



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXVIII - N° 24

Bogotá, D. C., miércoles, 6 de febrero de 2019

EDICIÓN DE 12 PÁGINAS

DIRECTORES:

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

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

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

PONENCIAS

INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 212 DE 2018 SENADO

por medio de la cual se establecen lineamientos especiales para la liquidación de predios para las entidades territoriales por prescripción adquisitiva y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C., febrero de 2019

Senador

CARLOS EDUARDO ENRÍQUEZ MAYA

Presidente

Comisión Primera Permanente Constitucional
Senado de la República

Referencia: Informe de ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 212 de 2018 Senado, por medio de la cual se establecen lineamientos especiales para la liquidación de predios para las entidades territoriales por prescripción adquisitiva y se dictan otras disposiciones.

Respetada Mesa Directiva:

En cumplimiento de la designación realizada por la honorable Mesa Directiva de la Comisión Primera Constitucional del Senado de la República, me permito rendir informe de ponencia positiva, para primer debate al Proyecto de ley número 212 de 2018 Senado, por medio de la cual se establecen lineamientos especiales para la liquidación de predios para las entidades territoriales por prescripción adquisitiva y se dictan otras disposiciones, con el fin de que se ponga a consideración para discusión de la

Comisión Primera Constitucional del Senado de la República.

De los Honorables Senadores,

MARIA FERNANDA CABAL MOLINA
Senadora de la República
Centro Democrático

INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 212 DE 2018 SENADO

por medio de la cual se establecen lineamientos especiales para la liquidación de predios para las entidades territoriales por prescripción adquisitiva y se dictan otras disposiciones.

I. OBJETO DEL PROYECTO DE LEY

El objeto del proyecto de ley es definir los mecanismos jurídicos para los procesos de adquisición de bienes inmuebles por prescripción adquisitiva en favor de las Entidades Territoriales, en aquellos predios en los que ha venido funcionando o prestando servicios a establecimientos de derecho público. En la actualidad, no es posible adelantar mejoras en los predios donde desarrollan actividades entidades de derecho público porque la titularidad de los mismos no está en cabeza del Estado, situación que resulta problemática, ya que muchos de estos inmuebles requieren de modificaciones y adecuaciones constantes para garantizar las condiciones requeridas para el funcionamiento de las diversas instituciones en las que se prestan servicios de instituciones públicas.

II. TRÁMITE DE LA INICIATIVA

El 7 de noviembre de 2018 se radicó en la Secretaría General del Senado de la República, el proyecto de ley. La iniciativa de origen congresional fue presentada por los honorables Senadores: Ciro Ramírez Cortés, Paloma Valencia Laserna, Carlos Guevara Villabón, Santiago Valencia González, Iván Darío Agudelo Zapata, Carlos Felipe Mejía Mejía. Y los honorables Representantes: Luis Gómez Betancur, Martha Villalba, Jorge Tamayo Marulanda, Wílmer Carrillo Mendoza, Jaime Lozada Polanco, Diego Patiño Amariles, Alfredo Ape Cuello, Óscar Darío Pérez, Julián Peinado Ramírez, Margarita Restrepo Arango, Atilano Giraldo Arboleda, Édward Rodríguez Rodríguez, Ciro Antonio Rodríguez, y publicada en la *Gaceta del Congreso* número 1027 de 2018 de la misma fecha.

La suscrita fue informada mediante oficio del 6 de diciembre de 2018, radicado en correspondencia de Senado el 7 de diciembre de 2018 y recibida finalmente el día 10 de diciembre en mi despacho, que conforme al Acta MD-20 había sido designada como ponente para primer debate del Proyecto de ley número 212 de 2018 Senado.

III. ANTECEDENTES

En el proyecto original se mencionan las iniciativas previas que buscaban un fin similar al del presente proyecto de ley: *“En el año 2012 el entonces Senador Carlos Ferro Solanilla presentó una iniciativa similar a la que hoy nos ocupa, enfocada únicamente en el sector educativo, la cual tuvo tres (3) debates en el Congreso de la República.*

En el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, Ley 1753 de 2015, se incluyó el artículo 64 que expresa una buena intención encaminada al propósito de la presente iniciativa, pero en la práctica no es posible materializar dicho objetivo.

Anteriormente fueron presentadas dos iniciativas: El Proyecto de ley número 052 de 2016 Cámara presentado por la honorable Representante Elda Lucy Contento Sanz, y el Proyecto de ley número 072 de 2016 Cámara. Ambas iniciativas fueron acumuladas por la Honorable Comisión Primera de la Cámara de Representantes, en el que se amplía el objeto de adquisición de predios para incluir no solo los predios destinados a instituciones educativas sino todos aquellos en los que se *“prestan servicios o funciones públicas”* de manera general.

El proyecto de ley acumulado fue aprobado en la Comisión I del Senado, pero no alcanzó a ser aprobado en la Plenaria del Senado de la República, quedando así archivado.

Finalmente se anexa en el expediente un fragmento del concepto emitido por la Superintendencia de Notariado y Registro en

el que se avala el propósito y la necesidad de tal iniciativa y se hacen unas observaciones positivas al contenido del Proyecto de ley número 052 de 2016. Por último, se sugiere seguir el procedimiento establecido en Código General del Proceso, en lugar del sugerido por la Ley 1561 de 2012 ya que este procedimiento hace referencia a bienes inmuebles urbanos y rurales de pequeña entidad económica, mientras que el Código General del Proceso establece un procedimiento universal.

CONTENIDO Y ALCANCE DEL PROYECTO

El proyecto consta de 10 artículos, organizados de la siguiente manera:

- Artículo 1°, objeto de la iniciativa y disposiciones generales.
- Artículo 2°, ordena a las entidades territoriales hacer un inventario sobre los inmuebles susceptibles de ser liquidados.
- Artículo 3°, otorga la posibilidad para que las entidades territoriales opten por los predios susceptibles de ser liquidados.
- Artículo 4°, adiciona un párrafo al artículo primero de la Ley 1183 de 2008.
- Artículo 5°, establece un plazo de tres meses después de la declaratoria de la posesión regular para iniciar la acción de pertenencia, so pena de las sanciones pertinentes.
- Artículo 6°. Define un procedimiento para los inmuebles en los que la entidad territorial no tenga derecho a la prescripción adquisitiva, por medio de la Ley 1742 de 2014.
- Artículo 7°, adiciona un párrafo transitorio al artículo 375 del Código General del Proceso, en lo referente a la declaración de pertenencia.
- Artículo 8°, define los derechos de notariado y registro.
- Artículo 9°, define las excepciones en las cuales no aplica las disposiciones de la presente ley.
- Artículo 10, vigencia y derogatoria.

