

## **GACETA DEL CONGRESO 712**

**12/09/2013**

### **CONTENIDO**

[Acta de Plenaria 70 del 20 de Junio de 2013 Senado.](#)

Acta número 70 de la sesión ordinaria del día jueves 20 de junio de 2013

Honorables Senadores y honorables Representantes:

Hechas las consideraciones anteriores y teniendo en cuenta el informe presentado por la Comisión Accidental, los conciliadores designados por el Senado de la República y la Cámara de Representantes solicita a las Plenarias de las dos Corporaciones aprobar este informe de conciliación.

En primer lugar, debe desatarse que sobre 14 artículos que se aprobaron en las respectivas sesiones de Senado y Cámara de Representantes la Comisión Conciliadora no debatió, dado que estos fueron aprobados en forma idéntica por las dos Plenarias. Sobre los restantes la Comisión Conciliadora ejerció la labor que le encomendó las Mesas Directivas. De esta manera, se presenta a continuación el texto conciliado.

**TEXTO CONCILIADO AL PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA NÚMERO 209 DE 2013  
SENADO, 267 de 2013 CÁMARA**  
*por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.*

**El Congreso de Colombia**

**DECRETA:**

#### **CAPÍTULO I**

##### **Objeto, elementos esenciales, principios, derechos y deberes**

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

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

Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las

actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

c) Accesibilidad. Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información;

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

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

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

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

c) Equidad. El Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección;

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

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

f) Prevalencia de derechos. El Estado debe implementar medidas concretas y específicas para garantizar la atención integral a niñas, niños y adolescentes. En cumplimiento de sus derechos prevalentes establecidos por la Constitución Política. Dichas medidas se formularán por ciclos vitales: prenatal hasta seis (6) años, de los (7) a los catorce (14) años, y de los quince (15) a los dieciocho (18) años;

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

h) Libre elección. Las personas tienen la libertad de elegir sus entidades de salud dentro de la oferta disponible según las normas de habilitación;

i) Sostenibilidad. El Estado dispondrá, por los medios que la ley estime apropiados, los recursos necesarios y suficientes para asegurar progresivamente el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, de conformidad con las normas constitucionales de sostenibilidad fiscal;

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

k) Eficiencia. El sistema de salud debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población;

l) Interculturalidad. Es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global;

m) Protección a los pueblos indígenas. Para los pueblos indígenas el Estado reconoce y garantiza el derecho fundamental a la salud integral, entendida según sus propias cosmovisiones y conceptos, que se desarrolla en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI);

n) Protección pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras. Para los pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras,

afrocolombianas, raizales y palenqueras, se garantizará el derecho a la salud como fundamental y se aplicará de manera concertada con ellos, respetando sus costumbres.

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

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

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

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

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

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

Parágrafo. Para efectos del presente artículo se entiende por tecnología o servicio de salud aquellos directamente relacionados con el tratamiento y el cumplimiento del objetivo preventivo o terapéutico. Aquellos servicios de carácter individual que no estén directamente relacionados con el tratamiento y cumplimiento del objetivo preventivo o terapéutico, podrán ser financiados, en caso de que no existiese capacidad de pago, con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías en salud, en el marco de las políticas sociales del Estado.

Artículo 9°. *Determinantes sociales de salud.* Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el

mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud.

El legislador creará los mecanismos que permitan identificar situaciones o políticas de otros sectores que tienen un impacto directo en los resultados en salud y determinará los procesos para que las autoridades del sector salud participen en la toma de decisiones conducentes al mejoramiento de dichos resultados.

Parágrafo. Se entiende por determinantes sociales de salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

k) A la intimidad. Se garantiza la confidencialidad de toda la información que sea suministrada en el ámbito del acceso a los servicios de salud y de las condiciones de

salud y enfermedad de la persona, sin perjuicio de la posibilidad de acceso a la misma por los familiares en los eventos autorizados por la ley o las autoridades en las condiciones que esta determine;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

f) Cumplir las normas del sistema de salud;

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

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

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

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

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

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

En el caso de las mujeres en estado de embarazo, se adoptarán medidas para garantizar el acceso a los servicios de salud que requieren con necesidad durante el embarazo y con posterioridad al mismo y para garantizar que puedan ejercer sus derechos fundamentales en el marco del acceso a servicios de salud.

