caso los laboratorios que realicen procesamiento de muestras para el tamizaje neonatal, deberán estar habilitados en el sistema obligatorio de garantía de calidad”.

Por lo anterior, la reglamentación de lo concerniente a la habilitación en el marco del SGSSS, es potestad del Ministerio de Salud y Protección Social y no de otra entidad. De otro lado, las pruebas de tales laboratorios habilitados deben estar acreditadas ante la ONAC.

vii. En lo que tiene que ver con los deberes de los laboratorios (artículo 7°), se propone lo siguiente:

“Artículo 7°. Deberes de los laboratorios de tamizaje neonatal:

1. Acreditar las pruebas de tamizaje neonatal ante el Organismo Nacional de Acreditación en Colombia (ONAC), así como los ensayos para realizar tamizaje neonatal, cumplir con los estándares de calidad de laboratorios de salud pública y someterse a los programas de evaluación del desempeño organizados por el Instituto Nacional de Salud (INS).

2. Seguir los lineamientos dados por las autoridades Nacionales para la realización de pruebas de Tamizaje Neonatal.

3. Tener en cuenta los estándares internacionales para la práctica de pruebas de Tamizaje Neonatal.

4. Disponer de pruebas confirmatorias en suero para las enfermedades raras, que son objeto de Tamizaje

Neonatal o tener previsto el laboratorio de referencia habilitado para el diagnóstico de enfermedades raras, en caso de que no se disponga de las mismas en su área.

5. Notificar los nuevos casos directamente al Sivi-gila y proveer la información de interés en Salud Pública solicitada por las autoridades de salud.

6. Organizar y custodiar un archivo de muestras de Tamizaje por el período de tiempo establecido en la normatividad para servir de contramuestra.

7. Disponer de los mecanismos necesarios para que los usuarios del tamizaje y el público en general se puedan informar sobre los exámenes de tamizaje neonatal.

8. Contar con un sistema de referencia y contra referencia de muestras que incluya un transporte eficiente y oportuno.

9. El manejo de la información.

Parágrafo. Los laboratorios que realicen en Colombia pruebas de tamizaje neonatal, pruebas diagnósticas con ADN y pruebas diagnósticas para las Enfermedades Raras, publicadas en el listado oficial del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), deberán cumplir dos requisitos como condición para poderse inscribir en el registro único de laboratorios (RUL). Primero: someterse anualmente a los programas de evaluación externa de desempeño, realizados por el Instituto Nacional de Salud (INS). Segundo: acreditar ante la ONAC los ensayos de laboratorio relacionados. Con el cumplimiento de estos dos requisitos podrán inscribirse en el RUL, de conformidad con las disposiciones que para ello establezca el MSPS, de manera especial y separada de los Laboratorios Clínicos convencionales. A partir del segundo año, deberán renovar anualmente la inscripción con el cumplimiento de los requisitos establecidos para ello”.

viii. El artículo 8° se centra en el tratamiento de la información del tamizaje neonatal. Se estima del caso efectuar una alusión específica a las normas de hábeas data, así:

“Artículo 8°. Del tratamiento de la información del tamizaje neonatal. La información del Tamizaje Neonatal será protegida de acuerdo con la Ley 1581 de 2012, integrada del Sistema Integral de Información de la Protección Social (Sispro) y administrada por el Ministerio de Salud. Esta entidad definirá los procesos de reporte de resultados desde las Entidades Aseguradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y, en coordinación con el Instituto Nacional de Salud, definirá los indicadores que se establecerán de acuerdo con los intereses de Salud Pública Nacionales, los cuales serán de Acceso Público”.

Atendiendo a la clase de datos que se manejan y teniendo presente que los mismos son de menores, debe tenerse en cuenta que la intimidad constituye uno de los derechos fundamentales. Es un atributo de todas las personas que implica, además, el buen nombre y el derecho a que se “conozcan, actualicen y rectifiquen las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bancos de datos y en archivos de entidades públicas y privadas”. Se respeta, en consecuencia, un fuero interno que no tiene por qué ser de público conocimiento y, por ende, una garantía universal de “protección de esa esfera inmune a la injerencia de los otros –del Esta-

⁹ Incorporado en el Decreto 780 de 2016, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

do o de otros particulares–, como prerequisite para la construcción de la autonomía individual que a su vez constituye el rasgo esencial del sujeto democráticamente activo, tiene que ser jurídicamente relevante, y lo es, a través de los mecanismos constitucionales de protección al derecho a la intimidad, los cuales no circunscriben su alcance a cierta clase social económica o ilustrada, sino que se extienden, como no podía ser de otra forma, a todas las personas amparadas por la Constitución”¹⁰.