IV. IMPACTO FISCAL

El presente proyecto de ley, al no ordenar gasto, no comprende un impacto fiscal y en consecuencia no requiere cumplir con lo establecido en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003, ni se encuentra condicionado al aval del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

V. MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de Colombia, artículo 58 derecho de propiedad
- Ley 1183 de 2018
- Ley 1442 de 2014
- Ley 1564 de 2012.

JURISPRUDENCIA

- Sentencia C-1172 de 2004

En esta sentencia se define la naturaleza de la prescripción como modo de adquirir y la potestad del Estado para definir sus alcances y limitaciones.

VI. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Las entidades territoriales afrontan un problema común al no poder realizar inversiones y adecuaciones necesarias para su óptimo funcionamiento en los predios donde desarrollan sus actividades y prestan el servicio sus instituciones en educación, asistencia básica y salud entre otras actividades públicas, ya que dichas entidades no cuentan con la titularidad de los bienes inmuebles que han poseído. La ausencia de estos títulos se ha convertido en un inconveniente, para que las instancias del Gobierno (nacional, departamental y municipal), puedan invertir en el mejoramiento de la infraestructura.

En el Eje Cafetero, por ejemplo, y particularmente en Caldas, la falta de título o falsa tradición afecta a más de la mitad de las sedes escolares del área rural, según cifras de la Secretaría Departamental de Educación de Caldas (Sedcaldas) de 287 instituciones educativas oficiales, solo 8 de ellas tienen título de propiedad, lo cual amplía la odiosa brecha en materia educativa y de garantía de derechos de niños, niñas y adolescentes entre población urbana y rural.

Cabe anotar que la legislación colombiana, tiene expresa prohibición para que quienes ejercen

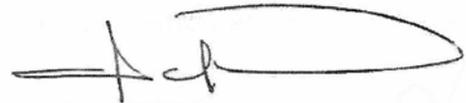
como ordenadores del gasto, inviertan recursos públicos en predios que no estén a nombre del Estado, esta razón es la que impide que el Estado invierta en infraestructura de las entidades públicas para las entidades territoriales.

Este proyecto ofrece una alternativa de titulación por prescripción en favor de las entidades territoriales más ágil, que intenta superar ese cuello de botella que no permite la correcta focalización del gasto en infraestructuras escolares y sociales, en detrimento de los más pobres y vulnerables, especialmente para las poblaciones rurales.

VII. PROPOSICIÓN.

Con fundamento en las anteriores consideraciones, de manera respetuosa solicito a los Honorables Senadores dar primer debate en la Comisión Primera Constitucional del Senado de la República al articulado sin modificaciones del Proyecto de ley número 212 de 2018 Senado, *por medio de la cual se establecen lineamientos especiales para la adquisición de predios para las entidades territoriales por prescripción adquisitiva y se dictan otras disposiciones.*

De los Honorables Senadores,



MARIA FERNANDA CABAL MOLINA
Senadora de la República
Centro Democrático

CONCEPTOS JURÍDICOS

CONCEPTO JURÍDICO DEL MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO AL TEXTO DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 171 DE 2018 SENADO, 060 DE 2017 CÁMARA

por medio de la cual se modifica el artículo 5° de la Ley 1639 de 2013, se crean otras medidas de protección a favor de las víctimas de ataques con sustancias corrosivas y se dictan otras disposiciones.

1.1

Bogotá, D. C.

Honorable Congresista

RODRIGO LARA RESTREPO

Cámara de Representantes

Congreso de la República

Carrera 7 N° 8-68 Edificio Nuevo del Congreso

Bogotá, D. C.

Asunto: Consideraciones del Ministerio de Hacienda y Crédito Público frente al texto

de ponencia para segundo debate al Proyecto de ley número 171 de 2018 Senado, 060 de 2017 Cámara, por medio de la cual se modifica el artículo 5° de la Ley 1639 de 2013, se crean otras medidas de protección a favor de las víctimas de ataques con sustancias corrosivas y se dictan otras disposiciones.

Respetado Presidente:

De manera atenta me permito presentar los comentarios y consideraciones del Ministerio de Hacienda y Crédito Público frente al texto de ponencia para segundo debate al proyecto de ley del asunto, en los siguientes términos:

El proyecto de ley, de iniciativa parlamentaria, tiene por objeto buscar “*el restablecimiento de los derechos en atención y salud, de las personas víctimas de ataques con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel*”¹. Para el efecto, su articulado busca reconocer como víctimas de enfermedad catastrófica a quienes han sufrido ataques con este tipo de sustancias. Asimismo, busca

¹ Artículo 1°, *Gaceta del Congreso* número 1012 de 2017.

otorgar un subsidio de apoyo a la víctima y garantizar su acceso a la atención integral en salud. De igual modo, se dictan disposiciones encaminadas al abastecimiento de insumo necesario para atender esta clase de casos, el fortalecimiento y apoyo a las Unidades de Quemados del sistema público del país, además del establecimiento de medidas de registro e informe respecto a la atención de víctimas.

Frente a lo propuesto, resulta pertinente señalar que el artículo 5° de la iniciativa establece un subsidio de apoyo para víctimas de ataques con agentes o sustancias corrosivas de los niveles 1 al 3 del Sisbén, y ordena al Gobierno nacional en cabeza del Ministerio de Salud, o quien este delegue, determinar la entidad a la que le corresponderá hacerse cargo del subsidio, cuyo monto será igual a un salario mínimo legal vigente y su duración será hasta por cuatro (4) meses, prorrogable por una única vez por igual tiempo.

Al respecto, el Ministerio de Salud y Protección Social en su concepto institucional sobre la iniciativa publicada en el año 2016², manifestó que el subsidio imponía una carga adicional al Gobierno nacional sin tener en cuenta los recursos y señalamientos dados por la Ley Estatutaria 1751 de 2015³. Sin embargo, para tener una idea sobre la magnitud de la mencionada carga fiscal, si se toman como referencia los reportes de víctimas con ácido o sustancias corrosivas de la Policía Nacional y del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), se tiene que entre los años 2011 y 2015 se han reportado 524 casos (en promedio 105 anuales).

Tabla No. 1 Número de Víctimas reportadas por quemaduras con ácido o sustancias corrosivas

Año	Víctimas
2011	121
2012	161
2013	69
2014	112
2015	61
2016	N.D.
TOTAL	524
Promedio anual	105

Fuente: Medicina Legal y Policía Nacional
Fuente: Medicina Legal y Policía Nacional.

Así mismo, si se tiene en cuenta que aproximadamente el 60% de la población se encuentra en los niveles 1 y 2 del Sisbén (de acuerdo a la clasificación utilizada para el régimen subsidiado en salud), alrededor de 63 personas cada año serían susceptibles de recibir el subsidio, lo cual, si se toma el

horizonte máximo de disfrute (incluyendo prórroga), costaría cerca de \$371 millones anuales a 2017.

