



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRESA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprensa.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXIX - N° 1241

Bogotá, D. C., miércoles, 4 de noviembre de 2020

EDICIÓN DE 28 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

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PONENCIAS

PONENCIA PRIMER DEBATE DEBATE PROYECTO DE LEY NÚMERO 205 DE 2020 CÁMARA

por medio de la cual se crean y regulan las Unidades de Atención Integral a la Primera Infancia en la Empresa (UAPI) “Siempre presente”.

PONENCIA SEGUNDO DEBATE

Proyecto de Ley No. 205 de 2020 Cámara

I. ANTECEDENTES DEL PROYECTO DE LEY

El Proyecto de Ley fue presentado a consideración del Congreso de la República en la legislatura 2016 – 2017, siendo su autora la Representante Margarita María Restrepo Arango; sin embargo, fue retirado para enriquecer su contenido.

Nutrido el proyecto con ajustes estructurales, que tienen el propósito de hacerlo viable en lo jurídico y en lo económico, nuevamente se presentó por los Representantes Margarita María Restrepo Arango y José Eliecer Salazar López, el 21 de julio de 2020, correspondiéndole el número 205 de 2020 en la Cámara de Representantes; posteriormente fue remitido a la Honorable Comisión Séptima de la Cámara, quien procedió a designarnos como ponentes para primer debate.

II. OBJETO Y CONTENIDO DEL PROYECTO DE LEY

La presente iniciativa legislativa busca crear y regular las Unidades de Atención Integral a la Primera Infancia, como un servicio destinado al cuidado y potenciamiento del desarrollo de los niños entre 0 meses a 5 años, 11 meses y 29 días, a partir del momento en que termine la licencia remunerada en la época del parto, de que trata el artículo 236 del Código Sustantivo del Trabajo.

El texto original del proyecto de ley está integrado por diecinueve (19) artículos:

- Artículo 1 – Objeto
- Artículo 2 – Prestadores del servicio
- Artículo 3 – Ámbito de aplicación
- Artículo 4 – Unidades de Atención Integral a la Primera INFANCIA (UAPI)
- Artículo 5 – Definiciones
- Artículo 6 – Fines de las UAPI
- Artículo 7 – Requisitos mínimos para funcionamiento de las UAPI
- Artículo 8 – Licencia de funcionamiento o permisos
- Artículo 9 – Seguridad en las instalaciones
- Artículo 10 – Ubicación de las UAPI

Artículo 11 – Personal idóneo

Artículo 12 – Instalaciones generales y específicas

Artículo 13 – Equipamiento

Artículo 14 – Adecuación física y mantenimiento

Artículo 15 – Capacitación del personal

Artículo 16 – Clasificación de las UAPI

Artículo 17 – Beneficio tributario

Artículo 18 – Vigilancia y control

Artículo 19 - Vigencia

III. CONSIDERACIONES GENERALES Y MARCO NORMATIVO

La evolución de la educación inicial en Colombia¹ ha sido la siguiente:

- Antes de 1962, no existieron normas específicas para crear y poner en funcionamiento un establecimiento preescolar.
- Mediante la **Resolución 1343 de 1962** se reglamentó por primera vez las inscripciones, solicitudes y documentos, directora, local, material didáctico, licencia de funcionamiento, etc., de los jardines infantiles.
- En el gobierno del Presidente Carlos Lleras Restrepo, mediante la **Ley 75 de 1968**, se creó el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), con el fin de brindar protección al menor y procurar la estabilidad y bienestar familiar.
- En 1970, los niveles de expertos y tecnólogos eran las únicas alternativas académicas que existían en el campo preescolar, cuya orientación empirista y práctica parecían caracterizar perfectamente la idea que se tenía de una modalidad que se le veía más como una tecnología que como una ciencia.
- Mediante la **Ley 27 de 1974** se crean los Centros de Atención Integral al Preescolar (CAIP).

¹ Documento “Colombia por la primera infancia: política pública por los niños y niñas, desde la gestación hasta los seis años - 2006”

<p>➤ Con el Decreto 088 de 1976, el Ministerio de Educación Nacional incorpora por primera vez la modalidad del preescolar al sistema educativo colombiano. Sin embargo, después de 18 años se le da el carácter obligatorio.</p> <p>➤ En 1976, con el Decreto 088 de dicho ministerio, se reconoce y se incorpora por primera vez la educación preescolar al sistema educativo colombiano, cuyos objetivos eran promover y estimular el desarrollo físico, afectivo y espiritual del niño, su integración social, su percepción sensible y el aprestamiento para las actividades escolares, en acción coordinada con los padres y la comunidad.</p> <p>Para ese año se crea la División de Educación Preescolar, en el Ministerio de Educación Nacional, la cual tendría la responsabilidad de dirigir dicha modalidad a nivel nacional; pese a ello, en la realidad la división solamente se dedicó a investigar el trabajo de los pocos Jardines Nacionales que empezaron a surgir en esa época.</p> <p>➤ En 1976, por primera vez se le reconoce estatus universitario a la educación preescolar, pues, se le había considerado como algo que no tenía mayor incidencia en el desarrollo del niño, y no se le prestaba atención en este sector.</p> <p>➤ Entre 1974 y 1978 se diseñó el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición (PAN), que otorgó un énfasis particular a la población infantil (Plan de Desarrollo "Para Cerrar la Brecha", 1974-1978).</p> <p>➤ El currículo de la Educación Preescolar comenzó a gestarse en los años 1977 y 1978, cuando por primera vez se tomó conciencia sobre la necesidad de darle a esta modalidad unos lineamientos para regular, orientar y organizar la actividad educativa y pedagógica de un establecimiento preescolar.</p> <p>➤ A pesar de muchas oposiciones en 1978 se crea la carrera de Licenciatura en Educación Preescolar en la Facultad de Educación de la Universidad Pedagógica Nacional.</p> <p>➤ En 1978 se diseñó la Política Nacional de Atención al Menor, enfocada a la atención del menor de siete años, atendiendo la situación de la salud y los procesos de socialización (Plan de Integración Social, 1978-1982).</p> <p>➤ Mediante la Ley 7 de 1979, se crea el Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF), que establece las normas para proteger a los niños y niñas, promover la integración familiar, garantizar los derechos del niño y de la niña y ejercer funciones de coordinación de las entidades estatales, relacionadas con los problemas de la familia y del menor.</p>	<p>➤ Mediante el Decreto No.1002 de 1984, el Ministerio de Educación implementa el Plan de Estudios para la Educación Preescolar con una concepción de atención integral a la niñez y con la participación de la familia y la comunidad (Plan de Desarrollo, "Cambio con Equidad", 1982-1986).</p> <p>➤ Para el año 1986, el ICBF diseña e implementa el Programa de Hogares Comunitarios de Bienestar (HCB), mediante los cuales se brindaría cuidado diurno, alimentación, atención básica en salud y educación preescolar a los menores de siete años.</p> <p>➤ En la búsqueda por la defensa de la población infantil, en noviembre de 1989, a través del Decreto 2737, se establece el Código del Menor, que se convierte en un instrumento jurídico fundamental para la protección de los derechos del menor y su familia, normas que tradicionalmente se encontraban dispersas en otros códigos y las cuales se integran en un solo paquete de principios, reglas y leyes.</p> <p>➤ La Constitución Política de 1991, en su artículo 67, establece que "la educación será obligatoria entre los cinco y los quince años de edad y comprenderá como mínimo un año de preescolar.</p> <p>➤ En 1990, se crea el Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia (PAFI), que retoma los planteamientos de la CDN y los de la Cumbre de Jomtien (1990). El PAFI incluyó políticas y programas orientados a los niños, niñas y jóvenes menores de 18 años.</p> <p>➤ Mediante el Acuerdo No.19 de 1993 del ICBF se crean los Jardines Comunitarios, con los que se brinda atención a los niños y niñas en edad preescolar pertenecientes a poblaciones vulnerables, con la participación de los padres y acudientes.</p> <p>➤ A través de la Ley 10 de 1993 se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que priorizó la atención de las madres gestantes y lactantes, de la población infantil menor de un año y de las mujeres cabeza de familia.</p> <p>➤ Por medio de la Ley 115 de 1994, se crea el Programa Grado Cero que busca ampliar la cobertura, elevar la calidad y contribuir al desarrollo integral y armónico de todos los niños y niñas de cinco y seis años de edad, en coordinación con los sectores de salud y el ICBF.</p> <p>➤ Con el Decreto 1860 de 1994, se determinó que la educación preescolar estaría dirigida a las niñas y a los niños menores de seis años, antes de iniciar la</p>
<p>educación básica, y se comprendería por tres grados, siendo los dos primeros una etapa previa a la escolarización, y el tercero, obligatorio.</p> <p>Adquiere así institucionalidad el Grado Cero, que toma en cuenta las dimensiones del desarrollo humano: corporal, comunicativo, cognitivo, ético, estético, actitudes y valores, y sigue los lineamientos pedagógicos para la educación preescolar.</p> <p>➤ Con la formulación del documento CONPES 2787 de 1995, se creó una política pública sobre la infancia "El Tiempo de los Niños", el cual fue aprobado para contribuir al desarrollo integral de los niños y de las niñas más pobres y vulnerables, vinculándolos a programas de nutrición, salud y educación.</p> <p>➤ En el año 1996, el ICBF creó el Programa Fami - Familia, Mujer e Infancia - el cual entregó complemento nutricional a madres gestantes, mujeres lactantes y niños y niñas entre los 6 y los 24 meses, y ofreció sesiones educativas a las madres para que realizaran actividades pedagógicas con los niños y niñas menores de dos años.</p> <p>➤ Para ese mismo año se diseñó y ejecutó la estrategia del Pacto por la Infancia, como mecanismo para descentralizar el PAFI y asegurar su ejecución a nivel local.</p> <p>Así mismo, se promulgó la Resolución 2343 en la que se establecieron los indicadores de logros curriculares para los tres grados del nivel de preescolar y se afirmó que los indicadores de logros curriculares para estos grados se formularían desde las dimensiones del desarrollo humano, mientras que para los otros niveles, se haría desde áreas obligatorias y fundamentales. Con ello es importante destacar el reconocimiento a la especificidad de los primeros grados de educación y sus diferencias con los demás.</p> <p>➤ Mediante el Decreto No. 2247 de 1997 se establecieron normas relativas a la organización del servicio educativo y orientaciones curriculares del nivel preescolar.</p> <p>Este Decreto establece normas referentes a la prestación del servicio de preescolar, al tiempo que permite la organización de este nivel de educación por parte del Ministerio de Educación Nacional; así mismo, reconoce que, tanto para las instituciones oficiales como privadas, el preescolar es uno de los niveles de la educación formal, tal como lo plantea el artículo 11 de la Ley 115. Especifica que la educación preescolar es la que se ofrece a niñas y niños de 3 a 5 años y que sus grados son: Prejardín, Jardín y transición.</p>	<p>➤ La Ley 715 de 2001, definió las competencias y recursos para la prestación de los servicios sociales (salud y educación) y estableció el Sistema General de Participaciones SGP. Esta ley posibilitó la ampliación de cobertura en el grado obligatorio de preescolar y asigna recursos para alimentación escolar, en los establecimientos educativos, a niños y a niñas en edad preescolar.</p> <p>➤ A nivel del Distrito, se expidió la Resolución No. 138 de 2004 del Concejo de Bogotá, por medio del cual se regula el funcionamiento de los establecimientos públicos y privados que prestan el servicio de educación inicial.</p> <p>➤ El CONPES 091 de 2005, define las metas y estrategias para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En cuanto a la primera infancia, aparece en los objetivos la erradicación de la pobreza extrema, el acceso a primaria universal, reducir la mortalidad infantil en menores de cinco años y mejorar la salud sexual y reproductiva.</p> <p>➤ El Decreto 243 de 2006, expedido por el Alcalde Mayor de Bogotá, reglamentó el Acuerdo No. 138 de 2004, reguló el funcionamiento de los establecimientos públicos y privados que prestan el servicio de educación inicial, y fijó normas de calidad de construcción y adecuación, ubicación de los inmuebles, educación y formación.</p> <p>➤ Adopción de los Consejos para la Política Social como mecanismo de coordinación de las diferentes instancias del SNBF (Plan de Desarrollo Hacia un Estado Comunitario, 2002-2006 / 2006-2010).</p> <p>➤ Para el 206, el ICBF, hace la construcción participativa de política pública de infancia "Colombia por la Primera Infancia". Política pública por los niños y niñas desde la gestación hasta los 6 años.</p> <p>➤ La Ley 1098 de 2006, Código de la Infancia y la Adolescencia, deroga el Código del Menor y establece en su artículo 29 el derecho al desarrollo integral de la primera infancia.</p> <p>➤ El CONPES 109 de 2007, materializa el documento "Colombia por la Primera Infancia" y fija estrategias, metas y recursos al Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Educación y al ICBF, con el fin de garantizar la atención integral a esta población.</p> <p>➤ El CONPES 115 de 2007 distribuye los recursos del SGP.</p> <p>➤ El Decreto 57 de 2009, expedido por el Alcalde Mayor de Bogotá, reguló la inspección, vigilancia y control de las personas naturales y jurídicas, públicas y</p>