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

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

## CAPÍTULO II

### Garantía y mecanismos de protección del derecho fundamental a la salud

Artículo 12. *Participación en las decisiones del sistema de salud.* El derecho fundamental a la salud comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan o interesan. Este derecho incluye:

- a) Participar en la formulación de la política de salud así como en los planes para su implementación;
- b) Participar en las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del Sistema;
- c) Participar en los programas de promoción y prevención que sean establecidos;
- d) Participar en las decisiones de inclusión o exclusión de servicios y tecnologías;
- e) Participar en los procesos de definición de prioridades de salud;
- f) Participar en decisiones que puedan significar una limitación o restricción en las condiciones de acceso a establecimientos de salud;
- g) Participar en la evaluación de los resultados de las políticas de salud.

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

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

El Gobierno Nacional definirá los mecanismos idóneos para controlar el uso adecuado y racional de dichos servicios y tecnologías en salud.

Parágrafo 1°. En los casos de negación de los servicios que comprenden el derecho fundamental a la salud con independencia a sus circunstancias, el Congreso de la República definirá mediante ley las sanciones penales y disciplinarias tanto de los Representantes Legales de las entidades a cargo de la prestación del servicio, como de las demás personas que contribuyeron a la misma.

Parágrafo 2°. Lo anterior sin perjuicio de la tutela.

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

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

a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;

b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;

c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;

d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;

e) Que se encuentren en fase de experimentación;

f) Que tengan que ser prestados en el exterior.

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

Para ampliar progresivamente los beneficios la ley ordinaria determinará un mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente, para definir las prestaciones de salud cubiertas por el Sistema.

Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá hasta dos años para implementar lo señalado en el presente artículo. En este lapso el Ministerio podrá desarrollar el mecanismo técnico, participativo y transparente para excluir servicio o tecnologías de salud.

Parágrafo 2°. Sin perjuicio de las acciones de tutela presentadas para proteger directamente el derecho a la salud, la acción de tutela también procederá para garantizar, entre otros, el derecho a la salud contra las providencias proferidas para decidir sobre las demandas de nulidad y otras acciones contencioso administrativas.

Artículo 16. *Procedimiento de resolución de conflictos por parte de los profesionales de la salud.* Los conflictos o discrepancias en diagnósticos y/o alternativas terapéuticas generadas a partir de la atención, serán dirimidos por las juntas médicas de los prestadores de servicios de salud o por las juntas médicas de la red de prestadores de servicios salud, utilizando criterios de razonabilidad científica, de acuerdo con el procedimiento de que determine la ley.

### CAPÍTULO III

#### Profesionales y trabajadores de la salud

Artículo 17. *Autonomía profesional.* Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica.

Se prohíbe todo constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la autonomía de los profesionales de la salud, así como cualquier abuso en el ejercicio profesional que atente contra la seguridad del paciente.

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

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

Artículo 18. *Respeto a la dignidad de los profesionales y trabajadores de la salud.* Los trabajadores, y en general el talento humano en salud, estarán amparados por condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos, de acuerdo con las necesidades institucionales.

### CAPÍTULO IV

## Otras disposiciones

Artículo 19. *Política para el manejo de la información en salud.* Con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los actores, en sus diferentes niveles y su transformación en información para la toma de decisiones, se implementará una política que incluya un sistema único de información en salud, que integre los componentes demográficos, socio-económicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros.

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

Artículo 20. *De la política pública en salud.* El Gobierno Nacional deberá implementar una política social de Estado que permita la articulación intersectorial con el propósito de garantizar los componentes esenciales del derecho, afectando de manera positiva los determinantes sociales de la salud.

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

Artículo 21. *Divulgación de información sobre progresos científicos.* El Estado deberá promover la divulgación de información sobre los principales avances en tecnologías costo-efectivas en el campo de la salud, así como el mejoramiento en las prácticas clínicas y las rutas críticas.