Tabla No.2 Costo anual por concepto de beneficiarios del subsidio.

Población Niveles 1 - 2 Sisbén (Reg. Subsid)	60%
Población Anual Beneficiada	63
Valor Subsidio Mensual	\$ 737.717
Máximo meses (incluye prórroga)	8
Valor Total Subsidio - por beneficiario	\$ 5.901.736
Valor Total Subsidio - total beneficiarios	\$ 371.809.368

Fuente: SISBEN DANE Cálculos propios.

Ahora bien, respecto al artículo 12 del proyecto, se establece que el MSPS consolidará anualmente un registro único de las víctimas de ataques con sustancias o agentes químicos corrosivos, información que, tal como se indicó en líneas atrás, está discriminada en los reportes de entidades como la Policía Nacional o el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, por lo tanto, sería innecesaria su creación, pues, además de costos adicionales, podría ocasionar duplicidad de funciones. Frente a la implementación del registro referido, a fin de estimar su costo, se consideran a manera de ejemplo, los gastos que demandó el “Observatorio Laboral para la Educación” a cargo del Ministerio de Educación Nacional, como se observa en el siguiente cuadro:

Tabla No. 3 Gastos para la implementación del Observatorio Laboral para la Educación.

Objeto	Valor proyectado 2017
Diseño y puesta en marcha del sistema	701.680.088
Consolidación e Integración de la base de datos del sistema, su divulgación y análisis de resultados.	315.791.310
Gerencia del Proyecto	807.231.537
Divulgación en medios. Diseño y aplicación del sitio web	
Personal: Gerentes, web master, coordinadores, asistentes	836.454.013
Diseño y desarrollo de la bodega de datos e implementación del sistema de consultas dinámicas	197.700.336
Ajustes al sistema de información y a la encuesta de seguimiento	72.177.355
Total	2.931.034.639

Fuente: Observatorio Laboral del Ministerio de Educación Nacional, cálculos DGPPN, otros proyectados.
Fuente: Observatorio Laboral del Ministerio de educación, cálculos DGPPN

De acuerdo con lo anterior, la implementación del sistema de registro de información requiere cerca de \$2.931 millones de pesos, sin contar con las erogaciones para el mantenimiento del mismo. A manera de ejemplo, para la vigencia 2017 se han destinado alrededor de \$967 millones con destino al funcionamiento del sistema de información del Instituto Nacional de Salud (INS).

De igual modo, es necesario mencionar que las demás medidas propuestas en el proyecto de ley ya se encuentran cubiertas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) actual, a través de mecanismos como lo son el aseguramiento del POS con cargo a la UPC,

² Publicado en la *Gaceta del Congreso* número 128 de 2016.

³ Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

el reembolso para servicios y tecnologías no cubiertas con cargo a la UPC y otras acciones especiales de política pública que se encuentran dictaminados en la legislación vigente.

Finalmente, esta Cartera reitera que los proyectos de ley que demanden gastos en su ejecución debe encontrarse contemplados de manera previa dentro de Marco Fiscal de Mediano Plazo de cada sector involucrado, en aras de dar cumplimiento a lo contenido en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003⁴.

De acuerdo con lo expuesto, esta Cartera solicita se tengan en cuenta las anteriores consideraciones, no sin antes manifestar la disposición de colaborar con la actividad legislativa dentro de los parámetros constitucionales y legales de disciplina fiscal vigente.

Cordialmente,


ANDRÉS MAURICIO VELASCO MARTÍNEZ
 Viceministro Técnico
 Ministerio de Hacienda y Crédito Público
 DGRESS/DGCPN/OAJ
 SMRM/GARC/APPC
 UJ: 2871/2Q17

C.C.: H.R. Esperanza María Pinzón de Jiménez – Ponente.
 H.S. Orlando Castañeda Serrano -Autor.
 Dr. Jorge Humberto Mantilla Serrano – Secretario General de la Cámara de Representantes

**LA COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
 PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO
 DE LA REPÚBLICA**

Bogotá, D. C., a los cuatro (4) días del mes de febrero del año dos mil diecinueve (2019)

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

Concepto: Ministerio de Hacienda y Crédito Público

Refrendado por: Doctor *Andrés Mauricio Velasco Martínez*, Viceministro Técnico.

Al Proyecto de ley número 171 de 2018 Senado y 060 de 2017 Cámara.

Título del proyecto: *por medio de la cual se modifica el artículo 5° de la Ley 1639 de 2013, se crean otras medidas de protección a favor de las víctimas de ataques con sustancias corrosivas y se dictan otras disposiciones.*

Número de folios: Cuatro (4) folios.

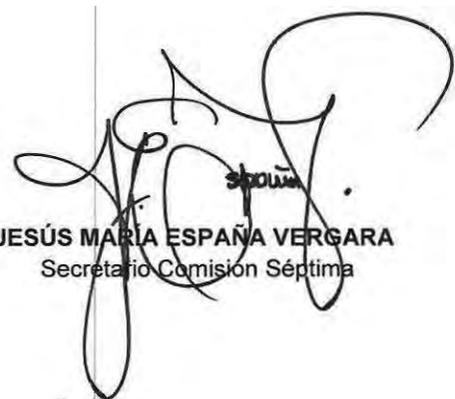
Recibido en la Secretaría de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes.

Día: lunes veintitrés (23) de noviembre de 2017.

Hora: 3:55 p. m.

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 Comisión Séptima

**CONCEPTO JURÍDICO DE MINISTERIO
 DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO AL
 TEXTO APROBADO EN TERCER DEBATE
 AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 220 DE
 2018 SENADO, 001 DE 2017 CÁMARA**

*por medio de la cual se crea el Programa de
 Tamizaje Neonatal en Colombia.*

1.1 Oficina Asesora de Jurídica

Bogotá, D. C.

Honorable Senador

HONORIO HENRÍQUEZ PINEDO

Comisión Séptima Constitucional Permanente
 de Senado

Congreso de la República

Ciudad

Asunto: Comentarios al texto aprobado en tercer debate al Proyecto de ley número 220 de 2018 Senado, 001 de 2017 Cámara, por medio de la cual se crea el Programa de Tamizaje Neonatal en Colombia.

Respetado Presidente:

De manera atenta, me permito presentar los comentarios y consideraciones del Ministerio de Hacienda y Crédito Público frente al texto discutido y aprobado en tercer debate al proyecto de ley del asunto, en los siguientes términos:

El proyecto de ley referenciado en el asunto, de iniciativa parlamentaria, tiene por objeto “regular y ampliar la práctica del tamizaje neonatal en Colombia 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 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, secuelas y discapacidad o modificar la calidad o expectativa de vida”.