<p>privadas, que presten el servicio de Educación Inicial en el Distrito Capital, a niñas y niños entre los 0 y menores de 6 años de edad y deroga parcialmente el Decreto Distrital No. 243 de 2006.</p> <p>➤ La Ley 1295 de 2009 o de atención integral a la primera infancia, por la cual se reglamentó la atención de los niños y niñas de la primera infancia de los sectores 1,2 y 3 de Sisbén, con la que el Estado planteó contribuir a la calidad de vida de las madres gestantes y a garantizar los derechos de las niñas y los niños desde su gestión. Ley que fue derogada por la Ley 1804 de 2016, por la cual se establece la política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre y se dictan otras disposiciones.</p> <p>➤ Decreto 4875 de 2011, por el cual se crea la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia.</p> <p>➤ En agosto de 2015, la cartera que dirigía la ex ministra de Educación Gina Parody puso en marcha un plan para formular la "reglamentación de la educación inicial" en el país; y tres años después, sigue sin existir un marco normativo que regule la prestación de los servicios de educación inicial, es decir, no existen las herramientas para hacer seguimiento y control, particularmente en el sector privado.</p> <p>Sobre este tema, en la actualidad existen algunas normas que tratan la materia, entre las cuales destacan: la Ley 115 de 1994, la Ley 1098 de 2006 y la Ley 1804 de 2016; y es precisamente en esta última en la que se define la educación inicial y se dispone que <i>"su orientación política y técnica, así como su reglamentación estarán a cargo del Ministerio de Educación Nacional"</i>, conforme a lo cual dicha Cartera Ministerial expide lineamientos y orientaciones técnicas, las condiciones de calidad de los servicios, los referentes pedagógicos, las características de la infraestructura, entre otros.</p> <p>De acuerdo con información del Ministerio de Educación Nacional (MEN) hay 18.632 instituciones educativas dispersas por el territorio, 10.855 oficiales y 7.777 no oficiales. En estas se atiende a un total de 955.907 niños, de los cuales más de 802.000 pertenecen a los estratos 1, 2 y 3, y cerca de 650.000 están matriculados en establecimientos oficiales. Lo lógico es que los niños pasen tres años en la educación inicial no oficial, mientras que las instituciones públicas solo brindan un año de preescolar.</p> <p>De otra parte, es importante resaltar que dentro de las funciones de las Cajas de Compensación Familiar, se encuentran:</p>	<p>- Administrar, por medio de los programas que a ellas corresponda, las actividades de subsidio en dinero; recreación social, deportes, turismo, centros recreativos y vacacionales; cultura, museos, bibliotecas y teatros; vivienda de interés social; créditos, jardines sociales o programas de atención integral para niños y niñas de 0 a 6 años; programas de jornada escolar complementaria; educación y capacitación; atención de la tercera edad y programas de nutrición materno-infantil y, en general, los programas que estén autorizados, para lo cual podrán continuar operando con el sistema de subsidio a la oferta.</p> <p>- Administrar jardines sociales de atención integral a niños y niñas de 0 a 6 años.</p> <p>De tal forma, se hace observa la necesidad de vincular a las Cajas de Compensación Familiar para aprovechar la infraestructura e idoneidad para la prestación de servicios de atención integral a niños y niñas de 0 a 6 años.</p> <p>Finalmente, es importante indicar que el Instituto de Bienestar Familiar (ICBF) cuenta con centros propios que no están regulados por el Ministerio de Educación Nacional, como parte de su estrategia de Educación Inicial, integrada en el marco de la Atención Integral a la Primera Infancia. En diciembre de 2014, brindaba educación inicial, cuidado y nutrición en sus hogares a 925.529 niños.</p> <p>IV. CONVENIENCIA DE LA INICIATIVA</p> <p>Colombia como Estado Social de Derecho ha consagrado, en su Constitución Política de 1991, principios fundamentales que garantizan los derechos y propenden por el desarrollo humano y social. En este sentido, en su artículo 5 define: "El Estado reconoce, sin discriminación alguna, la primacía de los derechos inalienables de la persona y ampara a la familia como institución básica de la sociedad."</p> <p>Como soporte de esta posición que da a la familia un lugar central ante las acciones del Estado, en el artículo 42 frente a los derechos sociales, económicos y culturales se resalta que la familia es el núcleo fundamental de la sociedad, y que el Estado y la sociedad deben garantizar su protección integral.</p> <p>En este marco de garantía de derechos la Constitución reconoce a los niños y niñas como sujetos de derechos y establece para ellos y ellas sus derechos fundamentales. Por su parte, en el artículo 44 define como parte de los derechos fundamentales el cuidado y la educación, y establece que la familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos.</p>
<p>Lo consagrado en la Constitución Política ha sido la base para el desarrollo normativo en relación con los derechos de niños y niñas y el principio de corresponsabilidad que opera ante su garantía y prevención de su vulneración.</p> <p>En el año 2006, se promulgó en Colombia la Ley 1098, Código de Infancia y Adolescencia, en la que se concretan acciones en favor de los derechos fundamentales de niños, niñas y adolescentes. En su artículo 23 se define el derecho a la custodia y cuidado personal, en la que se establece que los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a que sus padres en forma permanente y solidaria asuman directa y oportunamente su custodia para su desarrollo integral.</p> <p>De igual forma, en el artículo 29 el Código define el derecho al desarrollo integral en la primera infancia, así:</p> <p><i>"La primera infancia es la etapa del ciclo vital en la que se establecen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano. Comprende la franja poblacional que va de los cero (0) a los seis (6) años de edad. Desde la primera infancia, los niños y las niñas son sujetos titulares de los derechos reconocidos en los tratados internacionales, en la Constitución Política y en este Código. Son derechos impostergables de la primera infancia, la atención en salud y nutrición, el esquema completo de vacunación, la protección contra los peligros físicos y la educación inicial. En el primer mes de vida deberá garantizarse el registro civil de todos los niños y las niñas."</i></p> <p>Las condiciones para la garantía del derecho al desarrollo integral en la primera infancia son definidas en el país a través de la promulgación de la Ley 1804 de 2016 <i>"Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia De Cero a Siempre"</i>, la cual establece como propósito, definir las bases conceptuales, técnicas y de gestión para garantizar el desarrollo integral, en el marco de la Doctrina de la Protección Integral.</p> <p>La Política De Cero a Siempre define en su artículo 6 que la ley deberá ser implementada en todo el territorio nacional por cada uno de los actores oficiales y privados, tanto del orden nacional como local, que tienen incidencia en el proceso de desarrollo integral de los niños y niñas entre los cero (0) y los seis (6) años de edad. Lo cual es la base para desarrollar acciones para todos los niños y niñas en primera infancia que permanecen en el país.</p> <p>En este marco de acción, la política da fuerza a la educación inicial definida como derecho impostergable por el Código de Infancia y adolescencia. Así mismo, en su artículo 5 define:</p>	<p><i>"la educación inicial como un derecho de los niños y niñas menores de seis (6) años de edad. La educación inicial se concibe como un proceso educativo y pedagógico intencional, permanente y estructurado, a través del cual los niños y las niñas desarrollan su potencial, capacidades y habilidades en el juego, el arte, la literatura y la exploración del medio, contando con la familia como actor central de dicho proceso."</i></p> <p>El reconocimiento de los derechos de niños y niñas desde la primera infancia, sustenta todo tipo de acciones e iniciativas que busquen crear condiciones favorables para el desarrollo integral de ellas y ellos y que movilicen a la sociedad en favor de su garantía y protección.</p> <p>Desde este propósito el Código de Infancia y Adolescencia establece en su artículo 10 el principio de la Corresponsabilidad, definiéndola como la concurrencia de actores y acciones conducentes a garantizar el ejercicio de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes. La familia, la sociedad y el Estado son corresponsables en su atención, cuidado y protección. Desde este principio se definen responsabilidades específicas a la sociedad y como parte de ésta a instituciones y empresas que deberán generar condiciones que favorezcan la protección y cuidado de la familia, y la promoción y respeto de los derechos de los niños y niñas.</p> <p>En este sentido, en su capítulo 1 el Código define las obligaciones de la familia, la sociedad y el Estado, resaltando en el artículo 39 que la familia está obligada a asegurarles a los niños y niñas desde su nacimiento el acceso a la educación y proveer las condiciones y medios para su adecuado desarrollo, garantizando su continuidad y permanencia en el ciclo educativo. Esta obligación se relaciona desde la corresponsabilidad con lo definido en el artículo 40 sobre las obligaciones de la sociedad, en el cual se refiere que, <i>"en cumplimiento de los principios de corresponsabilidad y solidaridad, las organizaciones de la sociedad civil, las asociaciones, las empresas, el comercio organizado, los gremios económicos y demás personas jurídicas, así como las personas naturales, tienen la obligación y la responsabilidad de tomar parte activa en el logro de la vigencia efectiva de los derechos y garantías de los niños, las niñas y los adolescentes. En este sentido, deberán: 1. Conocer, respetar y promover estos derechos y su carácter prevalente. 2. Responder con acciones que procuren la protección inmediata ante situaciones que amenacen o menoscaben estos derechos. 3. Participar activamente en la formulación, gestión, evaluación, seguimiento y control de las políticas públicas relacionadas con la infancia y la adolescencia (...)"</i></p> <p>Por su parte, respecto a las obligaciones del Estado en el artículo 41 se expone que el Estado en cumplimiento de sus funciones en los niveles nacional, departamental, distrital y municipal deberá garantizar el ejercicio de todos los derechos de los niños,</p>

<p>las niñas y los adolescentes; asegurar las condiciones para el ejercicio de los derechos y prevenir su amenaza o afectación a través del diseño y la ejecución de políticas públicas sobre infancia y adolescencia; apoyar a las familias para que estas puedan asegurarle a sus hijos e hijas desde su gestación, los alimentos necesarios para su desarrollo físico, psicológico e intelectual, por lo menos hasta que cumplan los 18 años de edad; y garantizar las condiciones para que los niños y las niñas desde su nacimiento, tengan acceso a una educación idónea y de calidad.</p> <p>La corresponsabilidad como principio consagrado en el Código de Infancia y Adolescencia ha sido desarrollado con acciones concretas a través de la Ley 1804 de 2016, Política De Cero a Siempre a través de la definición de la <i>"Gestión intersectorial para la atención integral"</i> como instrumento para lograr la garantía del derecho al desarrollo integral de los niños y niñas en primera infancia. En este sentido, la Política define la Gestión intersectorial como <i>"la acción organizada, concurrente y coordinada a través de la cual los sectores estatales de los órdenes nacional y local (educación, salud, cultura, recreación, bienestar, deportes, planeación, entre otros), así como otros actores de la sociedad (familias, comunidad, sociedad civil, academia, empresa privada, organizaciones no gubernamentales, entre otras), se articulan para lograr la atención integral a las mujeres gestantes, y los niños y niñas en primera infancia, a partir de lo que ellos y ellas requieren. La gestión intersectorial exige que cada actor involucrado reconozca la importancia central de su papel para la garantía del desarrollo de las niñas y niños y ponga al servicio de ellos sus saberes, su estructura institucional, acciones de política, recursos y capacidades, así como su apertura para transformarse, trátese de la orientación, la planeación, la oferta de servicios, la articulación o el seguimiento a la atención integral."</i></p> <p>Todo el marco normativo expuesto anteriormente sustenta la pertinencia e importancia de promover la acción corresponsable del Estado y el sector empresarial, frente a la existencia de servicios de educación inicial empresariales que ofrecen condiciones particulares de atención para hijos e hijas de familias trabajadoras. Esta, entonces, se convierte en una iniciativa que de forma explícita promueve el desarrollo integral de niñas y niños en primera infancia y la protección a las familias de los trabajadores y contratistas.</p> <p>Cabe resaltar, que otro motivo por el cual es necesario llevar a las empresas y/o entidades un servicio de Unidades de Atención Integral a la Primera Infancia en la empresa (UAPI) "SIEMPRE PRESENTE", es velar por la seguridad e integridad de los niños y niñas en edad temprana, los cuales son los más vulnerables al abuso y a la violencia sexual.</p> <p>Según datos del Instituto Nacional de Medicina Legal, en los dos primeros meses de este año, se presentaron 3.271 casos registrados de violencia en contra de</p>	<p>menores en el 100% de los Departamentos del país, lo que equivale a 55 casos diarios; esto, habiendo una reducción a lo acontecido en el año 2018, donde se presentaron 22.788 casos en toda la anualidad, dando un porcentaje de 62 casos diario; pero esto, no es motivo para dejar de preocuparnos, al contrario con esta iniciativa buscamos reducir más estos casos de violencia, que en la mayoría de los casos según Xime Norato, directora de la Agencia Pandi -que vela por los derechos de los niños- son cometidos por personas cercanas a la víctima ya sea un familiar, un conocido o un amigo los cuales se aprovechan de la condición de indefensión de los niños y abusan de estos.</p> <p>Es por todo lo anterior, que esta iniciativa es de suma importancia, en tanto procura garantizar el desarrollo y la formación de nuestra niñez, mediante la creación de las unidades de servicio de educación inicial.</p> <p>V. APLICACIÓN EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL</p> <p>Durante los últimos años se ha desarrollado una tendencia mundial encaminada a lograr que las empresas se interesen mucho más por el bienestar de las familias de sus trabajadores y contratistas. Es lo que se conoce como las Empresas Familiarmente Responsables –EFR–.</p> <p>En términos generales, una EFR es aquella que apoya a sus colaboradores en su búsqueda de balance entre los planos laboral y familiar y que asume esta perspectiva, ya que beneficia simultáneamente a empleados, empresa y sociedad (Rogers, 2001). Este tipo de empresa "tenderá a mejorar sus resultados en el mediano y largo plazo, a medida que avance en su incorporación exitosa de objetivos y políticas (Scheibl y Dex, 1998) de responsabilidad social, tales como la flexibilidad laboral, el apoyo a los padres y a los hijos, el balance entre trabajo y familia y las políticas que permitan el desarrollo profesional y personal para todo tipo de empleado, independientemente de sus características demográficas, entre ellas género, raza, etcétera."</p> <p>Es un compromiso que adquieren las empresas y empleadores no sólo hacia sus trabajadores y contratistas, sino también hacia sus familias. "La EFR no asume el paradigma "suma cero", en donde se intenta obtener el mayor tiempo del trabajador a costa del detrimento de su vida familiar. Considera que el patrón debe ser comprensivo con sus colaboradores, pero al mismo tiempo exigente. Puede ser flexible, por ejemplo permitiendo ausencias en momentos críticos, o asignar trabajos de medio tiempo, pero sabe que esto genera el compromiso de sus colaboradores, que son capaces de recuperar el tiempo perdido e incluso propiciar esfuerzos adicionales en beneficio de su organización."</p>
<p>Como puede verse, las empresas que ponen en práctica estas políticas obtienen mayores niveles de productividad y también logran crear mejores ambientes laborales para sus trabajadores y contratistas. Estos logros pueden clasificarse en tres grupos, así:</p> <p>"a) De los empleados: cuando los empleadores apoyan exitosamente a sus empleados en el balance –trabajo y familia– tienen una oportunidad mucho mayor de contratar, retener y obtener lo máximo de ellos en el largo plazo (Rogers, 2001). Este apoyo repercute, finalmente, en una mayor satisfacción en el trabajo, un mayor desarrollo profesional y emocional, sentido de vida y en un incremento en la calidad de vida de los participantes.</p> <p>b) De la empresa: al mejorar el clima de trabajo derivado de la implementación de políticas de responsabilidad social, se mejorará la actitud de los empleados ante sus deberes, responsabilidades, convivencia, participación e interés en el trabajo, lo cual repercute en mayores niveles de calidad, eficiencia, productividad y rentabilidad.</p> <p>c) De la sociedad: al permitir la integración de la empresa y de los empleados con su entorno social, tecnológico y económico, se crea trabajo, riqueza, desarrollo, bienestar y un mejor nivel de vida."</p> <p>"La conciliación trabajo-familia es uno de los grandes retos de la sociedad actual. Cada vez son más las empresas que buscan convertirse en Empresas Familiarmente Responsables (EFR) y desarrollan políticas para lograr compatibilizar vida laboral, familiar y personal. En el ámbito de la empresa familiar, la conciliación presenta una dificultad añadida, en especial para los miembros de la familia propietaria."</p> <p>En países como Estados Unidos, Reino Unido, Suecia, Noruega o Finlandia tener una guardería en los lugares de trabajo se ha convertido en una alternativa común para los trabajadores y contratistas de muchas empresas. En los Estados Unidos de América, por ejemplo, hay empresas como Bright Horizons, que proporcionan este tipo de servicios a otras empresas. En España, la empresa Kidsco realiza esta misma función, y otras grandes y medianas empresas se han dado cuenta de los beneficios de disponer de guarderías propias en sus instalaciones.</p> <p>Las empresas grandes que tienen un servicio público de muchas horas están viendo lo importante que es no restar importancia a la vida privada de los trabajadores y contratistas. Es una buena filosofía que debería ampliarse para ganar en calidad en todos los aspectos.</p>	<p>España es un buen referente de empresas con guarderías para los hijos de los trabajadores y contratistas:</p> <p>Mercadona Cadena de Supermercados española, ha abierto una guardería con capacidad para 82 bebés y niños en el centro logístico que tiene en Barcelona. Esta iniciativa también se implantará en otros centros que la empresa tiene previsto inaugurar en Madrid, Alicante, Sevilla y León.</p> <p>El Banco Santander Central Hispano ha ubicado una gran escuela infantil en la Ciudad Financiera, en Boadilla del Monte (Madrid), para agrupar todas sus oficinas centrales en la capital de España (Ciudad Grupo Santander). Será la guardería de empresa más grande de Europa y un referente internacional. Tendrá capacidad para cuatrocientos bebés y niños entre tres meses y tres años de edad y contará con cincuenta profesionales al cuidado de los pequeños.</p> <p>En la ZAL (Zona de Actividades Logísticas) del Puerto de Barcelona existe una escuela infantil con siete aulas educativas y capacidad para 106 niños.</p> <p>Otras compañías como El Pozo, Casa Tarradellas o Caja Madrid han anunciado planes similares para conciliar la vida laboral y la familiar o ya tienen en marcha guarderías en algunas de sus ubicaciones.</p> <p>También hay algunas otras opciones temporales, como cuando se dan las vacaciones escolares y algunos centros de trabajo optan por que los hijos de los empleados estén en una "ludoteca", cuidados en el mismo centro de trabajo. En Granada, por ejemplo, hay una guardería de un centro comercial en Granada, para los hijos de los trabajadores y contratistas de las distintas empresas que en dicho centro coexisten.</p> <p>La Armada Española ha abierto en Ferrol la primera guardería para los hijos de militares y personal civil de Defensa. También hay casos en la administración pública, como sucede en algunas oficinas de la Agencia Tributaria, que ya disponen de centros para los bebés y niños de sus empleados.</p> <p>La materia se ha desarrollado en algunas legislaciones latinoamericanas, como la Argentina en el artículo 179 de la Ley N° 20.744, así:</p> <p>"Artículo 179. Descansos diarios por lactancia. Toda trabajadora madre de lactante podrá disponer de dos (2) descansos de media hora para amamantar a su hijo, en el transcurso de la jornada de trabajo, y por un período no superior a un (1) año posterior a la fecha del nacimiento, salvo que por razones médicas sea necesario que la madre amamante a su hijo por lapso más prolongado. En los establecimientos donde preste servicios el número mínimo de trabajadoras que</p>