Artículo 22. *Política de Innovación, Ciencia y Tecnología en Salud.* El Estado deberá establecer una política de Innovación, Ciencia y Tecnológica en Salud, orientada a la investigación y generación de nuevos conocimientos en salud, la adquisición y producción de las tecnologías, equipos y herramientas necesarias para prestar un servicio de salud de alta calidad que permita el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Artículo 23. *Política Farmacéutica Nacional.* El Gobierno Nacional establecerá una Política Farmacéutica Nacional, programática e integral en la que se identifiquen las estrategias, prioridades, mecanismos de financiación, adquisición, almacenamiento, producción, compra y distribución de los insumos, tecnologías y medicamentos, así como los mecanismos de regulación de precios de medicamentos. Esta política estará basada en criterios de necesidad, calidad, costo efectividad, suficiencia y oportunidad.

Con el objetivo de mantener la transparencia en la oferta de medicamentos necesarios para proteger el derecho fundamental a la salud, una vez por semestre la entidad responsable de la expedición del registro sanitario, emitirá un informe de carácter público sobre los registros otorgados a nuevos medicamentos incluyendo la

respectiva información terapéutica. Así mismo, remitirá un listado de los registros negados y un breve resumen de las razones que justificaron dicha determinación.

Parágrafo. El Gobierno Nacional, por intermedio del Ministerio de Salud y Protección Social, estará a cargo de regular los precios de los medicamentos a nivel nacional para los principios activos. Dichos precios se determinarán con base en comparaciones internacionales. En todo caso no podrán superar el precio internacional de referencia de acuerdo con la metodología que defina el Gobierno Nacional.

El precio se regulará los precios de los medicamentos hasta la salida del proveedor mayorista. El Gobierno Nacional deberá regular el margen de distribución y comercialización cuando este no refleje condiciones competitivas.

Artículo 24. *Deber de garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas.* El Estado deberá garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional. La extensión de la red pública hospitalaria no depende de la rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social. En zonas dispersas, el Estado deberá adoptar medidas razonables y eficaces, progresivas y continuas, para garantizar opciones con el fin de que sus habitantes accedan oportunamente a los servicios de salud que requieran con necesidad.

Artículo 25. *Destinación e inembargabilidad de los recursos.* Los recursos públicos que financian la salud son inembargables, tienen destinación específica y no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente.

Artículo 26. *Vigencia y derogatorias.* La presente ley rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

El texto acogido y ajustado, por los conciliadores, forma parte integral del presente informe para la respectiva aprobación en las Plenarias de la honorable Cámara de Representantes y Senado de la República.

Cordialmente,

**CONSULTAR FIRMAS Y DOCUMENTO EN ORIGINAL  
IMPRESO O EN FORMATO PDF**

**FE DE ERRATAS PROYECTO DE LEY 209 DE 2013 SENADO, 267 DE 2013 CÁMARA  
por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras  
disposiciones.**

Atendiendo la omisión presentada al momento de la digitación del Proyecto de ley 209 de 2013 Senado, 267 de 2013 Cámara, *por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*, nos permitimos presentar fe de erratas a esta iniciativa.

En el informe de conciliación dentro del texto presentado para ser aprobado como texto conciliado el parágrafo del artículo 23 deberá entenderse con la siguiente redacción:

*¿Parágrafo. El Gobierno Nacional, por intermedio del Ministerio de Salud y Protección Social, estará a cargo de regular los precios de los medicamentos a nivel nacional para los principios activos. Dichos precios se determinarán con base en comparaciones internacionales. En todo caso no podrán superar el precio internacional de referencia de acuerdo con la metodología que defina el Gobierno Nacional*

*Se regularán los precios de los medicamentos hasta la salida del proveedor mayorista. El Gobierno Nacional deberá regular el margen de distribución y comercialización cuando este no refleje condiciones competitivas.¿*

## CONSULTAR FIRMAS EN ORIGINAL IMPRESO O EN FORMATO PDF

La Presidencia concede el uso de la palabra al honorable Senador ponente, Armando Benedetti Villaneda.

Palabras del honorable Senador Armando Benedetti Villaneda.

Con la venia de la Presidencia, hace uso de la palabra el honorable Senador Armando Benedetti Villaneda, quien deja una constancia:

Vea Presidente, yo soy de los que creo, porque así está en el Reglamento, que en la conciliación puede haber debate así algunos compañeros hubieran dicho que no se podía, pero sí se puede y lo hubo, pero Presidente, ya cuatro debates, conciliación, y usted va a venir aquí a abrir otra vez, las constancias, primero que todo, según el reglament o las constancias se escriben y se dejan en Secretaría, y no se explican, ni se leen.