⁴ Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones.

Sea lo primero decir que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) son las responsables del recaudo de las cotizaciones de sus afiliados y tienen a su cargo la gestión del riesgo en salud, lo que se traduce en el cumplimiento de las obligaciones establecidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS). Las cotizaciones se constituyen en la principal fuente de financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Estas financian el principal ingreso de las EPS, el valor de las Unidades de Pago por Capitación (UPC), las que se reconocen a cada una de las EPS, por cada persona afiliada y beneficiaria. De esta manera, las cotizaciones financian la UPC, a fin de que el sistema, a través de las EPS, cumpla su función principal de aseguramiento en salud, en sujeción estricta al Plan de Beneficios.

Bajo este esquema se da fiel cumplimiento al mandato constitucional que establece que los recursos de las instituciones de la seguridad social no se podrán destinar ni utilizar para fines distintos a ella¹. Se asegura que los recursos del SGSSS se destinen a los servicios y tecnologías de la salud cubiertas para la atención del servicio público de salud. No en vano existen disposiciones legales como el artículo 23 de la Ley 1438 de 2011² que establece que los recursos para la atención en salud no podrán usarse para adquirir activos fijos, ni en actividades distintas a la prestación de servicios de salud. Del mismo modo, este esquema permite dar cumplimiento a las consagraciones constitucionales referentes a la forma en que deberá garantizarse la seguridad social en salud bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

De la aplicación del principio de la solidaridad se derivan varias implicaciones de suma importancia para la real y efectiva garantía de la seguridad social, una de ellas, expuesta en palabras de la Corte Constitucional, es “...que todos los partícipes de este sistema deben contribuir a su sostenibilidad, equidad y eficiencia, lo cual explica que sus miembros deban en general cotizar, no solo para poder recibir los distintos beneficios, sino además para preservar el sistema en su conjunto ...”³. La solidaridad así vista permite entender que las cotizaciones se convierten en la principal fuente de financiación del SGSSS y, así, de los servicios y tecnologías incluidos en el Plan de Beneficios, a partir del reconocimiento del valor de la UPC.

Ahora bien, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) en ejercicio de las funciones conferidas por el Decreto 2562 de 2012⁴, dentro

de las cuales se encuentra definir y actualizar el Plan de Beneficios y definir el valor de la UPC de cada régimen, incluyó en el Plan de Beneficios la prestación de servicios y tecnologías para atender las facetas de promoción, prevención, paliación, atención de las enfermedades y rehabilitación de las secuelas de la población colombiana, dentro de ellas las personas que van desde la etapa neonatal hasta los seis (6) años⁵.

La competencia ejercida sobre el particular por el MSPS tiene fundamento constitucional y legal. Desde la expedición de la Ley 100 de 1993⁶ ha sido preocupación del legislador las entidades que participan e interactúan al interior del SGSSS, especialmente en el proceso de inclusión de servicios y tecnologías en salud dentro del Plan de Beneficios y su financiación, conforme a

⁵ De acuerdo con los artículos 27, 73, 74 y 75 de la Resolución 5569 de 2017 “*por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)*”. El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) cubre las tecnologías en salud descritas expresamente en esta norma para i) Artículo 27. *Atención integral del proceso de gestación, parto y puerperio*. Para la atención integral de la gestación, parto y puerperio el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC financia todas las tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo en las modalidades de atención ambulatoria o con internación por la especialidad médica que sea necesaria, articulado con lo dispuesto en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) y las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS); ii) Artículo 73. *Programas de detección temprana*. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC financia la atención mediante programas para la detección temprana de alteraciones de la agudeza visual, auditiva y alteraciones del embarazo con las tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo y de acuerdo con lo definido por las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social con el fin de favorecer la identificación oportuna de la enfermedad, el diagnóstico precoz, el tratamiento adecuado y la reducción de los daños en salud causados por eventos no detectados oportunamente (...); iii) Artículo 74. *Programas de protección específica*. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC financia la atención preventiva en salud bucal y la aplicación del biológico según el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (...); iv) Artículo 75. *Atención de la morbilidad neonatal*. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC financia todas las tecnologías en salud contenidas en el presente acto administrativo para el recién nacido, desde el momento del nacimiento y hasta el mes de nacido, con el fin de atender integralmente cualquier contingencia de salud, incluyendo lo necesario para su realización de tal forma que se cumpla con la finalidad del servicio y según el criterio del médico tratante. Incluye las atenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, establecidas en las normas técnicas de protección específica para la atención del parto (adaptación neonatal y complicaciones del recién nacido) y la atención del recién nacido (...).

⁶ “*Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones*”.

¹ Constitución Política. Artículo 48.

² *Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*.

³ Corte Constitucional. Sentencia C-126 de 2000.

⁴ *Por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social, se crea una Comisión Asesora y se dictan otras disposiciones*.

la cláusula constitucional que consagra que la seguridad social se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado. Desde el texto original de la ley en mención quedó establecida esta competencia en cabeza del MSPS, la Superintendencia Nacional de Salud y el otrora Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud⁷, entidad esta última quien fuera la encargada de definir la UPC hasta la entrada en vigencia de la Ley 1122 de 2007⁸ que creó la Comisión de Regulación en Salud, entidad que en su reemplazo le fue encomendada la definición y modificación de los Planes Obligatorios de Salud hasta el año 2012, fecha en la que se ordenó su supresión y se ordenó el traslado de estas funciones al MSPS.

Por su parte, es importante resaltar que de conformidad con la Ley 100 de 1993, la UPC se establecerá de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico, los costos de prestación y la tecnología media disponible, las condiciones financieras del sistema, su financiación y estudios técnicos⁹ respectivos. Su definición debe consultar además el equilibrio financiero del sistema de acuerdo con las proyecciones de sostenibilidad de mediano y largo plazo, en cualquier caso compatibles con el Marco Fiscal de Mediano Plazo¹⁰. Así, pues, la UPC responde a un análisis técnico y actuarial que contrasta la población objetivo y los servicios y tecnologías con cobertura en salud.

Es por lo anterior que esta Cartera, sin perjuicio de la competencia del Congreso de la República de hacer las leyes, no comparte la inclusión de servicios y tecnologías en salud mediante leyes, tal como se pretende hacer mediante el proyecto de ley del asunto, en tanto esta práctica disiente de la filosofía del SGSSS que implica la ejecución de dicha labor a través de una entidad técnica como el MSPS, en razón a los criterios que deben tenerse en cuenta para su inclusión, el análisis que esto supone y los componentes que se encuentran en juego como la sostenibilidad del sistema articulada bajo un esquema de prestación que comprende la participación de los particulares y la solidaridad en su financiación. Luego es imperioso preservar la coherencia del sistema y respeto por las instituciones que han sido creadas precisamente para hacer efectiva la prestación del servicio de la seguridad social.