<p>determine la reglamentación, el empleador deberá habilitar salas maternas y guarderías para niños hasta la edad y en las condiciones que oportunamente se establezcan.”</p> <p>En Chile, por ejemplo, se tiene la Ley No. 17.301, la cual (artículo 16º) obliga a los empleadores del sector privado, a depositar el valor de una cuota de ahorro de la Corporación para la vivienda por cada trabajador, esto para que la Junta Nacional de Jardines Infantiles desarrolle los postulados de la ley.</p> <p>Así mismo, el artículo 33 ibídem obliga a toda institución, servicio, empresa o establecimiento, sea fiscal, semifiscal, municipal o de administración autónoma que ocupe más de veinte trabajadoras debe tener sala-cunas, anexas e independientes al lugar de trabajo, donde las mujeres puedan alimentar a sus hijos menores de dos años y dejarlos mientras laboren. Para el cumplimiento del fin, se dispone la posibilidad de celebrar convenios entre las instituciones para que habiliten e instalen salas- cunas de uso común previa aprobación de la Junta Nacional de Jardines Infantiles.</p> <p>Por supuesto, las guarderías en el trabajo no representan una solución universal ni se adecuan a las necesidades de muchos padres, madres e hijos (ni de muchas empresas pequeñas, por ejemplo). No obstante, son un gran logro para alcanzar el bienestar de los trabajadores y contratistas en sus ambientes laborales, incluyendo el bienestar familiar que resulta tan importante, redundando positivamente en el rendimiento del trabajador y de la empresa.</p> <p>Según la experiencia implementada en España, “los tres desafíos más importantes en Recursos Humanos en la actualidad en las organizaciones españolas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumentar el rendimiento y la productividad, - Conservar a los mejores profesionales y - Atraer a nuevos talentos para la próxima etapa de crecimiento.” <p>Las guarderías en empresa y otros servicios de Conciliación de Vida Laboral y Familiar son sin lugar a dudas, una solución que abarca a la vez estos tres grandes retos.”</p> <p>VI. VENTAJAS DE TENER UNIDADES DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA EN LA EMPRESA (UAPI) “SIEMPRE PRESENTE”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejora en la calidad de vida del empleado • Ventaja competitiva, Responsabilidad Social Corporativa 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor productividad y compromiso • Mejora el rendimiento y la satisfacción en el trabajo • Fuerza de venta a la hora de reclutar • Retención del Talento • Descenso del abandono laboral • Adaptación al calendario y jornada laboral del trabajador • Se fortalece el vínculo entre los padres y los hijos <p>VII. OBSERVACIONES DE LOS PONENTES</p> <p>Es esencial tener de presente lo consagrado en la Ley 1098 de 2006, “ <i>Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia</i>”, y la Ley 1804 de 2016, “<i>Por la cual se establece la política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre y se dictan otras disposiciones</i>, conforme a las cuales la educación inicial es el proceso educativo y pedagógico, por medio del cual los niños y las niñas menores de 6 años desarrollan su potencial, capacidades y habilidades en el juego, el arte, la literatura y la exploración del medio, siendo la familia el actor central de dicho proceso.</p> <p>Adicionalmente, señala la ley que dentro de las funciones del Ministerio de Educación Nacional se encuentran:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) <i>Formular e implementar políticas, planes, programas y proyectos para el reconocimiento de la educación inicial como derecho fundamental de las niñas y los niños en primera infancia;</i> b) <i>Definir la línea técnica para la educación inicial a través de la construcción de referentes conceptuales, pedagógicos, y metodológicos;</i> c) <i>Liderar la construcción e implementación de orientaciones de política pública para favorecer la transición armónica de los niños y las niñas de primera infancia en el sistema educativo;</i> d) <i>Orientar y dar directrices frente a los procesos de cualificación y formación del talento humano en atención integral a la primera infancia;</i>
<p>e) <i>Estructurar y poner en marcha el sistema de seguimiento al desarrollo integral y el sistema de gestión de la calidad para las modalidades de educación inicial, mediante directrices y estándares de calidad.</i>²</p> <p>Así mismo, la ley mencionada señala que la Atención Integral comprende el conjunto de acciones intersectoriales orientadas a asegurar que en los distintos entornos en los que se desarrollen los niños, se den las condiciones humanas, sociales y materiales que garanticen su promoción y potenciación; involucrando los aspectos técnicos, políticos, programáticos, financieros y sociales.</p> <p>Así las cosas, se observa que del contenido del proyecto de ley es posible deducir que la intención del mismo va más hacia la garantía de la prestación de un servicio de educación inicial (familia, cuidado, salud, alimentación, educación, talento humano, ambientes de seguridad, etc.) y no tanto a la atención integral; esta última puede ser asumida como el género, pues comprende todas las acciones de atención a los niños y niñas, mientras la educación inicial es una especie de la misma, al ser uno de los tantos modos o modalidades que pueden emplearse para brindarles y garantizarles a ellos su desarrollo integral. En este sentido, como ponentes del proyecto de ley proponemos la modificación del articulado, en concordancia con las normas que también tratan los temas de atención a la primera infancia y en consecuencia proponemos el cambio de la expresión “<i>atención integral</i>” por la expresión “<i>educación inicial</i>” para así dar una mayor claridad sobre el objeto y aplicación de la iniciativa legislativa.</p> <p>Adicionalmente, proponemos ajustar lo señalado respecto al rango de edad de los niños y niñas que serán beneficiarios del servicio, dando claridad que va HASTA los 5 años, por cuanto el proyecto de ley comprende hasta el año escolar de Jardín (edades de 4 a 5 años), dilucidando con esto que, cumplidos los 6 años de edad el menor ya no podrá acceder a la prestación del servicio. Al respecto, la Ley 115 de 1994, establece que la educación formal es aquella que se imparte en establecimientos educativos aprobados, la cual se encuentra organizada en tres (3) niveles: preescolar, educación básica, y educación media.</p> <p>De igual modo, proponemos la eliminación de distintos artículos relacionados con los lineamientos y estándares de estructura, funcionamiento y personal de las unidades de servicio, así como su inspección y vigilancia, pues consideramos que esos artículos desconocen las facultades y competencias jurídicamente reconocidas al Ministerio de Educación Nacional; ante lo cual, con el fin de no contrariar lo ya dispuesto en las normas, en reemplazo de dichos artículos</p> <p>² Artículo 13 Ley 1804 de 2016.</p>	<p>proponemos un artículo que indique que la reglamentación de todos estos temas y los demás requeridos para la garantía de la prestación del servicio de educación inicial quedará a cargo de dicha Cartera Ministerial, quedando así encargada de definir los aspectos relativos a la prestación, inspección, vigilancia y control de este derecho y proceso.</p> <p>Finalmente, proponemos modificar lo referente a quiénes podrán ser prestadores del servicio de las unidades, quitando a las “<i>personas naturales y jurídicas</i>”, y definiendo que el mismo podrá ser contratado a través del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, como encargado de la asistencia técnica de la Atención Integral a la Primera Infancia, o de las Cajas de Compensación Familiar con experiencia en la prestación de servicios relacionados con educación a la Primera Infancia; quienes realizarán a su vez el contrato o convenio con el respectivo operador que se encargará de prestar el servicio de educación inicial.</p> <p>VIII. CONCEPTO DE ENTIDADES</p> <p>Con el fin de tener mayor claridad sobre el contenido del proyecto de ley, se solicitó concepto del mismo al: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Trabajo y Asociación Nacional de Cajas de Compensación Familiar (ASOCAJAS).</p> <p>A la fecha de presentación de la ponencia se recibió concepto por parte del Ministerio de Educación Nacional, que manifestó, entre otros, lo siguiente:</p> <p>“<i>El Ministerio de Educación Nacional reconoce la educación inicial como un camino fundamental para promover el desarrollo integral de los niños y niñas, debido a que en los primeros años se establecen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano. La educación inicial es un escenario propicio para potenciar, desde el inicio de la vida, las oportunidades de desarrollo y aprendizaje de las niñas y niños, a través del cual se favorece la construcción de la identidad individual y colectiva, la creatividad, la autonomía, las habilidades para comunicar y expresar ideas, construir preguntas y comprensiones, entre otros desarrollos, que son la base para los procesos que tienen lugar a lo largo de la vida.</i></p> <p><i>De acuerdo con lo establecido en el artículo 5 de la Ley 1804 de 2016, la educación inicial es entendida como un proceso educativo y pedagógico intencional, permanente y estructurado a través del cual los niños y niñas desarrollan su potencial, capacidades y habilidades en el juego, el arte, la literatura y la exploración del medio, contando con la familia como actor central de dicho proceso. La educación inicial se enmarca en la atención integral, por lo cual se requiere que su</i></p>

prestación se realice en articulación con la oferta intersectorial, respondiendo a las características de los niños y niñas, sus familias y contextos, lo que implica que la educación inicial no sólo ocurre en un espacio institucional, sino que flexibiliza su prestación a otros escenarios.

Dado lo anterior y reconociendo las características propias del desarrollo infantil, es pertinente que las niñas y niños puedan contar con experiencias vitales, que en el seno de su familia o en los escenarios educativos, les permitan construirse como sujetos en el marco de experiencias pedagógicas intencionadas, que, a través de las actividades propias de la primera infancia, promuevan su desarrollo.

En los primeros años de vida, la familia y la comunidad desempeñan un rol significativo en los procesos educativos en la primera infancia, especialmente en los primeros mil días, que incluyen el período de gestación y los primeros dos años. La familia representa el primer núcleo social que garantiza el desarrollo del niño y su interrelación con la sociedad. En el seno familiar es donde se inician los procesos educativos a través de las interacciones que tienen los adultos cuidadores con las niñas y los niños, que marcan efectos importantes en el desarrollo personal y social, en términos de vinculación afectiva, habilidades emocionales, convivencia y construcción de confianza.

(...) Bajo este panorama, las denominadas "Unidades de Atención Integral a la Primera Infancia" que pretende crear el proyecto legislativo, entrarían a ser una oferta adicional de educación inicial, que no podría tener su marco regulatorio de manera independiente, sino que tendría que inscribirse dentro de la misma normatividad que regula actualmente la educación inicial en el país en todas sus formas. Además, dado que la educación inicial se concibe como un derecho de todos los niños y niñas menores de seis (6), no podría restringirse su acceso únicamente a los "hijos de los trabajadores", como lo propone el proyecto de ley, ya que este es apenas un segmento de la población que es sujeto del mismo. En vista de ello, es importante replantear el enfoque del proyecto de Ley para hacer más visible el lugar de la educación inicial en el funcionamiento de la oferta propuesta, de manera que se oriente de acuerdo a lo establecido en la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia.

(...) Así las cosas, en tanto la educación inicial es un derecho que abarca a todos los niños y niñas menores de seis (6) años, orientado hacia la promoción de su desarrollo integral, implica una atención que va más allá del simple cuidado, como lo sugiere el proyecto legislativo, y cubija incluso al nivel preescolar del sistema educativo. En virtud de ello, el Ministerio de Educación Nacional ha venido armonizando las condiciones de calidad y la línea técnica, pedagógica y normativa de la educación inicial, de manera que se entienda que el servicio de educación preescolar es una forma de materializar este derecho.

Es importante resaltar que el Ministerio de Educación Nacional, en cumplimiento de su misión, sus competencias y de las facultades legales dispuestas en la Ley 1804 de 2016, y en el marco de la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia—CIIPI—, ha construido la línea técnica y pedagógica en materia de educación inicial, los referentes para la formación de talento humano que trabaja con primera infancia, los lineamientos del Sistema de Gestión de la Calidad para organizar la oferta de educación inicial, ha liderado el seguimiento nominal de las atenciones que requieren los niños y las niñas y ha dirigido estrategias de divulgación, socialización, implementación, posicionamiento y movilización social para asegurar que los territorios apropien el marco normativo y técnico que orienta la educación inicial y preescolar, como parte de la atención integral.

El Ministerio de Educación Nacional, teniendo en cuenta las consideraciones jurídicas y técnicas presentadas, de manera respetuosa sugiere no continuar el trámite de este proyecto de ley por motivos de inconveniencia para el sector educación, por las siguientes razones:

- El derecho y el servicio de educación inicial se enmarca en la atención integral, por lo cual requiere que su prestación se dé en articulación con la oferta intersectorial, respondiendo a las características y contextos particulares de los niños, niñas y sus familias.

- El país cuenta con un marco legal, técnico y pedagógico que orienta la prestación del servicio de educación inicial y el nivel de preescolar desde una perspectiva universal, y en ese sentido, existe una diversidad de modalidades en las que se oferta en procura de la promoción del desarrollo integral de los niños y niñas. Por lo anterior no sería pertinente limitar su prestación al cuidado o a un segmento de población como los hijos de los trabajadores, como se pretende con las Unidades de Atención Integral a la Primera Infancia.

- Con lo anterior, es importante advertir que cualquier prestador del servicio de educación inicial y del nivel de preescolar, sea de naturaleza pública o privada, debe dar cumplimiento al marco normativo establecido en la Ley 115 de 1994, Ley 1098 de 2006 y Ley 1804 de 2016, así como a la línea técnica y pedagógica ya establecida y sujetarse a la reglamentación que defina el Ministerio de Educación Nacional.

- Respetuosamente se sugiere la revisión de las realidades en que se han enmarcado todas las acciones desarrolladas para la regulación del servicio educativo para la primera infancia hasta el momento, dado que, al derogar todas las normas que le sean contrarias, afecta de manera estructural el marco establecido para la educación inicial y el nivel de preescolar en el país.

• Se recomienda incluir el análisis del impacto fiscal de conformidad con el artículo 7° de la Ley 819 de 2003, para determinar los costos de la iniciativa y su congruencia con el Marco Fiscal de Mediano Plazo."

IX. PLIEGO DE MODIFICACIONES

TEXTO ORIGINAL PL	TEXTO PROPUESTO PRIMER DEBATE
"Por medio de la cual se crean y regulan las Unidades de Atención Integral a la Primera Infancia en la empresa (UAPI) "SIEMPRE PRESENTE"	"Por medio de la cual se crean las Unidades de <u>Servicio de Educación Inicial</u> "
Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto crear y regular las Unidades de Atención Integral a la Primera Infancia, como un servicio de atención integral destinado al cuidado y potenciamiento del desarrollo de los niños entre 0 meses a 5 años, 11 meses y 29 días, a partir del momento en que termine la licencia remunerada en la época del parto a que se refiere el artículo 236 del Código Sustantivo del Trabajo.	Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto crear las Unidades de <u>Servicio de Educación Inicial, en el marco de la Atención Integral</u> , destinado al potenciamiento del desarrollo de los niños <u>menores de 5 años, hijos de los trabajadores v/o contratistas de empresas públicas y privadas.</u>
Artículo 2. Prestadores del Servicio. Las personas jurídicas públicas y privadas, directamente o mediante terceros, dentro o fuera de las instalaciones de las mismas; las Cajas de Compensación Familiar en sus instalaciones o en las instalaciones de las personas jurídicas públicas o privadas que son beneficiarios de sus servicios; las personas naturales, siempre y cuando cumplan con lo dispuesto en la presente Ley.	Artículo 4. Prestadores del Servicio. <u>Las empresas públicas y privadas podrán contratar la prestación del servicio de educación inicial a través de:</u> <u>1. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).</u> <u>2. Las Cajas de Compensación Familiar,</u> <u>3. Prestadores privados del servicio de educación inicial.</u>
Artículo 3. Ámbito de aplicación: La presente ley aplica a las Unidades de Atención Integral a la Primera Infancia que sean creadas en el sector público y privado, prestadas directamente por las empresas privadas, entidades públicas o por intermedio de terceros o las Cajas de	Artículo 2. Ámbito de aplicación. La presente ley aplica <u>para todo el territorio nacional.</u>

Compensación Familiar o por personas naturales; siempre y cuando, cumplan los requisitos mínimos establecidos en la presente ley.	ELIMINADO
Artículo 4. A partir de la expedición de la presente ley todos los establecimientos públicos y privados que atiendan niños en educación inicial, de edades entre 0 y 5 años, años, 11 meses y 29 días identificados como guarderías para niños y jardines infantiles existentes a nivel nacional se denominarán "Unidades de Atención Integral a la Primera Infancia-UAPI".	
Artículo 5. Definición. Para efectos de la presente ley se define el concepto de "Unidad de Atención Integral a la Primera Infancia en la empresa (UAPI) SIEMPRE PRESENTE" de la siguiente manera: • Unidad de Atención Integral a la Primera Infancia en la empresa (UAPI) "SIEMPRE PRESENTE": Es el servicio de atención integral a la primera infancia prestado por personas naturales ó jurídicas públicas o privadas, directamente o mediante terceros, dentro o fuera de sus instalaciones; las Cajas de Compensación Familiar, que prestan el servicio de educación inicial a menores de edad entre los 0 meses a 5 años, 11 meses y 29 días, cuyo fin es el cuidado, alimentación, atención básica en salud y educación de los niños a temprana edad, hijos de sus trabajadores o contratistas o afiliados.	Artículo 3. Definición. Para efectos de la presente ley se <u>entenderá por "Unidad de Servicio de Educación Inicial" aquella creada para la prestación del servicio de educación inicial, la protección, el cuidado, la nutrición y salud de los niños y niñas</u> menores de <u>5 años</u> , hijos de los trabajadores o contratistas <u>de empresas públicas o privadas, el cual podrá ser contratado por estas a través del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), las Cajas de Compensación Familiar o los prestadores privados del servicio de educación inicial.</u>
Artículo 6°. Fines. Las Unidades de Atención Integral a la Primera Infancia, tienen como fines los siguientes: 1- Que los padres dejen a los niños en un ambiente seguro y educativo mientras se encuentran en el trabajo.	Artículo 5°. Fines. Las Unidades de <u>Servicio de Educación Inicial, tendrán</u> como fines los siguientes: <u>1- Ofrecer a los niños y niñas, hijos de los trabajadores o contratistas de empresas públicas o privadas oportunidades y posibilidades para promover y potencializar su desarrollo integral.</u>