La Presidencia manifiesta:

Las vamos a recibir, no entiendo usted cómo dice, reabramos el debate, hagamos el debate, ahora que no pueden haber tres constancias en dos minutos.

### Constancia

Solicito se corrija en la Gaceta de la Estatutaria de Salud, de la cual fue conciliador un documento firmado por mí, donde quedó mal escrita la palabra excepción, debido al apuro en su gestión una de las copias quedó mal.

*Armando Alberto Benedetti Villaneda.*

20. VI. 2013

La Presidencia concede el uso de la palabra al honorable Senador Luis Carlos Avellaneda Tarazona.

Palabras del honorable Senador Luis Carlos Avellaneda Tarazona.

Con la venia de la Presidencia, hace uso de la palabra el honorable Senador Luis Carlos Avellaneda Tarazona, quien deja una constancia:

Gracias Presidente, quiero dejar la siguiente constancia bien telegrafiada. Primero, aquí no hubo debate con racionalidad, ni con democracia; no hubo un día entre la publicación de la Gaceta y esto que se ha llamado debate, no podía haber debate, nadie tuvimos, ninguno tuvimos la oportunidad de estudiar los textos y de estudiar la conciliación, así no puede atropellarse una conciliación.

En segundo lugar, en el caso de la Senadora Gloria Inés no había discrepancia de la proposición de ella, luego se ha violado el artículo 161. No se votaron unas proposiciones del suscrito, ahí también hay una violación de la Ley 5ª del año 92, ha debido someterse a votación la ponencia, la ponencia, no una proposición sustitutiva, conforme a los artículos 156, 158, 175 y 176 del Reglamento y a una Jurisprudencia que dejaré detallada en la Secretaría de la honorable Corte Constitucional.

Y en cuarto lugar, la integración de la Comisión de Conciliación quedó mal hecha, se violó el artículo 187 en cuanto que no se involucraron a todas las Bancadas, ahí se violó el artículo 187 de la Ley 5ª de 1992, pero eso no es lo importante que hayan despreciado a la Oposición, que me hayan despreciado a mí como ponente que era, que me hayan despreciado como proponente de muchas proposiciones, sino el desprecio por la democracia. Gracias señor Presidente.

Señores  
Mesa Directiva

Honorable Senado de la República

Una vez llevado a cabo el pasado 18 de junio de 2013 el debate parlamentario en sesión Plenaria del honorable Senado de la República del Proyecto de Ley Estatutaria número 209 de 2013 Senado, 267 de 2013 Cámara, *¿por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones?* me permito radicar ante la Honorable Mesa Directiva del Senado de la República, la presente constancia de Inconstitucionalidad al trámite surtido en la mencionada sesión Plenaria, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

### Constancia

En sesión Plenaria del honorable Senado de la República arriba referenciada, un grupo de los Senadores ponentes radicó ante la mesa directiva de la Corporación una *Proposición Sustitutiva*, en la cual se solicitaba al pleno del Senado debatir sobre el articulado aprobado en las sesiones conjuntas de las comisiones primeras de Senado y Cámara Representantes, y no sobre la Ponencia Principal suscrita por los senadores Ponentes y publicada en la *Gaceta del Congreso* número 408 de 2013, desconociéndose de esta forma lo establecido en el artículo 160 de la Constitución Política, la Ley 5ª de 1992 (arts. 156 y ss. y 174 y ss.) que establecen que:

Constitución Política artículo 160:

¿... En el informe a la Cámara plena para segundo debate, el ponente deberá consignar la totalidad de las propuestas que fueron consideradas por la comisión y las razones que determinaron su rechazo.

Todo Proyecto de Ley o de Acto Legislativo deberá tener informe de ponencia en la respectiva comisión encargada de tramitado, y deberá dársele el curso correspondiente...¿.

(Subrayas fuera del texto Original).