En esa línea apuntó la Ley 1751 de 2015 “Ley Estatutaria de Salud” (LES) al consagrar por definición del sistema de salud *“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”. El legislador estatutario consciente del modelo de seguridad social, lo erigió en unos principios que no son negociables, pues comprenden la garantía implícita de ese derecho. La competencia del MSPS enfrenta responsabilidades con el sistema en este sentido.

Actualmente, esas responsabilidades en el marco del “Sistema” buscan garantizar el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías sobre un concepto integral de la salud. Así, el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 dispuso reglas importantes para delimitar el contenido del derecho a la salud, lo cual fue avalado por la Corte Constitucional bajo el entendido de que precisamente corresponde al legislador estatutario fijar límites a los derechos fundamentales¹¹, en este sentido consagra que los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta por criterios: (i) Que tenga como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas; (ii) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica; (iii) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica; (iv) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente; (v) Que se encuentren en fase de experimentación; y (vi) Que tengan que ser prestados en el exterior.

Si bien la norma dispone que el derecho se garantizará desde una concepción integral de la salud, precisa que bajo ninguna circunstancia podrán utilizarse los recursos públicos para financiar servicios y tecnologías que, de acuerdo con los criterios allí definidos, deban ser excluidas explícitamente. De tal forma que las prestaciones que se excluyan materializarán los límites del derecho, pues los usuarios del Sistema no podrán reclamar la prestación de dichos servicios con cargo a los recursos públicos de la salud.

Asimismo, con el fin de garantizar una decisión participativa, técnica, científica, incluyente y legítima para establecer lo que debe ser asegurado por el Sistema, la LES dispuso que: **(i) el listado de exclusiones debe ser definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, después de haber adelantado un procedimiento** técnico-científico, público, colectivo, participativo y transparente, en el que se debe garantizar la participación de expertos independientes, de las asociaciones profesionales de la especialidad correspondiente y de los pacientes que serían potencialmente afectados con la exclusión. **(ii)** En sentido similar, dispuso que **la ampliación progresiva de los beneficios en salud se debe realizar a través**

⁷ Ley 100 de 1993. Artículo 155.

⁸ “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social y se dictan otras disposiciones”.

⁹ Ley 100 de 1993. Artículo 162 y 182.

¹⁰ Ley 1122 de 2007. Artículo 7°.

¹¹ Corte Constitucional. Sentencia C-313 de 2014.

de un mecanismo que defina el legislador, que debe ser técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente.

Con el fin de dar cumplimiento a la norma citada, la LES dispuso adicionalmente que el Ministerio de Salud y Protección Social tendría hasta dos años para su implementación, dentro de los cuales podría desarrollar el mecanismo técnico, participativo y transparente para excluir servicios o tecnologías en salud.

Así, mediante la Resolución 330 del 14 de febrero de 2017¹², el Ministerio de Salud y Protección Social adoptó el procedimiento técnico-científico participativo, de carácter público, colectivo y transparente para la aplicación de los criterios de exclusión definidos en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, con el fin de construir y actualizar periódicamente la lista de tecnologías que no serían financiadas con recursos públicos asignados a la salud. De acuerdo con dicha resolución, el procedimiento se debe desarrollar en cuatro (4) fases: 1. Nominación y priorización, 2. Análisis técnico-científico, 3. Consulta a pacientes potencialmente afectados. 4. Adopción y publicación de las decisiones.

Con estos elementos presentes, resulta acertado sostener que el Sistema de Salud se encuentra actualmente en una etapa de transición hacia el nuevo plan de beneficios, mediante la cual se pretendió garantizar que la comunidad científica, los expertos, los profesionales en salud, los ciudadanos en general y los pacientes en especial, puedan participar de forma transparente y pública en la toma de decisiones que inciden en el contenido y alcance del derecho a la salud.

En este nuevo sistema, la adopción de medidas aisladas en materia de inclusiones o exclusiones implica un claro desconocimiento de la Ley Estatutaria en Salud. Así las cosas, la expedición de una ley ordinaria por parte del Congreso de la República que ordena la financiación de tratamientos a tamizaje neonatal con recursos públicos resulta contraria a los postulados de la Ley Estatutaria de Salud.

La voluntad del legislador estatutario frente a la protección del servicio de salud fue la de adoptar un modelo de servicios y tecnologías excluidos, de manera que se financia con cargo a los recursos públicos lo que no esté excluido. Este modelo junto con el procedimiento de exclusión y la competencia de dicho proceder por parte del MSPS fue declarado exequible y considerado expresamente materia “estatutaria” por la Corte Constitucional, lo que le otorga a dicho contenido una jerarquía por encima de las leyes ordinarias

¹² “Por el cual se adopta el procedimiento técnico-científico y participativo para la determinación de los servicios y tecnologías que no podrán ser financiadas con recursos públicos asignados a la salud y se dictan otras disposiciones”.

de acuerdo con la jurisprudencia de la Corte Constitucional¹³.

Al respecto, cabe reiterar que la Ley 1751 de 2015, regula asuntos que hacen parte del núcleo esencial del derecho fundamental a la salud y que por lo tanto tienen reserva de ley estatutaria. En ese sentido, como quiera que el artículo 15 de la LES regula materias estatutarias¹⁴, su contenido constituye un referente constitucional que debe ser observado de forma obligatoria por el legislador ordinario. Por lo tanto, la violación de la norma estatutaria implica, a su vez, la transgresión de la Constitución.

Así las cosas, el proyecto de ley resulta contrario a los mandatos del legislador estatutario definidos en el artículo 15 de la LES. Ciertamente, al ampliar directamente los beneficios en materia de tamizaje neonatal se desconocen las reglas estatutarias sobre competencia y procedimiento en materia de exclusiones y ampliación de servicios y tecnologías en salud.

Ahora bien, el procedimiento técnico-científico de carácter público, colectivo, participativo y transparente que debe realizarse, no solo para establecer el listado de exclusiones sino para ampliar progresivamente los beneficios, es un elemento estructural del derecho fundamental, pues la LES estableció que este deberá agotarse para poder delimitar el contenido del plan de beneficios.