<p>2- Que las Unidades de Atención Integral a la Primera Infancia supervisen movimientos de los niños, ofrezcan los cuidados necesarios en las edades tempranas y ayuden a focalizarlos de una manera lúdica para hacerlos aprender y desarrollar sus habilidades.</p>	<p>2- <u>Incentivar la cercanía de las madres y los padres con sus hijos, a fin de que involucrarlos en sus procesos educativos.</u></p>		<p><u>Parágrafo 2: La vigilancia de lo relacionado con la definición y cobro de los costos en los términos señalados en el presente artículo, estará a cargo de las secretarías de educación de las Entidades Territoriales certificadas, respectivas.</u></p>
<p>Artículo 7. Requisitos Mínimos. Para el funcionamiento de las Unidades de Atención Integral a la Primera Infancia, deben cumplir los siguientes requisitos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Licencia de funcionamiento o permisos. 2- Seguridad en las Instalaciones. 3- Ubicación segura. 4- Personal idóneo. 5- Instalaciones Generales y Específicas. 6- Equipamiento. 7- Adecuación física y mantenimiento. 8- Capacitación de personal 9- Niveles de Atención 	<p>Artículo 6. El Ministerio de Educación Nacional, dentro del año siguiente a la promulgación de la presente ley, fijará los lineamientos y reglamentará lo relacionado con los requisitos, condiciones, servicio, funcionamiento, personal, seguridad, infraestructura y los demás aspectos que tengan que ver con la prestación del servicio de educación inicial por parte de las Unidades, de que trata esta ley.</p>	<p>Artículo 8. Licencia de funcionamiento o permisos. La creación de Unidades de Atención Integral a la Primera Infancia, tanto públicas como privadas, exige el cumplimiento de unas condiciones mínimas, que son requisito para que las Secretarías de Educación, tanto Distritales, como Municipales autoricen su apertura y operación, mediante la expedición de una Licencia de Funcionamiento o acto administrativo que autorice su apertura y operación.</p> <p>La licencia de funcionamiento es el permiso estatal otorgado al particular o entidad estatal para que la prestación del servicio público educativo, pueda ser cumplida por éste, sin detrimento de las finalidades del servicio, de la formación integral de los educandos y de la equidad, eficiencia y calidad de la educación. Este permiso significa que el Estado, como garante de la comunidad, da certeza de que el particular asume el compromiso de participar en la prestación del servicio público educativo y ofrece las garantías y condiciones esenciales de pedagogía, administración, financiación, infraestructura y dotación requeridos para desarrollar procesos educativos eficientes y de calidad.</p> <p>La licencia de funcionamiento se expedirá según la categoría señalada en el artículo 17 de la presente Ley, siempre y cuando reúnan los requisitos mínimos establecidos en el artículo 7 de esta Ley.</p>	<p style="text-align: center;">ELIMINADO</p>
	<p>Artículo nuevo. Por el servicio de las Unidades Servicio de Educación Inicial, a que se refiere la presente ley, no podrá cobrarse matrícula ni suma alguna distinta a la pensión mensual.</p> <p>La reglamentación sobre el costo de la pensión mensual será establecida por el Ministerio de Educación Nacional dentro de los seis (6) meses siguientes a la promulgación de esta ley; el mencionado costo será definido por cada unidad de servicio, de acuerdo a dicha reglamentación y sin que en ningún caso, esa pensión mensual pueda exceder el 15% del salario u honorario del trabajador o contratista.</p> <p>Parágrafo 1: En todo caso, este servicio solo podrá ser cobrado a trabajadores y contratistas que ganen más de dos (2) salarios mínimos mensuales legales vigentes.</p>		<p style="text-align: center;">ELIMINADO</p>
<p>que puedan provocar daño físico o psíquico. Los espacios de la UAPI deben contar con la señalización de seguridad y salud en el trabajo y el personal que labora en ellas debe recibir formación en prevención de riesgos y primeros auxilios.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Suelos: Ligeramente blandos, continuos, aislantes, antideslizantes, y lavables, de acuerdo a las necesidades y actividades que se realizan en cada espacio se aumentará el nivel de amortiguación de los mismos. 	
<p>Artículo 10. Ubicación. La Unidad de Atención Integral a la Primera Infancia podrá abrirse dentro de las instalaciones de las empresas privadas, entidades públicas, Cajas de Compensación Familiar o las instalaciones suministradas por los terceros prestadores del servicio, que cuenten con un entorno favorable para los menores de edad y que de acuerdo con el Plan de Ordenamiento Territorial, corresponden a la escala vecinal ó en zonas alejadas de las vías principales de tránsito vehicular y de zonas ruidosas.</p>	<p style="text-align: center;">ELIMINADO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Paredes: Las paredes se deben proteger de forma que se minimicen las consecuencias de las caídas, teniendo en cuenta que las habilidades motrices de los niños están en constante desarrollo, las caídas y los golpes son constantes, por lo que se recomienda que sean superficies lisas, impermeables, fácilmente lavables y resistentes al desgaste y al fuego. 	
<p>Artículo 11. Personal Idóneo. Los empleados de las Unidades de Atención Integral a la Primera Infancia- UAPI deben someterse a una verificación de antecedentes, a fin de garantizar que no podrán en peligro a los niños. La relación adulto-niño se debe mantener teniendo en cuenta la edad del infante. Deben poseer conocimientos o titulación en Terapia ocupacional o a fines, licenciatura en educación o pedagogía o a fines, sicología, educación física, primeros auxilios e incluso idiomas.</p> <p>Parágrafo. Para acreditar los estudios deberá solicitarse los diplomas o certificados de estudio, para acreditar conocimientos en primeros auxilios deberá solicitarse la certificación expedida por la autoridad competente, se podrá exigir la realización de cursos de capacitación para el cuidado de niños, para los dueños y sus empleados.</p>	<p style="text-align: center;">ELIMINADO</p>	<p>En caso de puertas correderas: sistema de bloqueo para evitar que puedan abrir y cerrar, las guías no deberían discontinuar el pavimento por el riesgo de tropezar.</p> <p>En caso de puertas de vidrio, este debe ser templado y con señalizaciones para evitar confundirlos con espacios abiertos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ventanas: Inaccesibles a la manipulación infantil, no sólo no han de poder abrirse, sino también hay que proteger las hojas si ésta permanece abierta y evitar siempre la disposición de los equipamientos de forma que no facilite la escalada (por ejemplo, en la zona de sueño, las cunas nunca deben situarse debajo de una ventana, ya que la altura del niño cuando se pone de pie la hace accesible). 	
<p>Artículo 12. Instalaciones Generales y Específicas. Para la adecuación de las instalaciones de las UAPI, hay que tener en cuenta los siguientes aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Instalaciones generales: 	<p style="text-align: center;">ELIMINADO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Escaleras y desniveles: Todos los desniveles en la zona de tránsito infantil deben ser salvables para los niños que acoge la UAPI. El resto de espacios deben estar delimitados y ser inaccesible a la manipulación infantil. • Enchufes: Los que no se sitúen por encima de la zona de seguridad, deben disponer de protecciones infantiles, en ningún caso pueden ser accesibles a los menores. No debemos olvidar que todos los dispositivos electrónicos y 	

<p>los cables derivados también deben situarse por encima de esta zona.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Iluminación: Adecuada para una óptima visión de los espacios y las vías de evacuación. Natural regulable en intensidad; evitando elementos textiles y vigilar que los cordones de las cortinas sean inaccesibles para los niños. Artificial indirecta y con la luminaria protegida. • Ventilación/ Climatización: Ventilación natural en todas las estancias infantiles, zonas con sistemas de evacuación de olores si es necesario. Climatización graduable por los adultos y en ningún caso para sistemas de combustión. Protección de los elementos de climatización situados en la zona de seguridad. <p>2. Instalaciones específicas</p> <p>Los espacios asistenciales y de actividades deben ser totalmente accesibles y estar conectados entre sí. Se deben tener en cuenta las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visuales: atender una necesidad básica en particular, no debe implicar la pérdida de contacto visual con el grupo en general. • Específicas: deben existir espacios diferenciados y adaptados para cada asistencia concreta y para cada actividad programada. • Polivalentes: los espacios deben estar preparados para acoger a niños de distinto nivel y con necesidades diferentes. 		<p>Artículo 14. Adecuación física y mantenimiento. Las medidas mínimas para las instalaciones físicas de una UAPI para cada grupo de niños según la edad (0-1, 1-2, 2-3, 3-4) debe ser de 30 m², destinado para un número máximo de 10 niños. Además, debe contar con un área para usos diversos cuyas dimensiones no deben ser inferiores a los 30 m², destinándolo por grupo en diferentes horarios.</p> <p>En caso de atender niños de diversas edades, debe contarse con unidades de servicios para cada edad.</p> <p>Para poner en funcionamiento una UAPI debe tenerse en cuenta las normas vigentes sobre higiene, seguridad y sanidad.</p>	<p>ELIMINADO</p>
<p>Artículo 13. Equipamiento. Las UAPI deberán contar con los elementos específicos y necesarios para el desarrollo de sus funciones lúdicas y educativas, los cuales deben estar adaptados a las destrezas y habilidades de los niños, de acuerdo a sus medidas antropométricas y que no pongan en riesgo la salud e integridad de los niños, en el evento de que los juguetes sean importados deben tener el logotipo CE en la etiqueta.</p>	<p>ELIMINADO</p>	<p>Artículo 15. Capacitación del personal. Las UAPI, deberán capacitar a su personal para la enseñanza y cuidado de niños con diversas discapacidades, y contar con espacios y equipos especialmente diseñados para ellos.</p> <p>Artículo 16. Niveles de Atención. Las Unidades de Atención Integral a la Primera Infancia deberán atender a los menores, en los siguientes niveles:</p> <p>a. Materno: De cero a 11 meses y 29 días. b. Caminadores: De 12 meses a 23 meses y 29 días. c. Párvulos: De 24 meses a 35 meses y 29 días. d. Prejardín: De 36 meses a 47 meses y 29 días. e. Jardín: De 48 meses a 71 meses y 29 días.</p>	<p>ELIMINADO</p>
		<p>Artículo 17. Clasificación de las Unidades de Atención Integral a la Primera Infancia podrán Prestar el servicio de tres formas, de acuerdo a los niveles de atención:</p> <p>1- Categoría I: Son las Unidades de Atención Integral a la Primera Infancia, que únicamente atiende a menores de cero a 35 meses y 29 días en los Niveles de atención Materno, Caminadores y Párvulos.</p>	<p>Artículo 8. Clasificación de las Unidades de Servicio de Educación Inicial:</p> <p>1- Categoría I: Son las Unidades de Servicio de Educación Inicial, que únicamente <u>atienden</u> a menores <u>desde los</u> cero <u>meses hasta los 3 años</u>, en los Niveles de atención Materno, Caminadores y Párvulos.</p>
<p>2- Categoría II: Son las Unidades de Atención Integral a la Primera Infancia, que únicamente atiende a menores desde los 36 meses a 71 meses y 29 días, en los Niveles de atención Prejardín y Jardín.</p> <p>3- Categoría III: Son las Unidades de Atención Integral a la Primera Infancia, que atiende los menores de cero a 71 meses y 29 días, en todos los niveles de atención.</p> <p>PARAGRAFO: La expedición de la licencia de funcionamiento de que trata el artículo 8 de la presente ley, se expedirá según la categoría de la que habla el presente artículo, siempre y cuando reúnan los requisitos mínimos establecidos en el artículo 7 de la presente Ley.</p>	<p>2- Categoría II: Son las Unidades de Servicio de Educación Inicial, que únicamente atiende a menores desde los <u>4 años hasta los 5 años</u>, en los Niveles de atención Prejardín y Jardín.</p> <p>3- Categoría III: Son las Unidades de Atención Integral a la Primera Infancia, que atiende los menores <u>desde los</u> cero <u>meses hasta los 5 años</u>, en todos los niveles de atención.</p>	<p>PRESENTE" será asumido por la empresa, sin que pueda ser trasladado en forma alguna a los trabajadores y contratistas.</p> <p>Parágrafo 3. Por el servicio de los Unidades de Atención Integral a la Primera Infancia en la empresa (UAPI) "SIEMPRE PRESENTE" a que se refiere esta ley no podrá cobrarse matrícula ni suma alguna distinta a la pensión mensual, la que deberá fijarse con fundamento exclusivo en los costos de mantenimiento y funcionamiento, sin que en ningún caso esa pensión mensual pueda exceder el 10% del salario u honorario del trabajador o contratista. En todo caso este servicio solo podrá ser cobrado a trabajadores y contratistas que ganen más de 2 salarios mínimos mensuales legales vigentes. A los demás trabajadores y contratistas se les cobrará proporcionalmente según la categoría a la que pertenezcan, así:</p> <p>CUADRO</p> <p>Parágrafo 4. Las empresas podrán compensar internamente el costo de funcionamiento y mantenimiento que según este artículo les corresponde asumir, con los subsidios que para el efecto existan o llegaren a existir.</p>	
<p>Artículo 18°. Beneficio tributario. Las empresas privadas que pongan en funcionamiento las Unidades de Atención Integral a la Primera Infancia en la empresa (UAPI) "SIEMPRE PRESENTE" a que se refiere la presente ley tendrán derecho a un descuento del impuesto de renta a pagar, equivalente al 35% de los costos de construcción y puesta en funcionamiento de la UAPI, comprobables a través de facturas o documentos equivalentes, por una sola vez respecto del año gravable que corresponda a esa entrada en funcionamiento.</p> <p>En lo subsiguiente el contribuyente podrá hacer un descuento del impuesto a pagar equivalente al 35% de los costos de mantenimiento y funcionamiento del UAPI "SIEMPRE PRESENTE", comprobables a través de facturas o documentos equivalentes, mientras la misma esté en servicio.</p> <p>Parágrafo 1. La aplicación del descuento establecido en este artículo estará condicionado al cumplimiento de las normas de construcción, adecuación y funcionamiento de los Unidades de Atención Integral a la Primera Infancia en la empresa (UAPI) "SIEMPRE PRESENTE" tanto a nivel nacional como local.</p> <p>Parágrafo 2. El otro 65% de costos de construcción e instalación del UAPI "SIEMPRE</p>	<p>Artículo 9. Beneficio tributario. Las empresas privadas que <u>contraten el servicio de educación inicial para los hijos e hijas de sus trabajadores o contratistas</u>, tendrán derecho a un descuento <u>sobre el</u> impuesto de renta, equivalente al 35%, por una sola vez, respecto del año gravable que corresponda a la entrada en funcionamiento de la contratación.</p> <p>En lo subsiguiente <u>dichas empresas podrán</u> hacer un descuento del impuesto de renta equivalente al 15%, <u>mientras subsista el servicio.</u></p> <p>Parágrafo. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público establecerá los lineamientos y reglamentación necesaria para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo, dentro de los seis (6) meses siguientes a la promulgación de la presente ley.</p>	<p>Artículo 18°. Vigilancia y control. Las secretarías de integración distritales y municipales o, en su defecto, las secretarías de salud, ejercerán sus funciones de control y vigilancia sobre el cumplimiento de las condiciones de funcionamiento de estas Unidades de Atención Integral a la Primera Infancia en la empresa (UAPI) "SIEMPRE PRESENTE", de acuerdo con las normas correspondientes.</p>	<p>Artículo 10. Vigilancia y control. El control y vigilancia de las Unidades de <u>Servicio de Educación Inicial estará a cargo de los Alcaldes y Gobernadores del país, a través de las Secretarías de Educación respectivas.</u></p> <p>Parágrafo. El Ministerio de Educación Nacional reglamentará lo relacionado con la inspección, vigilancia y control de las Unidades de Servicio de Educación Inicial, dentro de los seis (6) meses siguientes a la promulgación de la presente ley.</p>
		<p>Artículo 19°. Vigencia. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.</p>	<p>Artículo 11. Vigencia y derogatorias. La presente ley rige a partir de <u>su promulgación</u> y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.</p>

IX. POSIBLE CONFLICTOS DE INTERÉS

Con base en el artículo 3º de la Ley 2003 de 2019, según el cual “El autor del proyecto y el ponente presentarán en el cuerpo de la exposición de motivos un acápite que describa las circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto, de acuerdo con el artículo 286. Estos serán criterios guías para que los otros congresistas tomen una decisión en torno a si se encuentran en una causal de impedimento, no obstante, otras causales que el Congresista pueda encontrar”.

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

“Artículo 1º. El artículo 286 de la Ley 5 de 1992 quedará así:

(...)

a) **Beneficio particular:** aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado.

b) **Beneficio actual:** aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión.

c) **Beneficio directo:** aquel que se produzca de forma específica respecto del congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.

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

a) Cuando el congresista participe, discuta, vote un proyecto de ley o de acto legislativo que otorgue beneficios o cargos de carácter general, es decir cuando el interés del congresista coincide o se fusione con los intereses de los electores.

b) Cuando el beneficio podría o no configurarse para el congresista en el futuro.

c) Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que establezcan sanciones o disminuyan beneficios, en el cual, el congresista tiene un interés particular, actual y directo. El voto negativo no constituirá conflicto de interés cuando mantiene la normatividad vigente.

d) Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que regula un sector económico en el cual el congresista tiene un interés particular, actual y directo, siempre y cuando no genere beneficio particular, directo y actual.

e) Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo que tratan sobre los sectores económicos de quienes fueron financiadores de su campaña siempre y cuando no genere beneficio particular, directo y actual para el congresista. El congresista deberá hacer saber por escrito que el artículo o proyecto beneficia a financiadores de su campaña. Dicha manifestación no requerirá discusión ni votación.

f) Cuando el congresista participa en la elección de otros servidores públicos mediante el voto secreto. Se exceptúan los casos en que se presenten inhabilidades referidas al parentesco con los candidatos (...). (Subrayado y negrilla fuera de texto).

De lo anterior, y de manera meramente orientativa, se considera que para la discusión y aprobación de este Proyecto de Ley no existen circunstancias que pudieran dar lugar a un eventual conflicto de interés por parte de los Honorables Representantes, pues es una iniciativa de carácter general, impersonal y abstracta, con lo cual no se materializa una situación concreta que permita enmarcar un beneficio particular, directo ni actual. En suma, se considera que este proyecto se enmarca en lo dispuesto por el literal a del artículo primero de la Ley 2003 de 2019 sobre las hipótesis de cuando se entiende que no hay conflicto de interés.

En todo caso, es pertinente aclarar que los conflictos de interés son personales y corresponde a cada Congresista evaluarlos.