Adicionalmente a lo largo de la Ley 5ª de 1992 se ha establecido al respecto:

Artículo 175. Contenido de la ponencia. En el informe a la Cámara Plena para segundo debate, el ponente deberá consignar la totalidad de las propuestas que fueron consideradas por la Comisión y las razones que determinaron su rechazo. La omisión de este requisito imposibilitará a la Cámara respectiva la consideración del proyecto hasta cuando sea llenada la omisión.

*Artículo 176. Discusión. El ponente explicará en forma sucinta la significación y el alcance del proyecto. Luego podrán tomar la palabra los oradores de conformidad con lo dispuesto en el artículo 97 del presente reglamento.*

*Si la proposición con la que termina el informe fuere aprobada, el proyecto se discutirá globalmente, a menos que un Ministro o miembro de la respectiva Cámara pidiera su discusión separadamente a alguno o algunos artículos.*

De esta manera y habiéndolo advertido durante mi intervención en el suscitado debate en la sesión Plenaria, existen faltas al mandato legal y Constitucional al debatir sobre el articulado aprobado en las sesiones conjuntas como lo plantearon en la denominada *Proposición Sustitutiva* y no sobre una ponencia, tal y como está normativamente establecido, me permito reiterar la mencionada inconstitucionalidad tomando adicionalmente el pronunciamiento de la honorable Corte Constitucional quien en Sentencia C-816 de 2004 con ponencia de los Magistrados Jaime Córdoba Triviño y Rodrigo Uprimy Yepes señalaron:

*¿...La Corte concluye que el informe de ponencia es un elemento de suma importancia en la formación de la voluntad democrática de las cámaras... Por ello en numerosas oportunidades, esta Corte ha resaltado la importancia de la publicación de la exposición de motivos y de los informes de ponencia, como requisito de racionalidad y publicidad de la deliberación y decisión de las cámaras...¿.*

(Subrayas fuera del Texto Original).

Continúa afirmando en relación con lo estipulado en el artículo 176 de la Ley 5ª de 1992 que:

*¿...La falta de aprobación del informe ocasiona, indefectiblemente, que no pueda continuarse con dicho trámite. Este artículo también prevé un debate general en torno al informe de ponencia, previo a su votación, puesto que indica que, presentada la ponencia, podrán tomar la palabra los congresistas y los ministros, obviamente para señalar sus posiciones frente al contenido general del proyecto, no frente a artículos determinados, puesto que dicha discusión se hace posteriormente...¿.*

(Subrayas fuera del Texto Original).

*¿¿La exigencia constitucional de que exista un informe de ponencia y de que este sea votado favorablemente por la Plenaria, antes de que sea posible entrar en la discusión y voto del articulado específico, es una garantía que la Carta y el Reglamento*

del Congreso establecen para lograr una mayor economía y racionalidad de la deliberación y formación de la voluntad democrática de las Cámaras¿¿.

(Subrayas fuera del Texto Original).

Y finaliza argumentando que:

¿...Este paso, que cierra la fase de ¿debate general¿ del proyecto y permite entrar en el ¿debate específico¿ del articulado, tiene una finalidad constitucionalmente clara: no solo racionaliza la formación de la voluntad democrática de las cámaras sino que, además, introduce un principio de economía en la actividad legislativa, pues evita el desperdicio de esfuerzos en la discusión y votación de un articulado¿¿.

Un segundo aspecto tiene que ver con la no discusión y posterior votación de la totalidad de proposiciones formuladas en la Plenaria de Senado, pues en el desarrollo del debate no fueron tenidas en cuenta algunas de las proposiciones por mí presentadas vulnerando lo establecido en el artículo 112 al 115 y 125 de la Ley 5ª de 1992.

El tercero de los argumentos que me asisten para radicar la presente constancia tiene que ver con la conformación de la comisión de conciliación de los textos aprobados en Cámara y Senado, de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 161 de la Constitución Política y 186 y 187 de la Ley 5ª de 1992. Esta comisión deberá garantizar la representación de cada una de las bancadas que integran la Corporación, condición que no fue respetada por la Mesa Directiva al momento de designar los integrantes de la Comisión conciliatoria del presente proyecto legislativo.

De manera puntual establece el artículo 187 de la Ley 5ª de 1992 que:

¿¿En todo caso las Mesas Directivas asegurarán la representación de las bancadas en tales comisiones...¿.