Esta disposición tiene una relevancia especial que ha sido considerada por diferentes instancias a nivel nacional e internacional, como una herramienta necesaria para la garantía efectiva del derecho a la salud. Por ejemplo, en la Observación General número 14 de 2000 proferida por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU se señaló: “otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre

¹³ Corte Constitucional. Sentencia C-313 de 2014 con ponencia del Magistrado Gabriel Eduardo Mendoza al realizar el estudio particular sobre el artículo 15 del Proyecto de Ley Estatutaria número 209 de 2013 Senado y 267 Cámara, que culminó con la expedición de la Ley 1751 de 2015 consideró: “Esta disposición al establecer importantes restricciones al acceso a un derecho fundamental, claramente es propia del resorte del legislador estatutario. Ahora bien, respecto de la naturaleza de las Leyes Estatutarias, la alta corporación en Sentencia C-748 de 2011 señaló: “Las leyes estatutarias constituyen un tipo de leyes de especial jerarquía, que tienen como fin esencial salvaguardar la entidad de las materias que regula que son los deberes y derechos fundamentales (...) materias estas que comportan una importancia cardinal para el desarrollo de los artículos 1° y 2° de la Carta pues su regulación especial garantiza la vigencia de los principios básicos constitucionales y propenden por la consecución de los fines esenciales del Estado”.

¹⁴ Este artículo fue además declarado exequible, salvo la última parte del inciso 4° que fue declarado inexecutable y que por lo tanto no ha sido citado en el presente escrito.

las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional”¹⁵.

En el plano interno, la Corte Constitucional ha señalado la importancia de garantizar la participación directa y efectiva de la ciudadana en el proceso de definición de los servicios de salud que se financian con recursos públicos. Así lo precisó en la Sentencia hito T-760 de 2008, en la que ordenó a la entonces Comisión de Regulación en Salud (CRES) realizar la actualización integral del plan de beneficios y la unificación de los planes de beneficios, garantizando la participación directa y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud:

*“3.3.13. La tercera condición es que los procesos de decisión, elaboración, implementación y evaluación de la política pública permitan la participación democrática. En tal sentido, la jurisprudencia ha considerado **inaceptable constitucionalmente que exista un plan (i) “que no abra espacios de participación para las diferentes etapas del plan”, o (ii) “que sí brinde espacios, pero estos sean inocuos y solo prevean una participación intrascendente. (...)”***

(...)

*3.3.14. En conclusión, la faceta prestacional y progresiva de un derecho constitucional permite a su titular exigir judicialmente, por lo menos, (1) la existencia de una política pública, (2) orientada a garantizar el goce efectivo del derecho y (3) que contemple **mecanismos de participación de los interesados.**” [Subrayas y negrillas fuera del texto original].*

¹⁵ Observación General número 14 de 2000 relativa al “derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, proferida por el Comité de Derecho Económicos, Sociales, Culturales. En 1948, la Constitución de la OMS disponía que, “una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo”, aunque fue en el decenio de 1960 y a comienzos de los años setenta cuando empezaron a valorarse cada vez más las ventajas prácticas de la participación de las comunidades en los proyectos sanitarios y su identificación con estos últimos. Diversos proyectos ejecutados en zonas de Guatemala, Nigeria y la República Unida de Tanzania demostraron que una mayor participación de la comunidad podía aportar beneficios sanitarios para la población. En estos proyectos, la aprobación comunitaria facilitó la definición de prioridades pragmáticas, y los agentes de salud comunitarios asumieron importantes responsabilidades (1). En 1978 la plena participación de la comunidad en la pluridimensional labor de mejora de la salud se convirtió en uno de los pilares del movimiento en pro de la salud para todos. En 1986, la Carta de Ottawa, firmada en la Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud, identificó el fortalecimiento de la acción comunitaria como una de las cinco prioridades clave para una promoción proactiva de la salud. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2013 - Investigación para una cobertura universal. Capítulo 3: Participación de la comunidad en la salud pública, p. 47.

En consideración a lo anterior, la existencia de un procedimiento en el que participen los pacientes, los médicos, los expertos, las asociaciones de profesionales y de usuarios, que sea público y transparente, tiene una relevancia especial que es ignorada por el legislador ordinario al pretender ordenar directamente la financiación del tamizaje neonatal con recursos públicos, sin haberse adelantado el proceso de consulta a la población que tiene el derecho de presentar una opinión, no solo sobre la exclusión de un beneficio, sino también sobre su ampliación.

La destinación de recursos de la salud para financiar el tamizaje neonatal -dado el costo representativo para el Sistema- es un asunto que definitivamente afecta a los usuarios. Por ello, justamente, la LES les confirió el derecho de participar en la toma de esta clase de decisiones que impactan gravemente las finanzas del Sistema Y el tránsito hacia la concepción integral de la salud.

En consecuencia, la iniciativa desconoce un elemento estructural del derecho fundamental a la salud, relativo al mecanismo que exige el legislador estatutario para ampliar progresivamente los beneficios en salud y para establecer las prestaciones en salud que serán excluidas. En este orden, la Corte Constitucional en la Sentencia C-093 de 2017 señaló:

“La Sala colige que el financiamiento de una prestación por parte del sistema de salud, se puede dar de dos formas: la primera, mediante la UPC que garantiza el acceso a todos los afiliados a los servicios propios del plan de beneficios; y, la segunda, a través del recobro individual de las tecnologías excluidas otorgadas mediante decisión judicial u orden del mecanismo de prescripción del Sistema.

Si bien se encuentran administradas por la misma entidad, es decir el Adres, son fuentes de financiamiento independientes en tanto están dirigidas a servicios completamente diferentes, por una parte, lo cubierto por el PBS para toda la población (protección colectiva) y, por otra, lo que aun no estando incluido, debe garantizarse al paciente en el caso particular y concreto (protección individual).

(...)

En esos términos, no le es dable al legislador ordinario ni al Ejecutivo decretar inclusiones individuales y expresas en el catálogo de servicios, comoquiera que ello desatiende el contenido del artículo 15 de la LES y la interpretación constitucional que sobre el particular se dio en la Sentencia C-313 de 2014.

Así las cosas, no podría el legislador ordinario ahora incluir un servicio o tecnología, pues dicho actuar sería inconstitucional al ir en contravía del procedimiento para excluir servicios y tecnologías por parte del MSPS, ya que traería por efecto que ese Ministerio no podría con posterioridad

ejercer su competencia, haciendo inocuo el objetivo trazado de atención integral de la salud mediante el mecanismo de exclusión previsto en la Ley Estatutaria de Salud. Además, ese proceder es contrario al ordenamiento jurídico superior, pues no responde a criterios técnicos ni consulta los factores que rigen la definición de la UPC, quiebra los principios que cimientan el SGSSS y pone en riesgo su sostenibilidad financiera y la viabilidad en perjuicio de la garantía del derecho fundamental de salud.