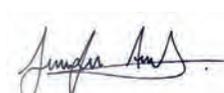
PROPOSICIÓN

Con base en las anteriores consideraciones, presentamos ponencia positiva y solicitamos a la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes, dar primer debate al Proyecto de Ley No. 205 de 2020 Cámara, “Por medio de la cual se crean y regulan las Unidades de Atención Integral a la Primera Infancia en la empresa (UAPI) “SIEMPRE PRESENTE”

De los Honorables Congresistas,



JHON ARLEY MURILLO BENÍTEZ
Representante a la Cámara
Partido Colombia Renaciente
(Coordinador Ponente)



JENNIFER KRISTIN ARIAS FALA
Representante a la Cámara
Partido Centro Democrático
(Ponente)

**TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE
PROYECTO DE LEY No. 205 DE 2020 CÁMARA**

“Por medio de la cual se crean las Unidades de Servicio de Educación Inicial”

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

Artículo 1º. Objeto. La presente ley tiene por objeto crear las Unidades de Servicio de Educación Inicial, en el marco de la Atención Integral, destinado al potenciamiento del desarrollo de los niños menores de 5 años, hijos de los trabajadores y/o contratistas de empresas públicas y privadas.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. La presente ley aplica para todo el territorio nacional.

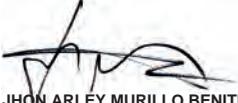
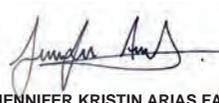
Artículo 3. Definición. Para efectos de la presente ley se entenderá por “Unidad de Servicio de Educación Inicial” aquella creada para la prestación del servicio de educación inicial, la protección, el cuidado, la nutrición y salud de los niños y niñas menores de 5 años, hijos de los trabajadores o contratistas de empresas públicas o privadas, el cual podrá ser contratado por estas a través del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), las Cajas de Compensación Familiar o los prestadores privados del servicio de educación inicial.

Artículo 4. Prestadores del Servicio. Las empresas públicas y privadas podrán contratar la prestación del servicio de educación inicial a través de:

1. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).
2. Las Cajas de Compensación Familiar.
3. Prestadores privados del servicio de educación inicial.

Artículo 5. Fines. Las Unidades de Servicio de Educación Inicial, tendrán como fines los siguientes:

- 1- Ofrecer a los niños y niñas, hijos de los trabajadores o contratistas de empresas públicas o privadas oportunidades y posibilidades para promover y potencializar su desarrollo integral.

<p>2- Incentivar la cercanía de las madres y los padres con sus hijos, a fin de que involucrelos en sus procesos educativos.</p> <p>Artículo 6. El Ministerio de Educación Nacional, dentro del año siguiente a la promulgación de la presente ley, fijará los lineamientos y reglamentará lo relacionado con los requisitos, condiciones, servicio, funcionamiento, personal, seguridad, infraestructura y los demás aspectos que tengan que ver con la prestación del servicio de educación inicial por parte de las Unidades, de que trata esta ley.</p> <p>Artículo 7. Por el servicio de las Unidades Servicio de Educación Inicial, a que se refiere la presente ley, no podrá cobrarse matrícula ni suma alguna distinta a la pensión mensual.</p> <p>La reglamentación sobre el costo de la pensión mensual será establecida por el Ministerio de Educación Nacional dentro de los seis (6) meses siguientes a la promulgación de esta ley; el mencionado costo será definido por cada unidad de servicio, de acuerdo a dicha reglamentación y sin que en ningún caso, esa pensión mensual pueda exceder el 15% del salario u honorario del trabajador o contratista.</p> <p>Parágrafo 1: En todo caso, este servicio solo podrá ser cobrado a trabajadores y contratistas que ganen más de dos (2) salarios mínimos mensuales legales vigentes.</p> <p>Parágrafo 2: La vigilancia de lo relacionado con la definición y cobro de los costos en los términos señalados en el presente artículo, estará a cargo de las secretarías de educación de las Entidades Territoriales certificadas, respectivas.</p> <p>Artículo 8. Clasificación de las Unidades de Servicio de Educación Inicial:</p> <p>1- Categoría I: Son las Unidades de Servicio de Educación Inicial, que únicamente atienden a menores desde los cero meses hasta los 3 años, en los Niveles de atención Materno, Caminadores y Párvulos.</p> <p>2- Categoría II: Son las Unidades de Servicio de Educación Inicial, que únicamente atiende a menores desde los 4 años hasta los 5 años, en los Niveles de atención Prejardín y Jardín.</p> <p>3- Categoría III: Son las Unidades de Atención Integral a la Primera Infancia, que atiende los menores desde los cero meses hasta los 5 años, en todos los niveles de atención.</p>	<p>Artículo 9. Beneficio tributario. Las empresas privadas que contraten el servicio de educación inicial para los hijos e hijas de sus trabajadores o contratistas, tendrán derecho a un descuento sobre el impuesto de renta, equivalente al 35%, por una sola vez, respecto del año gravable que corresponda a la entrada en funcionamiento de la contratación.</p> <p>En lo subsiguiente dichas empresas podrán hacer un descuento del impuesto de renta equivalente al 15%, mientras subsista el servicio.</p> <p>Parágrafo. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público establecerá los lineamientos y reglamentación necesaria para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo, dentro de los seis (6) meses siguientes a la promulgación de la presente ley.</p> <p>Artículo 10. Vigilancia y control. El control y vigilancia de las Unidades de Servicio de Educación Inicial estará a cargo de los Alcaldes y Gobernadores del país, a través de las Secretarías de Educación respectivas.</p> <p>Parágrafo. El Ministerio de Educación Nacional reglamentará lo relacionado con la inspección, vigilancia y control de las Unidades de Servicio de Educación Inicial, dentro de los seis (6) meses siguientes a la promulgación de la presente ley, atendiendo lo señalado en este artículo.</p> <p>Artículo 11. Vigencia y derogatorias. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.</p> <p>De los Honorables Congresistas,</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;">  <p>JHON ARLEY MURILLO BENITEZ Representante a la Cámara Partido Colombia Renaciente (Coordinador Ponente)</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>JENNIFER KRISTIN ARIAS FALA Representante a la Cámara Partido Centro Democrático (Ponente)</p> </div> </div>
--	---

INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 258 DE 2020 CÁMARA

por medio de la cual se modifica la Ley 1384 de 2010, se adopta el enfoque de alta carga de la enfermedad para la atención de pacientes con cáncer y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D.C., 29 de octubre de 2020

Honorable Representante
JUAN DIEGO ECHAVARRIA SANCHEZ
Presidente Comisión VII
Cámara de Representantes
E. S. D.

Asunto: INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY No. 258 DE 2020 CÁMARA "Por medio de la cual se modifica la Ley 1384 de 2010, se adopta el enfoque de alta carga de la enfermedad para la atención de pacientes con cáncer y se dictan otras disposiciones"

Respetado Señor Presidente:

En cumplimiento del encargo hecho por la honorable Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional de la Cámara de Representantes y de conformidad con lo establecido en el Artículo 156 de la ley 5ª de 1992, procedemos a rendir **INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY No. 258 DE 2020 CÁMARA** "Por medio de la cual se modifica la Ley 1384 de 2010, se adopta el enfoque de alta carga de la enfermedad para la atención de pacientes con cáncer y se dictan otras disposiciones", en los siguientes términos:

La presente ponencia se desarrollará de la siguiente manera:

1. Antecedentes de la iniciativa
2. Objeto del proyecto
3. Marco Jurídico
4. Alcance y contenido del proyecto
5. Pliego de modificaciones
6. Proposición

1. ANTECEDENTES DE LA INICIATIVA

El proyecto de ley es de iniciativa de los Honorables Representantes: Juan Carlos Reinales, Henry Fernando Correal, Juan Diego Echavarría, Kelyn González, Flora Perdomo, Faber Muñoz, Jhon Arley Murillo, Carlos Eduardo Acosta, Omar de Jesús Restrepo, Ángela Patricia Sánchez, Andrés Calle, Harry González, Nubia López, Alejandro Vega, Rodrigo Rojas, Hernán Estupiñán, Víctor Ortiz, Carlos Julio Bonilla, Crisanto Pisso, Alejandro Chacón, Jhon Jairo Roldan, Elizabeth Jay-Pang y Silvio Carrasquilla, el cual fue radicado el 23 de julio del año 2020 y le fue asignado el No. 258 de 2020.

Dicho proyecto fue remitido por competencia, a la comisión séptima constitucional, quien de conformidad con lo establecido en la ley 5 de 1992 designó como ponentes a los Honorables Representantes Jorge Enrique Benedetti Martelo, Jairo Reinaldo Cala Suarez y José Luis Correa López (coordinador ponente).

Es importante resaltar que el presente proyecto de ley se había radicado en la legislatura 2019-2020 con el número 343 de 2020 Cámara, el cual tuvo ponencia positiva para primer debate pero no alcanzo a discutirse razón por la cual se archivó de conformidad con lo establecido en el artículo 190 de la ley 5 de 1992.

2. OBJETO DEL PROYECTO

La presente ley pretende actualizar el marco normativo de modo que se adopte el enfoque de carga de la enfermedad en Colombia, que tenga en cuenta las consecuencias epidemiológicas y económicas de la enfermedad y se determine la alta carga como factor para priorización de los cánceres, respondiendo a los cambios que está experimentando al país y aumentar la capacidad de respuesta.

Lo anterior para garantizar un uso eficiente de los recursos asignados, mejorar la atención de los tipos de cáncer de alta carga en el país y la atención integral con esfuerzos que respondan a la alta carga.

3. MARCO JURIDICO

NORMAS INTERNACIONALES

La **Declaración Universal de Derechos Humanos** suscrita por el Estado Colombiano, preceptúa en el numeral 1 del artículo 25 que: "*Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.*" (cursiva y subraya fuera de texto).

El **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** aprobada mediante la Ley 74 de 1968, reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y señala como medida que debe adoptar los estados partes para asegurar la plena efectividad de este derecho: c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad." (cursiva y subraya fuera de texto).

<p>En el sistema interamericano de derechos humanos, el Protocolo Adicional de la Convención Interamericana de Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador" (1988), aprobado mediante la Ley 319 de 1996, establece en el artículo 10 "Derecho a la Salud" en términos de : "Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. Toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad." e indica que "Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: <u>b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables</u>". (cursiva y subraya fuera de texto).</p> <p>La Resolución WHA58.22 de 2005 de la Asamblea Mundial de la Salud: Prevención y control del cáncer: Insta a los Estados Miembros a que, en la planificación de sus actividades de control, presten especial atención a los cánceres relacionados con exposiciones evitables, en particular la exposición a algunos agentes infecciosos. • Organización de las Naciones Unidas (ONU): Normas Uniformes sobre Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, 1993.</p> <p>La Resolución CD47.R9 de 2006 de la OPS: Estrategia Regional y Plan de Acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud.</p> <p>FUNDAMENTOS CONSTITUCIONALES</p> <p>El Artículo 49 de la Constitución Nacional estatuye que "<i>La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para</i></p>	<p><i>todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad."</i></p> <p>Protección constitucional reforzada de las personas con sospecha o diagnóstico de cáncer</p> <p>La honorable Corte Constitucional ha decantado una línea jurisprudencial en relación con la protección constitucional reforzada para las personas con sospecha o diagnóstico de cáncer; tal línea descansa en la hermenéutica del principio de igualdad material consagrado en el artículo 13 superior.</p> <p>En su interpretación de la Carta política ha creado las siguientes subreglas jurisprudenciales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceso sin obstáculos y oportuno al tratamiento integral, es decir que quien es afectado por una enfermedad catastrófica o ruinoso como el cáncer, tiene el derecho a una atención integral en salud que abarque la prestación de todos los servicios y tratamientos que se requieran para su tratamiento y rehabilitación. (Sentencia T-066-12). • La integralidad en la atención incluye "<i>la garantía de recibir los servicios de apoyo social en los componentes psicológico, familiar, laboral y social que requieran los pacientes con cáncer para el restablecimiento de su salud mental.</i>" • Las indicaciones y requerimientos del médico tratante deben ser las que orienten el alcance de la protección constitucional del derecho a la salud de las personas. (Sentencia T-607 de 2016). • El principio de integralidad entraña la garantía en la continuidad en la prestación del servicio y evitar al paciente interponer una acción de tutela por cada nuevo servicio que sea prescrito por el médico tratante, es decir que el tratamiento integral debe ser brindado "<i>de forma ininterrumpida, completa, diligente, oportuna y con calidad</i>". (Sentencia T-387 de 2018), y señala de manera contundente que: <p>Por ello, debido a que el cáncer es una enfermedad que por su gravedad y complejidad requiere un tratamiento continuo que no puede sujetarse a dilaciones injustificadas ni prestarse de forma incompleta, la Corte ha sido clara en afirmar que la integralidad y la oportunidad en la prestación del servicio de salud en estos casos cobra mayor relevancia y debe cumplirse de forma reforzada.</p>
<p>En este sentido, ha sostenido en varias oportunidades que la demora injustificada en el suministro de medicamentos o insumos médicos a personas con sospecha o diagnóstico de cáncer, o en la programación de un procedimiento quirúrgico o tratamiento de rehabilitación, "<i>puede implicar la distorsión del objetivo del tratamiento o cirugía ordenada inicialmente, prolongar el sufrimiento, deteriorar y agravar la salud del paciente e incluso, generar en éste nuevas patologías, y configurar, en consecuencia, una grave vulneración del derecho a la salud, a la integridad personal y a la vida digna de un paciente</i>". (Sentencia T-057 de 2013)</p> <p>Es decir, esta Corporación ha dejado claro que de la oportuna prestación del servicio depende la calidad de vida de los pacientes y que, por esta razón, cuando la prestación del servicio de salud no es eficaz, ágil y oportuna, se afectan sus derechos fundamentales, situación que empeora cuando se trata de personas con enfermedades ruinosas.</p> <p>De igual forma, la Corte ha señalado que "el derecho a la salud también puede resultar vulnerado cuando, debido a la demora para la prestación de un servicio o el suministro de un medicamento, se produzcan condiciones que sean intolerables para una persona. Es decir, para que se ampare este derecho no se requiere que el paciente esté en una situación que amenace su vida de forma grave, sino que el mismo se encuentre enfrentado a condiciones indignas de existencia, como puede ser tener que soportar intensos dolores, en casos de pacientes que se encuentran en estadios avanzados de su enfermedad."</p> <p>FUNDAMENTOS LEGALES</p> <p>En el ordenamiento jurídico colombiano contamos con un conjunto normativo que tiene por objeto consagrar normas que garantizan el derecho a la salud, entre otras, encontramos las siguientes: La ley estatutaria 1751 de 2015 que desarrolla el derecho fundamental a la Salud en los siguientes términos:</p> <p><i>"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".</i></p> <p>La ley 1384 de 2010, "<i>Por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia</i>", conocida como "<i>Ley Sandra Ceballos</i>", ordena la creación</p>	<p>del sistema de información, a través del establecimiento de los registros nacionales de cáncer en adultos, basado en registros poblacionales y registros institucionales; establece el observatorio de cáncer como parte del sistema de vigilancia en salud pública; consagra la necesidad de captar datos de diversas fuentes, así como efectuar las adaptaciones necesarias al actual SIVIGILA para la captura, procesamiento, almacenamiento y consulta de la información.</p> <p>La ley 1388 de 2010 "<i>Por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia</i>". Define como objeto la disminución significativa de la tasa de mortalidad por cáncer en los niños y personas menores de 18 años. En el Capítulo III: Información, Registro e Investigación. Para el desarrollo de la garantía establecida en el artículo 3° de ésta ley, ordena crear el Registro Nacional de Cáncer Infantil, con el propósito de captar la mayor cantidad posible de datos desde el registro del diagnóstico, seguimiento al acceso al sistema de salud hasta la evolución del tratamiento del paciente.</p> <p>La Ley 1733 de 2014 "<i>Ley Consuelo Devís Saavedra, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida</i>", reglamenta el derecho que tienen las personas con enfermedades en fase terminal, crónicas, degenerativas e irreversibles, a la atención en cuidados paliativos que pretende mejorar la calidad de vida.</p> <p>La Ley 715 de 2001 "<i>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</i>", en el entendido que tal norma le otorga al Ministerio de Salud y Protección Social la tarea de definir, diseñar, reglamentar, implantar y administrar el sistema integral de información en salud y el sistema de vigilancia en salud pública, con la participación de las entidades territoriales.</p> <p>La ley 2026 de 2020 establece medidas para hacer efectiva la protección del derecho fundamental a la salud de los menores de 18 años con diagnóstico o presunción de cáncer, declarar su atención integral como prioritaria, garantizando el acceso efectivo a los servicios de salud oncopediátrica y fortalecer el apoyo social que recibe esta población.</p> <p>De otra parte, mediante el Decreto 5017 de 2009 por el cual se aprueba la modificación de la estructura del Instituto Nacional de Cancerología -INC - Empresa Social del Estado. Art 2 Numeral 6, Obligaciones del INC frente al sistema nacional de información del cáncer. Establece la asesoría y asistencia del INC al Ministerio de Salud y Protección Social, así como a las IPS en el área oncológica que lo</p>

requieran y a las demás que se le determinen en el orden nacional y territorial, para implantar y consolidar el Sistema Nacional de Información de Cáncer.

En el marco de las normas reglamentarias encontramos, entre otras, las Resoluciones 4496 de 2012, 2590 de 2012, 4505 de 2012, 1383 de 2013 (Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia), y 1841 de 2013, encierran un conjunto de arreglos institucionales claves para la organización del sistema nacional de información de cáncer y el observatorio nacional de cáncer en Colombia; del sistema integrado en red y el sistema nacional de información para el monitoreo, seguimiento y control de la atención del cáncer en los menores de 18 años; el registro de las actividades de protección específica, detección temprana y la aplicación de las guías de atención integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.