Un cuarto aspecto, detallado en la presente constancia, hace referencia a la violación de los tiempos establecidos en la mencionada Ley 5ª de 1992 para la publicación de los textos conciliatorios, en la cual se establece que los tiempos de la misma serán de un (1) día, para que los honorables Congresistas puedan conocer, estudiarla y preparar su discusión y aprobación, situación que no se presentó en el presente proyecto legislativo.

Por los anteriores fundamentos Constitucionales, legales y jurisprudenciales me permito sentar la presente constancia, para que la misma sea conocida y estudiada en

cumplimiento de sus funciones por el Tribunal Constitucional en la correspondiente revisión de constitucionalidad del presente proyecto legislativo.

Cordialmente,

*Luis Carlos Avellaneda Tarazona,*  
Senador.

La Presidencia concede el uso de la palabra al honorable Senador Carlos Arturo Quintero Marín.

Palabras del honorable Senador Carlos Arturo Quintero Marín

Con la venia de la Presidencia, hace uso de la palabra el honorable Senador Carlos Arturo Quintero Marín:

Gracias compañero, Presidente, un saludo muy especial a los colegas, al Gobierno. A ver Presidente, yo le quiero dejar una constancia de nuestro Partido Opción Ciudadana, de los cuales vuelvo y lo repito como lo dije ayer Ministros, estamos cumpliendo toda la Bancada de Opción Ciudadana hoy, casi que no se completa el quórum para la votación.

Realmente créame que este proyecto de Ley Estatutaria de Salud, es un proyecto de los más importantes que hemos aprobado en este año y del cual aspiramos, de que el pueblo Colombiano quería de pronto una cosa más concreta, pero todo tiene que darse poco a poco para poder avanzar, y aquí seguiremos cumpliendo, Presidente, con la gente que ha creído en nosotros. Dios le pague muchas gracias.

La Presidencia concede el uso de la palabra al honorable Senador Carlos Alberto Baena López.

Palabras del honorable Senador Carlos Alberto Baena López.

Con la venia de la Presidencia, hace uso de la palabra el honorable Senador Carlos Alberto Baena López, quien deja una constancia:

Aunque en la conciliación se eliminó el tema de la acción de nulidad, me parece que es un avance que el Senado logró para proteger la tutela; de todos modos, el tema de junta médica va a ser un obstáculo porque si por ejemplo un paciente tiene cáncer y un médico particular le dice que necesita cirugía y un médico de la IPS le dice que no, la junta médica dice que no, cuando él vaya a presentar la tutela el juez no va a poder darle

el derecho como hoy en día lo hace, sino que va a tener que someter a lo que dijo la Junta Médica, lo mismo con el listado de las exclusiones.

Los jueces no van a poder dar la tutela porque simplemente el Ministerio de Salud introdujo dentro de las exclusiones ciertos tratamientos, entonces la tutela sí va a seguir sufriendo y el concepto de la sostenibilidad cuando dice que se va a garantizar el derecho fundamental a la salud progresivamente. Me parece que es inconstitucional porque el derecho a la salud tiene que ver con un derecho a la vida, con un derecho fundamental que no se puede garantizar de manera progresiva.

La Presidencia concede el uso de la palabra al honorable Senador Manuel Antonio Virgüez Piraquive.

Palabras del honorable Senador Manuel Antonio Virgüez Piraquive.

Con la venia de la Presidencia, hace uso de la palabra el honorable Senador Manuel Antonio Virgüez Piraquive:

Presidente muchas gracias, es que antes de pasar a los proyectos de Ley, quiero dejar la moción de orden en los proyectos de conciliación. Quiero pedirle al señor Secretario, se certifique si se vote en él, conciliación el número 5 de patrimonio sumergido, yo estuve desde que usted inició señor Presidente, usted comenzó con el número uno, se saltó del 5 al 7.

Yo quería pedir votación nominal en caso de que se certifique de que se votó, quiero dejar mi constancia de voto negativo en esa conciliación, Presidente.

La Presidencia manifiesta:

Queda su constancia, Senador, porque ese, esa fue votada, usted no estaba en el salón en ese momento, o no se percató, no estaba atento, pero se votó. Queda la constancia de su expresión en negativo.

La Presidencia indica a la Secretaría continuar con el siguiente punto del Orden del Día.