En este orden de ideas, esta Cartera considera que el legislador desconoce el artículo 15 de la LES, disposición que hace parte del bloque de constitucionalidad, pues la competencia para definir qué se financia con los recursos públicos de la salud constituye un elemento estructural del derecho fundamental a la salud. Esta tarea fue asignada por la LES al Ministerio de Salud y Protección Social en materia de exclusiones (no al legislador ordinario), y solo se activa después de haber adelantado un procedimiento técnico-científico de carácter público, colectivo, participativo y transparente.

Por otro lado, respecto al artículo 10 de la iniciativa, que ordena al Gobierno nacional, a través de los Ministerios de Salud y Protección Social, y Hacienda y Crédito Público, disponer de los recursos requeridos para la implementación del Programa de Tamizaje Neonatal, debe advertirse que este mandato desconoce la Constitución y las normas orgánicas en materia presupuestal.

Si bien es cierto que la Constitución Política y las normas orgánicas de presupuesto reconocen al Congreso de la República como el órgano competente para aprobar el gasto, no se puede desconocer que la decisión del gasto involucra también al Ejecutivo en los diferentes momentos del proceso de elaboración presupuestal, en consonancia con lo dispuesto en el artículo 345 superior, que establece que *“En tiempo de paz no se podrá percibir contribución o impuesto que no figure en el presupuesto de rentas, ni hacer erogación con cargo al Tesoro que no se halle incluida en el de gastos”*, lo cual estará incluido en el presupuesto de rentas y ley de apropiaciones, que por disposición constitucional contendrá la totalidad de los gastos que el Estado pretenda realizar durante la vigencia fiscal respectiva¹⁶.

Lo anterior implica que el Congreso de la República únicamente podrá aprobar aquellos gastos que cuentan con respaldo en una ley anterior,

¹⁶ Constitución Política. Artículo 347. *“El proyecto de ley de apropiaciones deberá contener la totalidad de los gastos que el Estado pretenda realizar durante la vigencia fiscal respectiva. Si los ingresos legalmente autorizados no fueren suficientes para atender los gastos proyectados, el Gobierno propondrá, por separado ante las mismas comisiones que estudian el proyecto de ley del presupuesto, la creación de nuevas rentas o la modificación de las existentes para financiar el monto de gastos contemplados”*.

lo cual no puede significar que el Congreso pueda atribuirse competencias que desde la Constitución y las leyes orgánicas de presupuesto están otorgadas al Ejecutivo. En este sentido, mal haría el Congreso en priorizar el gasto desde una ley, pues como bien lo establece el artículo 39 del Estatuto Orgánico del Presupuesto¹⁷, la priorización de gastos autorizados por leyes preexistentes en la ley anual de presupuesto corresponde al Gobierno. Asimismo, la iniciativa además de entregarle al Congreso competencias que por la Constitución y las normas orgánicas le conceden al Gobierno, se desconoce la autonomía de la que gozan las entidades que hacen parte del Presupuesto General de la Nación, que son en últimas las que deciden cómo ejecutan y comprometen las apropiaciones incorporadas en el presupuesto.

Del mismo modo, los artículos 42 y 43 de la Ley 715 de 2001¹⁸ establecen las competencias de la Nación y de las Entidades Territoriales en materia de salud pública, señalando que corresponde a la Nación la dirección del sector salud en el territorio nacional y, a los departamentos corresponde lo propio en el territorio de su jurisdicción, destacándose dentro de sus funciones específicas *“...garantizar la financiación y la prestación de los servicios de laboratorio de salud pública directamente o por contratación...”*¹⁹.

Por su parte, la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud se establece en la Ley 1797 de 2016²⁰ que establece que *“...a partir de la vigencia 2017, los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) para salud se destinará el 10% para cofinanciar las acciones en salud pública; hasta el 80% para el componente de Régimen Subsidiado y el porcentaje restante para la prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda y financiación del subsidio a la oferta...”*²¹.

Como puede advertirse, la financiación de la salud pública es competencia de los departamentos, y el proyecto de ley pretende que un componente de la misma sea asumido por la Nación, lo cual resulta contrario a las normas de naturaleza orgánica que regulan la materia.

Respecto al costo de la iniciativa, en lo que tiene que ver al tamizaje neonatal, se aclara que

¹⁷ Decreto 111 de 1996. *“Por el cual se compilan la Ley 38 de 1989, la Ley 179 de 1994 y la Ley 225 de 1995 que conforman el Estatuto Orgánico del Presupuesto”*.

¹⁸ *“Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros”*.

¹⁹ Ley 715 de 2001. Artículo 43.3.2.

²⁰ *“Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”*.

²¹ Ley 1797 de 2016. Artículo 2°.

para estimar el impacto fiscal resultado de aplicar de forma obligatoria este tipo de pruebas, se toma en consideración la información de nacidos vivos en el país y de los posibles costos de las pruebas mencionadas. De acuerdo con la información del DANE, el promedio anual de nacimientos vivos anuales en Colombia, en el período 2010-2016 ha sido de 661 mil neonatos, como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 1.
Promedio anual de nacimientos vivos anuales en Colombia 2010 - 2016

Año	Número de Nacimientos por año en Colombia
2010	654.627
2011	665.499
2012	676.835
2013	658.835
2014	669.137
2015	660.999
2016	644.305
Promedio 2010 - 2016	661.462

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

Según lo previsto en la iniciativa, a todos los colombianos nacidos al año debería aplicárseles la prueba de Tamizaje Neonatal Básico y paulatinamente llegar a pruebas de Tamizaje Ampliado²².

Así, para determinar el impacto del proyecto de ley frente a una sola de las pruebas en el Tamizaje Ampliado, y correspondiente a la prueba de aminoácidos, se toma en consideración la información obtenida de la Base de Datos de Recobros del Ministerio de Salud y Protección Social, la cual categoriza una de estas pruebas como “*Tamizaje errores de Metabolismo, aminoácidos y carbohidratos Faconi y Sind de Wilson en Orina COT*”. Esta sola prueba ha costado por paciente, según la base mencionada y tomando la mediana, \$193.050 para el periodo 2015-2016. Es decir, que el impacto fiscal de solamente aplicar esta prueba a los 661 mil recién nacidos sería de aproximadamente \$127 mil millones de pesos al año.

No obstante, se debe aclarar que este impacto solo incluye una prueba y no considera el costo de las otras pruebas tanto de Tamizaje neonatal básico como de Tamizaje ampliado. Es decir, el impacto podría ser significativamente mayor, lo que desvirtúa lo mencionado en la sección “*Justificación de la iniciativa*” del proyecto de

ley, que señala una inversión entre “\$13.000 a \$33.000 pesos por niño”²³.