A este respecto, la Corte Constitucional tuvo la oportunidad de pronunciarse, al revisar las diferentes tipologías de datos acorde con las cuales se verifica un grado o nivel de amparo y unas obligaciones correlativas de quienes manejan la información. Es así que, frente al acceso de la información y la protección en su divulgación, se encuentra información pública o de dominio público, la información semi-privada, la información privada y la información reservada o secreta¹¹. En la sentencia T-729 de 2002, que ha guiado la línea jurisprudencial, se efectúan las siguientes definiciones:

“[...] Así, la información pública, calificada como tal según los mandatos de la ley o de la Constitución, puede ser obtenida y ofrecida sin reserva alguna y sin importar si la misma sea información general, privada o personal. Por vía de ejemplo, pueden contarse los actos normativos de carácter general, los documentos públicos en los términos del artículo 74 de la Constitución, y las providencias judiciales debidamente ejecutoriadas; **igualmente serán públicos, los datos sobre el estado civil de las personas o sobre la conformación de la familia. Información que puede solicitarse por cualquier persona de manera directa y sin el deber de satisfacer requisito alguno.**

La información semi-privada será aquella que por versar sobre información personal o impersonal y no estar comprendida por la regla general anterior, presenta para su acceso y conocimiento un grado mínimo de limitación, de tal forma que **la misma sólo puede ser obtenida y ofrecida por orden de autoridad administrativa en el cumplimiento de sus funciones o en el marco de los principios de la administración de datos personales.** Es el caso de los datos relativos a las relaciones con las entidades de la seguridad social o de los datos relativos al comportamiento financiero de las personas.

La información privada, será aquella que por versar sobre información personal o no, y que por encontrarse en un ámbito privado, sólo puede ser obtenida y ofrecida por orden de autoridad judicial en el cumplimiento de sus funciones. Es el caso de los libros de los comerciantes de los documentos privados, de las historias clínicas o **de la información extraída a partir de la inspección del domicilio.**

Finalmente, encontramos **la información reservada, que por versar igualmente sobre información personal y sobre todo por su estrecha relación con los derechos fundamentales del titular – dignidad, intimidad y libertad–** se encuentra reservada a su órbita exclusiva y no puede siquiera ser obtenida ni ofrecida

por autoridad judicial en el cumplimiento de sus funciones. Cabría mencionar aquí la información genética, y los llamados “datos sensibles”¹² o relacionados con la ideología, la inclinación sexual, los hábitos de la persona, etc.

Para la Corte, esta tipología es útil al menos por dos razones: la primera, porque contribuye a la delimitación entre la información que se puede publicar en desarrollo del derecho constitucional a la información, y aquella que constitucionalmente está prohibido publicar como consecuencia de los derechos a la intimidad y al hábeas data. La segunda, porque contribuye a la delimitación e identificación tanto de las personas como de las autoridades que se encuentran legitimadas para acceder o divulgar dicha información [...]¹³ [Énfasis fuera del texto].

Debe, entonces, aludirse a lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y, subsidiariamente, a La Ley 1266 de 2008, que han sido las normas que han regulado el derecho fundamental al hábeas data.

ix. En lo atinente a las obligaciones especiales del SGSSS (artículo 9°), se propone:

“Artículo 9°. Obligaciones especiales del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud deberá:

1. Garantizar el desarrollo de las acciones pertinentes con los actores del sistema involucrados en la implementación del programa de Tamizaje Neonatal, EPS e IPS públicas y privadas.

2. Las EAPB, una vez se defina la fuente de financiación adicional, garantizarán a través de su red de prestadores de servicios de salud el cumplimiento de los lineamientos del Programa de Tamizaje Neonatal, según sus competencias.

3. Trabajar articuladamente con otros sectores para el establecimiento, mantenimiento y administración de las bases de datos del Tamizaje Neonatal con la definición de cohortes de seguimiento.