Entre otras resoluciones sobre el cáncer en Colombia tenemos las siguientes:

La resolución 1419 de 2013 "Por la cual se establecen los parámetros y condiciones para la organización y gestión integral de las unidades funcionales para la atención integral del cáncer y los lineamientos para su monitoreo y evaluación", reglamento que establece las obligaciones para la conformación de la red de prestación de servicios oncológicos y unidades funciones, y fija lineamientos para su monitoreo y evaluación.

La resolución 1552 de 2013 "Por medio de la cual se reglamenta parcialmente los artículos 123 y 124 del Decreto Ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones" preceptúa que las Entidades Promotoras de salud EPS de ambos regímenes, directamente o a través de la red que definan, deberán tener agendas abiertas para la asignación de citas de medicina especializada la totalidad de los días hábiles del año.

La resolución 0247 de 2014 "Por la cual se establece el reporte de pacientes con cáncer. Establece la obligación de reportar los pacientes con cáncer a la Cuenta de Alto Costo por parte de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), incluidas las del régimen de excepción, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), públicas, privadas y mixtas y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud."

La resolución 3202 de 2016 "Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud —RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de La Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones."

La resolución 4504 de 2016 "Por la cual se dictan disposiciones relacionadas con las Unidades de Atención de Cáncer Infantil (UACAI)."

La resolución 429 de 2016 "Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud."

La resolución 1477 de 2016, por la cual se define el procedimiento, los estándares y los criterios para la habilitación de las Unidades Funcionales para la Atención Integral de Cáncer del Adulto "UFCA" y de las Unidades de Atención de Cáncer Infantil "UACAI" y se dictan otras disposiciones.

La resolución 1441 de 2016, por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones.

La resolución 3280 de 2018, por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.

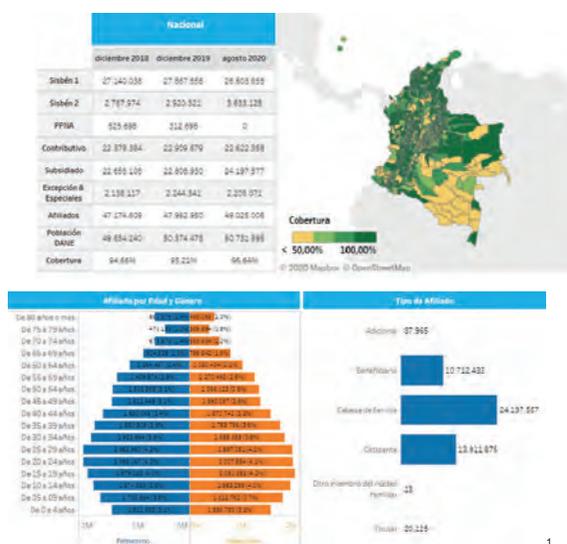
La resolución 2626 de 2019, por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud -PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE.

La resolución 3339 de 2019 "Por la cual se establece e Implementa el mecanismo de cálculo y distribución de los recursos de la UPC para las Empresas Promotoras de Salud - EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar - ECO, para los cánceres priorizados".

4. ALCANCE Y CONTENIDO DEL PROYECTO

ASEGURAMIENTO EN SALUD

En las bases de datos del Ministerio de Salud y Protección Social con fecha de corte de agosto de se encuentran afiliados al sistema de salud un total de 49.025.006 personas, es decir, el 97,3% del total de la población colombiana, de las cuales el 44,9% (22.622.358) pertenecen al régimen contributivo, el 48% (24.197.577) al régimen subsidiado, 4,4% (2.205.071) al régimen de excepción y especiales y el 2,7% (1.346.589) no cuenta con ningún tipo de afiliación.



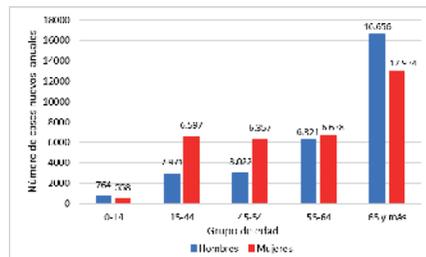
INCIDENCIA DE CÁNCER EN COLOMBIA²

De acuerdo con el libro Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia 2007-2011, del Instituto Nacional de Cancerología, se estima que para este periodo de tiempo en Colombia se diagnosticaron 62.818 casos nuevos de cáncer por año, siendo 29.734 en hombres y 33.084 en mujeres. Los cánceres más frecuentes en este periodo en hombres fueron en próstata, estómago y pulmón; para las mujeres los cánceres más frecuentes fueron en mama, cuello de útero y colorectal. En cuanto a cáncer pediátrico

¹ MSPS. (2020). Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>
² Respuesta INC petición Carga de enfermedad de alto costo. radicado SAL-09647-2020

(edades entre 0 y 14 años) en Colombia 2007-2011, se diagnosticaron 1.322 casos nuevos de cáncer por año, siendo 764 casos en niños y 558 casos en niñas; para este grupo de edad los cánceres más frecuentes fueron leucemia, linfoma no Hodgkin y tumores del sistema nervioso central. En el gráfico 1 se presentan los casos nuevos de cáncer estimados por grupo de edad anual para Colombia en el periodo 2007- 2011.

Gráfico 1. Incidencia anual estimada por grupos de edad según sexo, Colombia 2007-2011



Fuente: Pardo C, Cendales R. Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia, 2007-2011

A nivel mundial la información correspondiente a incidencia (casos nuevos) de cáncer se generan desde los datos suministrados por los Registros Poblacionales de Cáncer, instituciones que realizan validación de la información mediante procesos estandarizados y minuciosos de control de calidad del dato. La *International Agency for Research on Cancer* (IARC), es la agencia especializada en investigación sobre cáncer adscrita a la Organización Mundial de la Salud, a la fecha ha dado el aval para publicación de la información desde los registros poblacionales de cáncer, la IARC en Colombia ha validado con criterios de calidad a 4 registros poblacionales de cáncer: Bucaramanga, Cali, Manizales y Pasto, a partir de los cuales se realizan los cálculos para las estimaciones de los datos de incidencia en el país. Esta información se encuentra disponible en la página del Observatorio Global de Cáncer, en *Ci5plus Cancer Incidence in Five Continents Time Trends* (<http://ci5.iarc.fr/>) con datos mundiales al año 2012.

Según la página del Observatorio Global de Cáncer 2012, en la tabla 1 se presentan las tasas de incidencia ajustadas por 100.000 habitantes de todos los cánceres (excepto cáncer de piel) en Colombia, por sexo y quinquenio

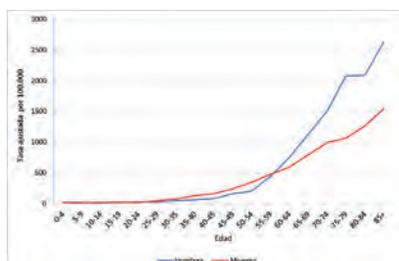
de edad. Las tasas de incidencia (casos nuevos) de cáncer aumentan conforme incrementa la edad, en las mujeres los casos empiezan un mayor incremento a partir de los 35 años, para los hombres es visible desde los 54 años, en el gráfico 2 se presenta el comportamiento descrito.

Tabla 1. Tasas de incidencia de cáncer ajustadas por edad y sexo en Colombia, 2012

Edad	Hombres	Mujeres	Edad	Hombres	Mujeres
0-4	18,8	17,4	45-49	159,5	239,9
5-9	14,4	10,2	50-54	199,1	349,6
10-14	12,4	13,8	55-59	447,9	477,2
15-19	17,5	20,1	60-64	749,6	592,6
20-24	30,5	19,0	65-69	1124,5	794,8
25-29	26,0	46,9	70-74	1507,9	993,9
30-35	50,5	79,1	75-79	2072,8	1063,8
35-40	64,3	130,9	80-84	2090,9	1264,1
40-45	81,0	159,5	85+	2621,7	1544,6

Fuente: Global Cancer Observatory: Cancer Over Time. Cancer Incidence in Five Continents Vol XI.

Gráfico 2. Tasas de incidencia de cáncer ajustadas por edad y sexo en Colombia, 2012



Fuente: Global Cancer Observatory: Cancer Over Time. Cancer Incidence in Five Continents Vol XI

La *International Agency for Research on Cancer* (IARC), con base en la información suministrada por los registros poblacionales de cáncer, a través de modelos estadísticos ha estimado 101.893 nuevos casos de cáncer para todas las localizaciones en Colombia para el año 2018, de los cuales 47.876 son hombres y 54.017 mujeres. A continuación, se presentan los casos nuevos de cáncer estimados para las diez localizaciones más frecuentes en todas las edades, para hombres (tabla 2) y para mujeres (tabla 3).

Tabla 2. Número de casos nuevos de cáncer estimados en hombres de todas las edades, según localización, Colombia 2018

Localización	Hombres		
	No. Casos nuevos	%	TAE*
Próstata	12.712	26,6	49,8
Estómago	4.578	9,6	17,6
Colon y recto	4.396	9,2	16,9
Pulmón	3.263	6,8	12,7
Linfoma no Hodgkin	2.162	4,5	8,4
Leucemia	1.712	3,6	7,1
Testículo	1.284	2,7	4,7
Hígado	1.195	2,5	4,6
Vejiga	1.181	2,5	4,6
Riñón	1.066	2,2	4,2
Total cánceres	47.876	100	185,7

*TAE: Tasa ajustada a la edad por 100.000 habitantes Fuente: Global Cancer Observatory: Cancer Today

Tabla 3. Número de casos nuevos de cáncer estimados en mujeres de todas las edades, según localización, Colombia 2018

Localización	Mujeres		
	No. Casos nuevos	%	TAE*
Mama	13.380	24,8	44,1
Colon y recto	4.744	8,8	15,0
Tiroides	4.282	7,9	14,5
Cuello uterino	3.853	7,1	12,7
Estómago	2.841	5,3	8,9
Pulmón	2.593	4,8	8,1
Ovario	2.414	4,5	8,0
Linfoma no Hodgkin	2.008	3,7	6,5

Cuerpo uterino	1.583	2,9	5,2
Leucemia	1.414	2,6	5,4
Total cánceres	54.017	100	175,9

*TAE: Tasa ajustada a la edad por 100.000 habitantes Fuente: Global Cancer Observatory: Cancer Today

Casos nuevos de cáncer proyectados en Colombia 2020 -2040

De acuerdo con las estimaciones de la *International Agency for Research on Cancer* (IARC), en Colombia para el año 2018 se estimaron 101.893 nuevos casos de cáncer para todas las localizaciones, para el año 2030 se espera tener 148.600 casos nuevos de cáncer y para 2040 la cifra esperada es de más de 189.900 casos nuevos. En la tabla 4 se presentan los números de casos nuevos de todos los cánceres proyectados para Colombia cada 5 años de 2020 a 2040, según sexo.

Tabla 4. Número de casos nuevos de cáncer proyectados en Colombia según sexo, 2020-2040

Sexo	2020	2025	2030	2035	2040
Hombres	51.521	61.502	72.348	83.435	94.143
Mujeres	57.433	66.520	76.252	86.225	95.845
Total	108.954	128.022	148.600	169.660	189.988

Fuente: Global Cancer Observatory: Cancer Tomorrow

En la tabla 5 se presenta incremento del cambio demográfico dado en porcentaje por sexo, que se ha estimado a partir de los casos nuevos de cáncer para todas las localizaciones en 2018.

Tabla 5. Cambio demográfico porcentual por sexo con relación a los casos nuevos de cáncer estimados a 2018, 2020-2040

Sexo	2020	2025	2030	2035	2040
Hombres	+7,6%	+28,5%	+51,1%	+74,3%	+96,6%
Mujeres	+6,3%	+23,1%	+41,2%	+59,6%	+77,4%
Total	+6,9%	+25,6%	+45,8%	+66,5%	+86,5%

Fuente: Global Cancer Observatory: Cancer Tomorrow

De acuerdo con los diez tipos de cáncer más frecuentes en el país según las estimaciones de IARC para 2018, en la tabla 6 se muestra la proyección en el número de casos nuevos anuales esperados por localización para el período 2020-2040, para todas las localizaciones se espera un incremento en el número de casos nuevos de cáncer, especialmente en cáncer de próstata (la mayor incidencia esperada desde 2025) y en cáncer de mama.

Tabla 6. Número de casos nuevos proyectados para las diez primeras localizaciones de cáncer en Colombia, 2020-2040

No.	Localización del cáncer	2018	2020	2025	2030	2035	2040
1	Mama	13.380	14.124	15.970	17.778	19.468	20.957
2	Próstata	12.712	13.876	17.043	20.457	23.899	27.199
3	Colon y recto	8.583	9.237	11.029	12.986	15.026	17.019
4	Estómago	7.419	7.983	9.544	11.283	13.100	14.863
5	Pulmón	5.856	6.358	7.758	9.306	10.917	12.498
6	Tiroides	5.114	5.332	5.848	6.301	6.691	6.994
7	Cáncer de piel no melanoma	4.685	5.072	6.242	7.662	9.298	11.050
8	Linfoma No Hodgkin	4.170	4.437	5.160	5.924	6.710	7.470
9	Cuello uterino	3.853	4.046	4.523	4.990	5.426	5.815
10	Ovario	2.414	2.551	2.886	3.219	3.532	3.816

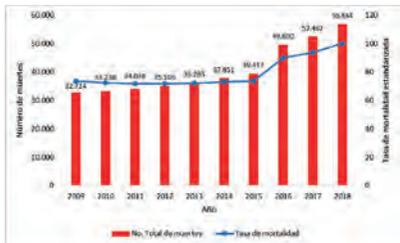
Fuente: Global Cancer Observatory: Cancer Tomorrow

MORTALIDAD POR CÁNCER EN COLOMBIA

El Sistema de Información de Cáncer en Colombia – SICC (www.infocancer.co), consolida la información de mortalidad por cáncer en Colombia a partir de las bases de datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE.

En el gráfico 3 se presentan las muertes y las tasas de mortalidad ajustada para el período 2009 – 2018 en Colombia, en donde se observa la tendencia en el incremento de las muertes por cáncer en el país, en 2018 se registró 56.834 muertes por cáncer lo que representa una tasa ajustada de 100,1 por 100.000 habitantes.

Gráfico 3. Números de muertes y tasas de mortalidad por cáncer en Colombia, 2009 - 2018



Fuente: Sistema de Información de Cáncer en Colombia – SICC, con datos DANE.

En la tabla 7 se presentan las diez localizaciones más frecuentes de muerte por cáncer para el año 2018, estas representan el 69,5% (39.488) de todas las muertes por cáncer para dicho año. De las muertes por cáncer, la localización más frecuente es próstata, seguido de mama, estómago, pulmón y colon y recto. Las tasas ajustadas de mortalidad por cáncer aumentan conforme incrementa la edad, en el caso de las mujeres muestran tasas más altas que los hombres entre los 25 y 59 años, en el caso de los hombres las tasas de mortalidad incrementan con respecto a las mujeres desde los 60 años, en el gráfico 4 se presenta el comportamiento descrito.

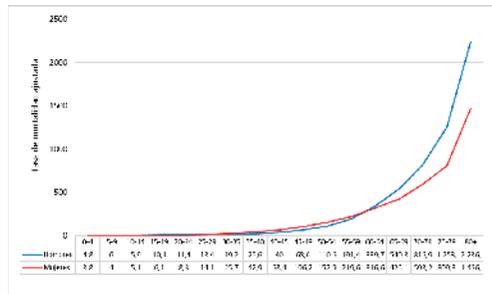
Tabla 7. Tasa de mortalidad ajustada y número de muertes por cáncer en las 10 localizaciones más frecuentes en Colombia 2018

Localización	TAE*	No. Muertes
1 Próstata	15,2	4.127
2 Mama	15,0	4.459
3 Estómago	12,3	6.980
4 Tráquea, bronquios y pulmón	11,0	6.293
5 Colon y recto	9,2	5.256
6 Cuello uterino	8,9	2.618
7 Otros y no especificados	5,6	3.189
8 Ovario	5,0	1.476
9 Páncreas	4,6	2.584

10 Hígado 4,4 2.506

*TAE: Tasa ajustada a la edad por 100.000 habitantes
Fuente: Sistema de Información de Cáncer en Colombia – SICC, con datos DANE 2018.

Gráfico 4. Tasas de mortalidad ajustada de cáncer por edad en Colombia, 2018



Fuente: Sistema de Información de Cáncer en Colombia – SICC, con datos DANE.