Por otro lado, tomando información del mercado en la ciudad de Bogotá, consultando telefónicamente y en páginas web, laboratorios especializados (mes agosto 2017) se encuentran los siguientes costos.

Tabla 2.
Estudio mercado Tamizaje neonatal

Institución-laboratorio	Tipo de Tamizaje	Precio (\$)
Genlux (Laboratorio de investigación Hormonal) (Telefónico)	Básico	260.000
	Ampliado	325.000
	Ampliado, auditivo, visual	450.000
PreGen (Página web y telefónica)	Básico - Tradicional (sin visual y auditivo)	220.000
	Básico- Tradicional (incluye visual y auditivo)	320.000
	Completo (ampliado) e incluye auditivo y visual	455.000

Como se observa en el cuadro anterior, el tamizaje básico tiene un valor entre **\$220.000 y \$260.000**, sin incluir tamizaje auditivo y visual. En cuanto al tamizaje visual y auditivo, se presenta un costo entre **\$50.000** cada uno²⁴. Cabe resaltar que en la justificación del proyecto de ley se señala que la inversión por niño, entendida como el valor del tamizaje, no supera \$30 mil pesos, valor a todas luces subestimado si se considera que ni siquiera es el costo del tamizaje visual o auditivo. Por su parte, el tamizaje ampliado tiene un precio en el mercado que alcanza **\$450.000**.

De lo anterior se concluye que, en la primera etapa de entrada en vigencia del proyecto de ley, que ordena comenzar con el tamizaje básico aplicado al universo de los recién nacidos, el impacto de la iniciativa, a precios de mercado podría llegar a costar **\$172** mil millones al año; mientras que el tamizaje ampliado (junto con el auditivo y el visual), podría costar **\$301** mil millones anuales de 2017, tomando como base el número de nacimientos al año según el DANE, que en promedio de los últimos 7 años es de 661 mil niños nacidos.

Finalmente, se destaca un problema en el costo-efectividad de la iniciativa, toda vez que la exposición de motivos resalta que “...*Al tamizar anualmente 518.400 neonatos, se podrían detectar unos 50 casos a costo aproximado de \$330 millones por caso...*”. Es decir, el gasto total de aplicar el tamizaje al universo de neonatos se traduce en detectar menos de una diezmilésima (0.0096%) de recién nacidos con alguna necesidad de tratamiento. Dicho en otras palabras, el nivel de incidencia es fundamental para determinar la conveniencia de destinar gasto público para la aplicación del tamizaje planteado en el proyecto de ley, pues de otra manera se afecta la progresividad de la cobertura de los servicios de salud para toda la población.

²² Se destaca que el proyecto define explícitamente las pruebas que incluye en el tamizaje básico haciendo referencia al hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria y galactosemia, librosis quística, hiperplasia suprarrenal congénita, déficit de biotinidasa y defectos de la hemoglobina. Adicionalmente define el tamizaje ampliado como aquel además de las pruebas de tamizaje básico debe incorporar pruebas sobre enfermedades de los aminoácidos, enfermedades de los ácidos orgánicos y desórdenes de la betaoxidación de los ácidos grasos (en total son 33 enfermedades que se detectan con esta prueba).

²³ *Gaceta del Congreso* número 946 de 19 de octubre de 2017.

²⁴ Ver <http://www.progencolombia.com/site/pagos-om-linea/>

Por ello, en el SGSSS las pruebas de tamizaje se aplican según lo ordenado por el médico tratante a partir de la evaluación que viene realizando al recién nacido desde el momento mismo de la gestación y con el análisis de los antecedentes de parentesco que puedan conducir a ordenar tales pruebas. Es decir, es muy importante encontrar medios alternativos para determinar la procedencia del tamizaje. El tamizaje es susceptible de ser previamente focalizado y ser parte de las rutas de atención que deben definirse dentro de las políticas y modelos de atención integral en salud, dada la existencia de un procedimiento definido a través de Ley 1751 de 2015 para la definición de las patologías a ser incluidas en el plan de salud.

Por las razones antes expuestas, este Ministerio se abstiene de emitir concepto favorable al proyecto de ley en estudio, y en consecuencia, de manera respetuosa, solicita considerar la posibilidad de su archivo, no sin antes manifestar la disposición de colaborar con la actividad legislativa dentro de los parámetros constitucionales y legales de disciplina fiscal vigente.

Cordialmente.



LUIS ALBERTO RODRÍGUEZ OSPINO
 Viceministro Técnico
 OAJ/DGPPN/DGREGS
 JA/JD/CARC/MGM
 UJ.8150 - 2018
 H.R. Margarita María Restrepo - Autor
 H.S Fabián Castillo - Ponente
 Dr. Jesús María España, Secretario de la Comisión Séptima de Senado
 Dr. Gregorio Eljach Pacheco, Secretario del Senado

**LA COMISIÓN SÉPTIMA
 CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL
 HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA**

Bogotá, D. C., a los cinco (5) días del mes de febrero del año dos mil diecinueve (2019)

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

Concepto: Ministerio de Hacienda y Crédito Público

Refrendado por: Doctor *Luis Alberto Rodríguez Ospino*, Viceministro Técnico.

Al Proyecto de ley número 220 de 2018 Senado y 001 de 2017 Cámara.

Título del proyecto: *por medio de la cual se crea el Programa de Tamizaje Neonatal en Colombia.*

Número de folios: Doce (12) folios.

Recibido en la Secretaría de la Comisión Séptima del Senado.

Día: martes cinco (5) de febrero de 2019.

Hora: 10:0 a. m.

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

El Secretario,



JESÚS MARIA ESPAÑA VERGARA
 Secretario Comisión Séptima

CONTENIDO

Gaceta número 24 - Miércoles, 6 de febrero de 2019	
SENADO DE LA REPÚBLICA	
PONENCIAS	Págs.
Informe de ponencia para primer debate al Proyecto de Ley Número 212 de 2018 Senado, por medio de la cual se establecen lineamientos especiales para la liquidación de predios para las entidades territoriales por prescripción adquisitiva y se dictan otras disposiciones.	1
CONCEPTOS JURÍDICOS	
Concepto jurídico del Ministerio de Hacienda y Crédito Público al texto de ponencia para segundo debate al Proyecto de ley número 171 de 2018 Senado, 060 de 2017 Cámara, por medio de la cual se modifica el artículo 5° de la Ley 1639 de 2013, se crean otras medidas de protección a favor de las víctimas de ataques con sustancias corrosivas y se dictan otras disposiciones.....	3
Concepto jurídico del Ministerio de Hacienda y Crédito Público al texto aprobado en tercer debate al Proyecto de ley número 220 de 2018 Senado, 001 de 2017 Cámara, por medio de la cual se crea el Programa de Tamizaje Neonatal en Colombia.	5