4. Establecer los mecanismos para garantizar la accesibilidad a medicamentos vitales no disponibles para las enfermedades objeto de Tamizaje Neonatal”.

Se ajusta las funciones con base en lo propuesto en el numeral 3 del artículo 5° de la iniciativa.

x. En relación con el presupuesto y financiación (artículo 10), una regulación como la que se pretende puede incrementar los costos del SGSSS sin los debidos respaldos financieros, aspecto que no se incorpora al proyecto.

No puede perderse de vista que esta clase de factores deben contar con la aquiescencia o, por lo menos, concepto del Ministro de Hacienda y Crédito Público, en

10 Corte Constitucional, Sentencia C-640 de 18 de agosto de 2010, M. P. Mauricio González Cuervo.

11 Corte Constitucional, Sentencia T-729 de 5 de septiembre de 2002, M. P. Eduardo Montealegre Lynnet.

12 En la Sentencia T-307 de 1999, sobre la llamada información “sensible”, la Corte afirmó: “...no puede recolectarse información sobre datos “sensibles” como, por ejemplo, la orientación sexual de las personas, su filiación política o su credo religioso, cuando ello, directa o indirectamente, pueda conducir a una política de discriminación o marginación”.

13 Corte Constitucional, Sentencia T-729 de 5 de septiembre de 2002, M. P. Eduardo Montealegre Lynnet.

consonancia con lo previsto en las Leyes 819 de 2003, marco fiscal, 1473 de 2011, regla fiscal, y 1695 de 2013, acerca del incidente de impacto fiscal, y, naturalmente, el Acto Legislativo 03 de 2011 de sostenibilidad fiscal¹⁴. Sobre el particular, la Corte Constitucional ha manifestado:

“[...] Encuentra la Sala que a este respecto el Acto Legislativo replica otras modalidades de análisis fiscal de decisiones estatales, como sucede con los lineamientos que las normas orgánicas sobre marco fiscal de mediano plazo fijan al legislador, respecto de proyectos de ley con incidencia fiscal. A este respecto la jurisprudencia constitucional ha sido reiterativa en señalar que si bien el Congreso debe contemplar la incidencia fiscal de la medida, en todo caso quien tiene la competencia general para evidenciar la incompatibilidad con el marco fiscal de mediano plazo es el Gobierno. Por ende, en caso de que el Ejecutivo dé concepto favorable a esas regulaciones o simplemente no cuestione las razones dadas por el Congreso sobre la materia, no es viable concluir la afectación de la regulación orgánica de Índice presupuestal [...]”¹⁵.

Como se puede apreciar, la iniciativa legislativa no efectúa un análisis fiscal por lo que tendría otro problema de constitucionalidad.

Es claro, además, que el Ministerio de Hacienda y Crédito Público presenta el proyecto de presupuesto pero no lo decreta, pues esa es una atribución del Congreso de la República que se materializa en la ley anual del presupuesto.

xi. En relación con el artículo 11, se reitera lo mencionado en los artículos 5° y 6°, recomendando revisar las funciones que misionalmente se han definido por ley para el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud, y la Red Nacional de Laboratorios, así como la operación del SGSSS. Se aclara que las actividades asociadas con el Programa de Tamizaje Neonatal están sujetas a la vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud.

Con base en lo anterior, se sugiere la eliminación de los parágrafos 1° y 2° de la norma proyectada. En consecuencia, el texto propuesto sería el siguiente:

“**Artículo 11. Vigilancia del Estado.** Las actividades relacionadas con el programa de Tamizaje Neonatal en cualquiera de sus etapas, sean estas de recolección de muestras, procesamiento, tratamiento y seguimiento de acuerdo con las normas nacionales e internacionales vigentes que regulan la vigilancia en Salud Pública y la atención en salud están sujetas a la vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud”.

x. Sobre el consentimiento que se incorpora en el artículo 12 (nuevo), de conformidad con el artículo 10, literal d), de la Ley 1751 de 2015, se considera que es relevante especificar los aspectos que debe contener el mismo, como mínimo, los siguientes elementos:

a) Nombre, número de identificación y firma del profesional de la salud que realiza el procedimiento.

¹⁴ Disposición declarada exequible, cfr. Corte Constitucional, sentencia C-288 de 18 de abril de 2012, M. P. Luis Ernesto Vargas Silva.