TUTELAS INTERPUESTAS POR PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

De acuerdo en el informe de 2019 de la Tutela y el Derecho a la Salud y la Seguridad Social de la Defensoría del Pueblo, "según los resultados de una muestra ponderada de tutelas en salud, para el año 2019 los pacientes con cáncer hicieron 68.429 solicitudes en 26.939 tutelas (12,99 % de las tutelas en salud), lo que significó un aumento del 8,66 % frente al año 2018. De acuerdo con el tipo de solicitud, el 72,15 % de los pacientes diagnosticados con cáncer acudieron a la tutela para reclamar servicios, especialmente, por tratamiento integral y citas médicas especializadas. En un segundo lugar, se encontraron las demandas por medicamentos, las cuales constituyeron el 12,56 %. Lo anterior representó un incremento del 37,7 % respecto al año 2018. En tercer lugar se ubicaron las solicitudes de elementos que no son asistenciales. Estas alcanzaron el 9 % y, básicamente, fueron por transporte, viáticos y alojamiento en aquellos casos en que fue necesario el desplazamiento de una región a otra."²⁸

seguido por cáncer de estómago y cáncer de bronquios y del pulmón. Es de anotar que el mayor porcentaje de tutelas son interpuestas por hombres mayores de 60 años.³

5. PLIEGO DE MODIFICACIONES

TEXTO RADICADO	PROPUESTA DE MODIFICACIÓN	COMENTARIOS
Artículo 1. Objeto de la ley. La presente ley tiene por objeto la actualización del marco normativo actual de modo que se adopte el enfoque de carga de la enfermedad en Colombia que tenga en cuenta las consecuencias epidemiológicas y económicas de la enfermedad y determinar la alta carga como factor para priorización de los cánceres, que responda a los cambios que está experimentando al país y pueda responder acorde a estos. Lo anterior para garantizar un uso eficiente de los recursos asignados para mejorar la atención de los tipos de cáncer de alta carga en el país y la atención integral con esfuerzos que respondan a la alta carga.	Artículo 1. Objeto de la ley. La presente ley tiene por objeto la actualización del marco normativo actual sobre atención integral del cáncer , de modo que se adopte el enfoque de carga de la enfermedad en Colombia que tenga en cuenta las consecuencias epidemiológicas y económicas de la enfermedad y determinar la alta carga como factor para priorización de los cánceres, que responda a los cambios que está experimentando al país y pueda responder acorde a estos. Lo anterior para garantizar un uso eficiente de los recursos asignados para mejorar la atención de los tipos de cáncer de alta carga en el país y la atención integral con esfuerzos que respondan a la alta carga.	Se aclara la normativa que se actualiza en concreto.
Artículo 2. Modifíquese el artículo 3 de la Ley 1384 de 2010, el cual quedará así:	Artículo 2. Modifíquese el artículo 3 de la Ley 1384 de 2010, el cual quedará así:	De conformidad con el artículo 48 de la Constitución Política, la seguridad social es un derecho irrenunciable que se debe garantizar a todos los habitantes del territorio nacional.
ARTÍCULO 3o. CAMPO DE APLICACIÓN. Las disposiciones contenidas en la presente ley se aplicarán	ARTÍCULO 3o. CAMPO DE APLICACIÓN. Las disposiciones contenidas en la presente ley se aplicarán a	

³ Defensoría del Pueblo, (2020). Tomado de: <https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Estudio-La-Tutela-Derechos-Salud-Seguridad-Social-2019.pdf>

Tabla 67. Tutelas en salud: clasificación por grupo de edad y régimen (2018-2019)

Condición	2018	2019	Variancia %
Subsidiado	18.108	23.311	29,3
Contributivo	6.242	9.911	59,4
Indeterminado	3.819	5.149	34,6
Préstata	491	1.139	232,2
Demanda médica especializada	1.025	1.413	37,9
Medicamentos	1.27	1.06	-16,6
Transporte y viáticos	989	1.24	25,2
Otros	0	0	0
Total tutelas	32.979	42.429	28,6

Fuente: Corte Constitucional, Defensoría del Pueblo.

"En relación con el régimen, la proporción de tutelas fue similar tanto en el subsidiado como en el contributivo. Se observó una diferencia en el grupo de pacientes menores de 18 años, pues el 66,7 % eran del subsidiado. En el contributivo, se registraron 12.479 tutelas, 53,1 % de las cuales fueron interpuestas por la población con edades entre los 18 y 59 años. A este grupo, lo siguieron las personas mayores de 60 años con el 41 % y los menores de edad con el 3,4 %. En el régimen subsidiado se registraron 12.788 tutelas, la mayoría de las cuales correspondió a la población con edades entre 18 y 59 años, grupo que interpuso el 51,3 % de ellas. Le siguieron la población mayor de 60 años con el 41 % y, en una menor proporción, la población menor de 18 años con el 6,7 %. En los clasificados como «otros», que corresponde a regímenes especiales, se encontraron 1.672 acciones. La mayor participación en este grupo correspondió a la población 207 entre los 18 y 59 años con el 50,5 %, seguida de la población mayor de 60 años con el 41,8 %."²⁸

Tabla 68. Tutelas en salud: distribución por grupo de edad y régimen (2018-2019)

Edad	Contributivo		Subsidiado		Otros		Total	
	Tutelas	Porcentaje	Tutelas	Porcentaje	Tutelas	Porcentaje	Tutelas	Porcentaje
Menor de 18	628	5,1	3329	26,5	67	0,5	4024	12,1
18-59	11.221	91,7	11.241	88,1	1.464	87,9	23.926	56,5
60 años y más	5.029	40,2	8.818	69,2	1.148	67,6	15.095	35,4
Total	12.479	100,0	12.788	100,0	1.672	100,0	26.939	100,0

Fuente: Corte Constitucional, Defensoría del Pueblo.

Según el tipo de cáncer, el de mama fue el más frecuente (19,69 %), seguido por el de próstata (8,22 %), estómago (5,05 %), otros tumores malignos de la piel (4,07 %) y cuello de útero (3,49 %). En las mujeres, el 30,6 % de las tutelas fueron por cáncer de mama, el 5,43 % por cáncer en el cuello uterino y un gran porcentaje por diversos tipos. En los hombres, el mayor porcentaje fue por cáncer de próstata,

<p>a toda la población afiliada al Sistema de Salud, y se prestarán los servicios requeridos en cualquier momento sin distinción de regímenes en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud sean públicas o privadas, EPS, EAPB/EOC como delegados de administración en salud y en las Unidades Funcionales habilitadas para la Atención Integral del Cáncer.</p>	<p>toda la población residente en el territorio nacional afiliada al Sistema de Salud, y se prestarán los servicios requeridos en cualquier momento sin distinción de regímenes en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud sean públicas o privadas, EPS, EAPB/EOC como delegados de administración en salud y en las Unidades Funcionales habilitadas para la Atención Integral del Cáncer.</p>	<p>Así mismo la ley 100 de 1993 en su artículo 3 garantiza el derecho a la seguridad social a todos los habitantes del territorio nacional y en el artículo 2 contempla el principio de universalidad, para todas las personas sin ninguna discriminación.</p> <p>Por lo anterior se propone la modificación de ampliar los beneficiarios del sistema.</p>	<p>de la Ley 1384 de 2010, el cual quedará así:</p> <p>ARTÍCULO 4o. DEFINICIONES. Las siguientes definiciones se aplican a esta ley:</p> <p>a) Carga de la enfermedad: Es un indicador que permite cuantificar la brecha existente entre el estado de salud de una población y un estándar, e incluye la suma de años de vida perdidos por mortalidad prematura y años de vida vividos con discapacidad.</p> <p>b) Incidencia: Es la cantidad de casos nuevos de una enfermedad, un síntoma, muerte o lesión que se presenta durante un período de tiempo específico.</p> <p>c) Prevalencia: Es la proporción de individuos de una población que presentan el evento en un momento, o período de tiempo, determinado.</p> <p>d) Mortalidad: Indica el número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa.</p> <p>e) Años de Vida Ajustados por Discapacidad – AVISAS: Mide la carga de enfermedad que sufre una población por causas específicas. AVISA son los años de vida ajustados por discapacidad que equivalen</p>	<p>los literales e) al q) al artículo 4 de la Ley 1384 de 2010, el cual quedará así:</p> <p>ARTÍCULO 4o. DEFINICIONES. Las siguientes definiciones se aplican a esta ley:</p> <p>e) Carga de la enfermedad: Es un indicador que permite cuantificar la brecha existente entre el estado de salud de una población y un estándar, e incluye la suma de años de vida perdidos por mortalidad prematura y años de vida vividos con discapacidad.</p> <p>f) Incidencia: Es la cantidad de casos nuevos de una enfermedad, un síntoma, muerte o lesión que se presenta durante un período de tiempo específico.</p> <p>g) Prevalencia: Es la proporción de individuos de una población que presentan el evento en un momento, o período de tiempo, determinado.</p> <p>h) Mortalidad: Indica el número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa.</p> <p>i) Años de Vida Ajustados por Discapacidad – AVISAS: Mide la carga de enfermedad que sufre una población por causas específicas. AVISA son los años de vida ajustados por discapacidad que equivalen a los años perdidos por discapacidad (APD) más los</p>	<p>Se modifica el encabezado del artículo ajustándolo a la realidad de lo que se pretende realizar al adicionar los literales e) al q), respetando los existentes en la ley 1384 de 2010.</p> <p>Se modifica el literal l) en el sentido de no dejar en la ley los tipos de cáncer priorizados por la política de salud actual, si no que se permita modificar esta priorización de acuerdo a los estudios epidemiológicos y que sobre cáncer vayan avanzando.</p> <p>Se eliminan los literales de la m) a la q), teniendo en cuenta que no se tratan de definiciones si no de lo que traduce la sigla.</p>
<p>Artículo 3. Modifíquese el artículo 2 de la Ley 1384 de 2010, el cual quedará así:</p> <p>ARTÍCULO PRINCIPIOS.</p> <p>Derecho a la vida, accesibilidad, equidad, oportunidad, continuidad, solidaridad y eficiencia, preservando el criterio según el cual la tarea fundamental de las autoridades de salud será lograr la prevención, la detección temprana, diagnóstico oportuno de la enfermedad y acceso a los tratamientos según las condiciones clínicas del paciente y estadio, y sin discriminación, para lograr una adecuada rehabilitación y paliación del paciente.</p> <p>Artículo 4. Modifíquese los literales a) y c) del artículo 4</p>	<p>Artículo 3. Modifíquese el artículo 2 de la Ley 1384 de 2010, el cual quedará así:</p> <p>ARTÍCULO 2o. PRINCIPIOS. El contenido de la presente ley y de las disposiciones que la complementen o adicionen, se interpretarán y ejecutarán teniendo presente el respeto y garantías al derecho a la vida, accesibilidad, equidad, oportunidad, continuidad, solidaridad y eficiencia, preservando el criterio según el cual la tarea fundamental de las autoridades de salud será lograr la prevención, la detección temprana, diagnóstico oportuno de la enfermedad y acceso a los tratamientos según las condiciones clínicas del paciente y estadio, y sin discriminación, para lograr una adecuada rehabilitación y paliación del paciente.</p> <p>Artículo 4. Modifíquese los literales a) y c) del Adiciónese</p>	<p>Se mejora la redacción, respetando la parte introductoria que hoy día se contempla en la ley 1384 de 2010.</p>	<p>los literales e) al q) al artículo 4 de la Ley 1384 de 2010, el cual quedará así:</p> <p>ARTÍCULO 4o. DEFINICIONES. Las siguientes definiciones se aplican a esta ley:</p> <p>a) Carga de la enfermedad: Es un indicador que permite cuantificar la brecha existente entre el estado de salud de una población y un estándar, e incluye la suma de años de vida perdidos por mortalidad prematura y años de vida vividos con discapacidad.</p> <p>b) Incidencia: Es la cantidad de casos nuevos de una enfermedad, un síntoma, muerte o lesión que se presenta durante un período de tiempo específico.</p> <p>c) Prevalencia: Es la proporción de individuos de una población que presentan el evento en un momento, o período de tiempo, determinado.</p> <p>d) Mortalidad: Indica el número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa.</p> <p>e) Años de Vida Ajustados por Discapacidad – AVISAS: Mide la carga de enfermedad que sufre una población por causas específicas. AVISA son los años de vida ajustados por discapacidad que equivalen</p>	<p>los literales e) al q) al artículo 4 de la Ley 1384 de 2010, el cual quedará así:</p> <p>ARTÍCULO 4o. DEFINICIONES. Las siguientes definiciones se aplican a esta ley:</p> <p>e) Carga de la enfermedad: Es un indicador que permite cuantificar la brecha existente entre el estado de salud de una población y un estándar, e incluye la suma de años de vida perdidos por mortalidad prematura y años de vida vividos con discapacidad.</p> <p>f) Incidencia: Es la cantidad de casos nuevos de una enfermedad, un síntoma, muerte o lesión que se presenta durante un período de tiempo específico.</p> <p>g) Prevalencia: Es la proporción de individuos de una población que presentan el evento en un momento, o período de tiempo, determinado.</p> <p>h) Mortalidad: Indica el número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa.</p> <p>i) Años de Vida Ajustados por Discapacidad – AVISAS: Mide la carga de enfermedad que sufre una población por causas específicas. AVISA son los años de vida ajustados por discapacidad que equivalen a los años perdidos por discapacidad (APD) más los</p>	<p>Se modifica el literal l) en el sentido de no dejar en la ley los tipos de cáncer priorizados por la política de salud actual, si no que se permita modificar esta priorización de acuerdo a los estudios epidemiológicos y que sobre cáncer vayan avanzando.</p> <p>Se eliminan los literales de la m) a la q), teniendo en cuenta que no se tratan de definiciones si no de lo que traduce la sigla.</p>
<p>a los años perdidos por discapacidad (APD) más los años perdidos por mortalidad prematura (APMP). Es decir que, AVISAS = APD + APMP.</p> <p>f) Años de Vida Perdidos por Mortalidad Prematura – AVPMP: Ilustra la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros. El supuesto en el que se basan los AVPMP, es que cuando más prematura es la muerte, mayor es la pérdida de vida.</p> <p>g) Años de Vida Vividos con Discapacidad – AVD: Es una medida sintética del estado de salud de la población que tiene dos dimensiones: el tiempo perdido por morir antes de lo que se tenía previsto según la expectativa de vida (Años de Vida Perdidos o AVP) y el tiempo vivido con una discapacidad (Años Vividos con Discapacidad o AVD).</p> <p>h) Cánceres priorizados: Son los cánceres que, desde la perspectiva epidemiológica, de carga de la enfermedad y de interés de salud pública, son priorizados en la política de salud, más concretamente en la Resolución 3339 de 2019 del Ministerio de Salud, e incluyen los siguientes:</p> <p>1. Cáncer de mama</p>	<p>años perdidos por mortalidad prematura (APMP). Es decir que, AVISAS = APD + APMP.</p> <p>j) Años de Vida Perdidos por Mortalidad Prematura – AVPMP: Ilustra la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros. El supuesto en el que se basan los AVPMP, es que cuando más prematura es la muerte, mayor es la pérdida de vida.</p> <p>k) Años de Vida Vividos con Discapacidad – AVD: Es una medida sintética del estado de salud de la población que tiene dos dimensiones: el tiempo perdido por morir antes de lo que se tenía previsto según la expectativa de vida (Años de Vida Perdidos o AVP) y el tiempo vivido con una discapacidad (Años Vividos con Discapacidad o AVD).</p> <p>l) Cánceres priorizados: Son los cánceres que, desde la perspectiva epidemiológica, de carga de la enfermedad y de interés de salud pública, son priorizados en la política de salud expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, más concretamente en la Resolución 3339 de 2019 del Ministerio de Salud, e incluyen los siguientes:</p> <p>12. Cáncer de mama 13. Cáncer de cuello uterino 14. Cáncer de colon y recto</p>	<p>Así mismo la ley 100 de 1993 en su artículo 3 garantiza el derecho a la seguridad social a todos los habitantes del territorio nacional y en el artículo 2 contempla el principio de universalidad, para todas las personas sin ninguna discriminación.</p> <p>Por lo anterior se propone la modificación de ampliar los beneficiarios del sistema.</p>	<p>2. Cáncer de cuello uterino 3. Cáncer de colon y recto 4. Cáncer de estómago 5. Cáncer de próstata 6. Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón 7. Leucemia linfocítica aguda en niños 8. Leucemia linfocítica aguda en adultos 9. Leucemia mieloide aguda en niños 10. Leucemia mieloide aguda en adultos 11. Linfoma no Hodgkin en adultos</p> <p>i) EPS: Entidades Promotoras de Salud j) EAPB: Entidades Administradoras de Planes de Beneficios k) EOC: Entidades Obligadas a Compensar l) IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud m) PNCC: Plan Nacional Para el Control del Cáncer</p> <p>Artículo 5. Adiciónese el parágrafo 4 al artículo 5 de la Ley 1384 de 2010, el cual quedará así:</p> <p>“Parágrafo 4: Se desarrollarán acciones en política pública concretas encaminadas a la prevención, la detección temprana, el diagnóstico oportuno y el manejo integral en el ciclo de la enfermedad para los cánceres priorizados que garanticen la reducción de la carga de la</p>	<p>15. Cáncer de estómago 16. Cáncer de próstata 17. Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón 18. Leucemia linfocítica aguda en niños 19. Leucemia linfocítica aguda en adultos 20. Leucemia mieloide aguda en niños 21. Leucemia mieloide aguda en adultos 22. Linfoma no Hodgkin en adultos</p> <p>m) EPS: Entidades Promotoras de Salud n) EAPB: Entidades Administradoras de Planes de Beneficios o) EOC: Entidades Obligadas a Compensar p) IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud q) PNCC: Plan Nacional Para el Control del Cáncer</p>	<p>Se modifica el encabezado del artículo ajustándolo a la realidad de lo que se pretende realizar al adicionar los literales e) al q), respetando los existentes en la ley 1384 de 2010.</p> <p>Se modifica el literal l) en el sentido de no dejar en la ley los tipos de cáncer priorizados por la política de salud actual, si no que se permita modificar esta priorización de acuerdo a los estudios epidemiológicos y que sobre cáncer vayan avanzando.</p> <p>Se eliminan los literales de la m) a la q), teniendo en cuenta que no se tratan de definiciones si no de lo que traduce la sigla.</p> <p>Sin modificación</p>