¹⁵ Corte Constitucional, sentencia C-288 de 18 de abril de 2012, citada.

b) Nombre, número de identificación y firma de los padres o representante.

c) Institución, sede y fecha en la que se va a realizar el procedimiento.

d) Información sobre el tipo y características de los insumos, medicamentos, tecnologías y demás condiciones del procedimiento que se va a practicar.

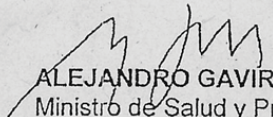
e) Constancia de que los padres o el representante recibieron y comprendieron, de manera detallada y completa, la información sobre los riesgos e implicaciones del procedimiento para la salud, la integridad física y la vida del menor, tanto inmediatas como a mediano y largo plazo.

f) Toda otra información que resulte relevante para la comprensión del procedimiento que se va a practicar, entre otras, qué enfermedad se pretende diagnosticar.

De lo contrario, podría configurarse consentimientos desprovistos de elementos esenciales que podrían invalidarlo. Es más, dado que implica una actividad de un profesional de la salud con un paciente(s), se debe hacer el consecuente registro en la Historia Clínica.

En estos términos, se presenta la posición del Ministerio de Salud y Protección Social en lo relativo a la iniciativa legislativa de la referencia. Se advierte que, por las razones expuestas, resulta importante tener en cuenta lo previsto en la Ley 1751 de 2015 en torno a la forma de fijación de las prestaciones en salud, aspecto que afectaría, en su totalidad, el proyecto. De otra parte, se plantean sendos ajustes al articulado, en la redacción y en las competencias de las entidades involucradas así como los alcances que se generan. Asimismo, la propuesta legislativa debe contar con un análisis de impacto fiscal.

Atentamente,


ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE
LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., 2 de junio de 2017

En la presente fecha se autoriza la publicación, en *Gaceta del Congreso* de la República, de las siguientes consideraciones:

Concepto del: Ministerio de Salud y Protección Social

Refrendado por: doctor *Alejandro Gaviria Uribe*, Ministro

Al Proyecto de ley número 174 de 2016 Senado y 019 de 2015 Cámara

Título del Proyecto de ley 174 de 2016 Senado y 019 de 2015 Cámara, por medio de la cual se crea el Programa de Tamizaje Neonatal en Colombia.

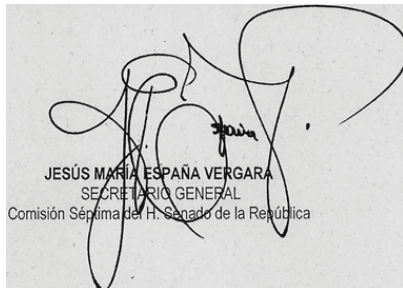
Número de folios: diez (10)

Recibido en la Secretaría de la Comisión Séptima del Senado el día: viernes dos (2) de junio de 2017

Hora: 17:04 p. m.

Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5° del artículo 2° de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,



CONTENIDO

Gaceta número 451 - miércoles 7 de junio de 2017

SENADO DE LA REPÚBLICA

PONENCIAS

Informe de ponencia pliego de modificaciones texto propuesto al proyecto de ley número 220 de 2017 Senado, por medio de la cual se reglamenta la especialidad médica de la Dermatología y se dictan otras disposiciones....	1
---	---

Ponencia de primer debate al proyecto de ley número 224 de 2017 Senado, por medio de la cual se protege el derecho a la salud del menor.....	14
--	----

Informe de ponencia para segundo debate pliego de modificaciones texto propuesto al proyecto de ley número 79 de 2016 Senado, por medio de la cual se reconoce la protección especial de estabilidad laboral reforzada a servidores del Estado en provisionalidad en cargos de carrera administrativa	29
---	----

TEXTOS DE COMISIÓN

Texto definitivo al proyecto de ley número 196 de 2016 Senado, por la cual se reglamenta el ejercicio de la Alergología Clínica, sus procedimientos y se dictan otras disposiciones	36
---	----

CONCEPTOS JURÍDICOS

Concepto jurídico del Ministerio de Salud y de la protección social al proyecto de ley número 174 de 2016 Senado, 019 de 2015 Cámara, por medio de la cual crea el programa de tamizaje neonatal en Colombia.....	40
---	----