<p>enfermedad en el territorio y deberán verse reflejados en el PNCC."</p>			<p>Costo la medición de los indicadores de proceso y resultado definidos por esta entidad.</p>	<p>indicadores de proceso y resultado definidos por esta entidad.</p>	
<p>Artículo 6. Atención e integralidad en el manejo de la enfermedad. Las Entidades Promotoras de Servicios de Salud (EPS), Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y Entidades Obligadas a Compensar (EOC), e IPS garantizarán la atención e integralidad en el manejo de la enfermedad y acceso a los tratamientos, independientemente del régimen al cual pertenezcan.</p>	<p>Artículo 6. Atención e integralidad en el manejo de la enfermedad. Las Entidades Promotoras de Servicios de Salud (EPS), Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), y Entidades Obligadas a Compensar (EOC), e IPS garantizarán la atención e integralidad en el manejo de la enfermedad y acceso a los tratamientos, independientemente del régimen al cual pertenezcan.</p>	<p>Se realizan ajustes en los signos de puntuación utilizados con el fin de mejorar la redacción del artículo.</p>	<p>Artículo 9. Profesionales de salud capacitados en cáncer y relacionados. El gobierno nacional contará con un Programa de Profesionales de Salud en Cáncer (EDUCANCER) que deberá incluir dentro de sus estrategias:</p>	<p>ELIMINAR ARTICULO Artículo 9. Profesionales de salud capacitados en cáncer y relacionados. El gobierno nacional contará con un Programa de Profesionales de Salud en Cáncer (EDUCANCER) que deberá incluir dentro de sus estrategias:</p>	<p>Se propone eliminar el artículo al considerar que viola la libertad de escogencia de profesión u oficio contemplado en el artículo 26 de la Constitución Política, así como la autonomía universitaria.</p>
<p>Artículo 7. Disponibilidad y manejo adecuado de recursos: Las EPS, EAPB/EOC e IPS deberán asegurar la disponibilidad y el manejo adecuado y eficiente de los recursos destinados a la implementación de los planes y al cumplimiento de los indicadores de proceso y de resultado propuestos por la Cuenta de Alto Costo.</p>	<p>Artículo 7. Disponibilidad y manejo adecuado de recursos: Las entidades responsables de pago EPS, EAPB/EOC e IPS deberán asegurar la disponibilidad y el manejo adecuado y eficiente de los recursos destinados a la implementación de los planes y al cumplimiento de los indicadores de proceso y de resultado propuestos por la Cuenta de Alto Costo.</p>	<p>Se realiza la inclusión de las entidades responsables de pago, en aras de brindar la obligación a quien efectivamente maneja los recursos del sistema de salud.</p>	<p>1. Aumentar la oferta de programas y cursos certificados de oncología o hematología e incentivar la participación de los médicos titulados en el país.</p>	<p>5. Aumentar la oferta de programas y cursos certificados de oncología o hematología e incentivar la participación de los médicos titulados en el país.</p>	<p>Este artículo le otorga a las sociedades científicas la posibilidad de realizar cursos y certificaciones, modificando las funciones que tienen establecidas en la ley 1164 de 2007.</p>
<p>Artículo 8. Adiciónese el parágrafo 2 del artículo 7 de la Ley 1384 de 2010, el cual quedará así: Parágrafo 2. Medición de los resultados y desenlaces clínicos: Como parte de la gestión integral del riesgo del paciente oncológico, las EPS, EAPB/EOC e IPS deberán reportar a la Cuenta de Alto</p>	<p>Artículo 8. Adiciónese <u>un</u> el parágrafo 2 <u>al</u> del artículo 7 de la Ley 1384 de 2010, el cual quedará así: Parágrafo 2. Medición de los resultados y desenlaces clínicos: Como parte de la gestión integral del riesgo del paciente oncológico, las EPS, EAPB/EOC e IPS deberán reportar a la Cuenta de Alto</p>	<p>Se realiza una eliminación en aras de mejorar la redacción y correcta interpretación del artículo.</p>	<p>2. Establecer un sistema de selección unificado y meritório para las diferentes plazas de especializaciones en el país, como una manera de incentivar y democratizar el acceso a los programas de oncología.</p>	<p>6. Establecer un sistema de selección unificado y meritório para las diferentes plazas de especializaciones en el país, como una manera de incentivar y democratizar el acceso a los programas de oncología.</p>	<p>Por último, este artículo le otorga cargas académicas al Gobierno Nacional en la creación de programas oncológicos, funciones que no son propias del Ministerio de Salud y de las EPS.</p>
<p>actualizados sobre técnicas de diagnóstico oportuno y tratamientos, y la interacción de los colegas como una manera de asegurar un espacio de continuo aprendizaje. Parágrafo 1. El Ministerio de Salud deberá trabajar coordinadamente con las EPS, EAPB/EOC e IPS, quienes serán las responsables de garantizar que los profesionales de la salud en el país participen en el programa EDUCANCER. Parágrafo 2. El Gobierno Nacional reglamentará esta materia dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente Ley.</p>	<p>sobre técnicas de diagnóstico oportuno y tratamientos, y la interacción de los colegas como una manera de asegurar un espacio de continuo aprendizaje. Parágrafo 1. El Ministerio de Salud deberá trabajar coordinadamente con las EPS, EAPB/EOC e IPS, quienes serán las responsables de garantizar que los profesionales de la salud en el país participen en el programa EDUCANCER. Parágrafo 2. El Gobierno Nacional reglamentará esta materia dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente Ley.</p>		<p>Artículo 11. Adiciónese el parágrafo 2 al artículo 18 de la Ley 384 de 2010, el cual quedará así:</p>	<p>Artículo 11. Adiciónese el parágrafo 2 al artículo 18 de la Ley 1384 de 2010, el cual quedará así:</p>	<p>La función que se le otorga al Ministerio de Salud relacionada con propiciar la habilitación de los servicios en la red de hospitales, desborda las competencias de la entidad como ente rector y así mismo viola el derecho de los prestadores de salud a la asociación y la libertad de empresa.</p>
<p>Artículo 10. Adiciónese el parágrafo 2 al artículo 9 de la Ley 1384 de 2010, el cual quedará así: Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá actualizar la norma de habilitación vigente del servicio de administración de medicamentos oncológicos en aras de garantizar el acceso a todos los ciudadanos y deberá propiciar la habilitación de estos servicios hospitalarios en la red de hospitales de segundo nivel del país.</p>	<p>ELIMINAR ARTICULO Artículo 10. Adiciónese el parágrafo 2 al artículo 9 de la Ley 1384 de 2010, el cual quedará así: Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá actualizar la norma de habilitación vigente del servicio de administración de medicamentos oncológicos en aras de garantizar el acceso a todos los ciudadanos y deberá propiciar la habilitación de estos servicios hospitalarios en la red de hospitales de segundo nivel del país.</p>	<p>El Gobierno Nacional ya tiene la función de expedir la norma de habilitación, es así que la última actualización que realizó de la misma se encuentra contemplada en la Resolución 3100 de 2019. De otra parte y atendiendo los principios del sistema, se debe garantizar el acceso a todos los servicios en salud que requiera una persona en el territorio.</p>	<p>Parágrafo 2. El Instituto Nacional de Cancerología y las Sociedades Científicas Clínicas y/o Quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas, desarrollarán las recomendaciones sobre los tratamientos, las cuales deberán ser parte integral de las guías de práctica clínica desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social. El IETS apoyará metodológicamente el desarrollo y actualización anual de éstas recomendaciones.</p>	<p>Parágrafo 2. El Instituto Nacional de Cancerología y las Sociedades Científicas Clínicas y/o Quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas, desarrollarán las recomendaciones sobre los tratamientos, las cuales deberán ser parte integral de las guías de práctica clínica desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social. El IETS apoyará metodológicamente el desarrollo y actualización anual de éstas recomendaciones.</p>	<p>Se realizan ajustes para aclarar que el número de la ley que se pretende modificar.</p>
<p>Artículo 12. Sistema de vigilancia y monitoreo para gestión del riesgo en cáncer (SIVICANCER). Se establecerá el sistema de vigilancia y monitoreo para la gestión del riesgo en cáncer, basado en registros</p>	<p>ELIMINAR ARTICULO Artículo 12. Sistema de vigilancia y monitoreo para gestión del riesgo en cáncer (SIVICANCER). Se establecerá el sistema de</p>		<p>Artículo 12. Sistema de vigilancia y monitoreo para gestión del riesgo en cáncer (SIVICANCER). Se establecerá el sistema de vigilancia y monitoreo para la gestión del riesgo en cáncer, basado en registros</p>	<p>ELIMINAR ARTICULO Artículo 12. Sistema de vigilancia y monitoreo para gestión del riesgo en cáncer (SIVICANCER). Se establecerá el sistema de</p>	<p>De conformidad con el artículo 15 de la ley 1384 de 2010 se establecen los Registros Nacionales de Cáncer, a partir de los registros poblacionales y registros institucionales</p>

<p>poblacionales y registros institucionales, el cual estará enfocado en la generación de recomendaciones técnicas que serán adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social para la toma de decisiones y fijación de la Política de Salud Pública.</p>	<p>vigilancia y monitoreo para la gestión del riesgo en cáncer, basado en registros poblacionales y registros institucionales, el cual estará enfocado en la generación de recomendaciones técnicas que serán adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social para la toma de decisiones y fijación de la Política de Salud Pública.</p>	<p>los cuales harán parte integral del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.</p> <p>Así mismo el artículo 16 crea el observatorio epidemiológico del cáncer con las funciones asignadas en el presente artículo.</p>
<p>PARAGRAFO 1. La dirección y coordinación técnica del registro estará a cargo del Instituto Nacional de Salud y la Cuenta de Alto Costo.</p>	<p>PARAGRAFO 1. La dirección y coordinación técnica del registro estará a cargo del Instituto Nacional de Salud y la Cuenta de Alto Costo.</p>	<p>Además de lo anterior la resolución 4496 de 2012 organiza el Sistema Nacional de Información en Cáncer y crea el Observatorio Nacional de Cáncer cuyas funciones son las mismas contempladas en el presente artículo.</p>
<p>PARAGRAFO 2. El Ministerio de Salud y Protección Social determinará, de manera conjunta con el SIVICANCER, los mecanismos para: a) Promover el desarrollo e implementación de un sistema de información y registro clínico uniforme (historia clínica electrónica); b) Verificar la calidad de los datos, definir los alcances y fortalecer los mecanismos existentes para la recolección de la información y c) Garantizar que, a partir de las bases de datos e información disponible de las EPS, EAPB/EOC e IPS, se desarrollen estrategias para el seguimiento y gestión del riesgo del paciente con cáncer.</p>	<p>PARAGRAFO 2. El Ministerio de Salud y Protección Social determinará, de manera conjunta con el SIVICANCER, los mecanismos para: a) Promover el desarrollo e implementación de un sistema de información y registro clínico uniforme (historia clínica electrónica); b) Verificar la calidad de los datos, definir los alcances y fortalecer los mecanismos existentes para la recolección de la información y c) Garantizar que, a partir de las bases de datos e información disponible de las EPS, EAPB/EOC e IPS, se desarrollen estrategias para el seguimiento y gestión del riesgo del paciente con cáncer.</p>	<p>Se organiza la numeración del articulado, para darle</p>
<p>Artículo 14. Reporte de información de los pacientes con cáncer. Las</p>	<p>Artículo 14-10. Reporte de información de los pacientes con cáncer. Las EPS,</p>	<p>Se organiza la numeración del articulado, para darle</p>

<p>EPS, EAPB/EOC e IPS deberán reportar toda la información relacionada a la gestión del riesgo de los pacientes con cáncer para la toma de decisiones en salud pública. Este reporte deberá actualizarse al menos de manera trimestral al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Cuenta de Alto Costo.</p>	<p>EAPB/EOC e IPS deberán reportar toda la información relacionada a la gestión del riesgo de los pacientes con cáncer para la toma de decisiones en salud pública. Este reporte deberá actualizarse al menos de manera trimestral al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Cuenta de Alto Costo.</p>	<p>continuidad y orden a la propuesta legislativa.</p>
<p>Artículo 15. La presente ley rige a partir de su sanción y publicación, derogando todas aquellas disposiciones que le sean contrarias.</p>		<p>Sin modificación</p>

6. PROPOSICIÓN

Con fundamento en las anteriores consideraciones, solicitamos a los H. Representantes de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, debatir y aprobar en primer debate, el Proyecto de Ley No. 258 DE 2020 CÁMARA "Por medio de la cual se modifica la Ley 1384 de 2010, se adopta el enfoque de alta carga de la enfermedad para la atención de pacientes con cáncer y se dictan otras disposiciones", con base en el texto adjunto.

De los Honorables Representantes,


JOSE LUIS CORREA LOPEZ
 Coordinador Ponente


JORGE ENRIQUE BENEDETTI M.
 Ponente


JAIRO REINALDO CALA SUAREZ
 Ponente

TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE

PROYECTO DE LEY No. 258 de 2020 CÁMARA

"Por medio de la cual se modifica la Ley 1384 de 2010, se adopta el enfoque de alta carga de la enfermedad para la atención de pacientes con cáncer y se dictan otras disposiciones"

El Congreso de Colombia,
DECRETA:

Capítulo I
Objeto de la ley. Campo de aplicación. Principios. Definiciones

Artículo 1. Objeto de la ley. La presente ley tiene por objeto la actualización del marco normativo actual sobre atención integral del cáncer, de modo que se adopte el enfoque de carga de la enfermedad en Colombia que tenga en cuenta las consecuencias epidemiológicas y económicas de la enfermedad y determinar la alta carga como factor para priorización de los cánceres, que responda a los cambios que está experimentando el país y pueda responder acorde a estos. Lo anterior para garantizar un uso eficiente de los recursos asignados para mejorar la atención de los tipos de cáncer de alta carga en el país y la atención integral con esfuerzos que respondan a la alta carga.

Artículo 2. Modifíquese el artículo 3 de la Ley 1384 de 2010, el cual quedará así:

ARTÍCULO 3o. CAMPO DE APLICACIÓN. Las disposiciones contenidas en la presente ley se aplicarán a toda la población residente en el territorio nacional, y se prestarán los servicios requeridos en cualquier momento sin distinción de regímenes en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud sean públicas o privadas, EPS, EAPB/EOC como delegados de administración en salud y en las Unidades Funcionales habilitadas para la Atención Integral del Cáncer.

Artículo 3. Modifíquese el artículo 2 de la Ley 1384 de 2010, el cual quedará así:

ARTÍCULO 2o. PRINCIPIOS. El contenido de la presente ley y de las disposiciones que la complementen o adicione, se interpretarán y ejecutarán teniendo presente el respeto y garantías al derecho a la vida, accesibilidad, equidad, oportunidad, continuidad, solidaridad y eficiencia, preservando el criterio según el cual la tarea fundamental de las autoridades de salud será lograr la prevención, la detección

temprana, diagnóstico oportuno de la enfermedad y acceso a los tratamientos según las condiciones clínicas del paciente y estadio, y sin discriminación, para lograr una adecuada rehabilitación y paliación del paciente.

Artículo 4. Adiciónese los literales e) al q) al artículo 4 de la Ley 1384 de 2010, el cual quedará así:

ARTÍCULO 4o. DEFINICIONES. Las siguientes definiciones se aplican a esta ley:

- e) Carga de la enfermedad:** Es un indicador que permite cuantificar la brecha existente entre el estado de salud de una población y un estándar, e incluye la suma de años de vida perdidos por mortalidad prematura y años de vida vividos con discapacidad.
- f) Incidencia:** Es la cantidad de casos nuevos de una enfermedad, un síntoma, muerte o lesión que se presenta durante un período de tiempo específico.
- g) Prevalencia:** Es la proporción de individuos de una población que presentan el evento en un momento, o período de tiempo, determinado.
- h) Mortalidad:** Indica el número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa.
- i) Años de Vida Ajustados por Discapacidad – AVISAS:** Mide la carga de enfermedad que sufre una población por causas específicas. AVISA son los años de vida ajustados por discapacidad que equivalen a los años perdidos por discapacidad (APD) más los años perdidos por mortalidad prematura (APMP). Es decir que, AVISAS = APD + APMP.
- j) Años de Vida Perdidos por Mortalidad Prematura– AVPMP:** Ilustra la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros. El supuesto en el que se basan los AVPMP, es que cuando más prematura es la muerte, mayor es la pérdida de vida.
- k) Años de Vida Vividos con Discapacidad – AVD:** Es una medida sintética del estado de salud de la población que tiene dos dimensiones: el tiempo perdido por morir antes de lo que se tenía previsto según la expectativa de vida (Años de Vida Perdidos o AVP) y el tiempo vivido con una discapacidad (Años Vividos con Discapacidad o AVD).
- l) Cánceres priorizados:** Son los cánceres que, desde la perspectiva epidemiológica, de carga de la enfermedad y de interés de salud pública, son

priorizados en la política de salud expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Capítulo II

Acciones. Manejo de la enfermedad. Manejo adecuado de recursos.

Artículo 5. Adiciónese el párrafo 4 al artículo 5 de la Ley 1384 de 2010, el cual quedará así:

"Párrafo 4: Se desarrollarán acciones en política pública concretas encaminadas a la prevención, la detección temprana, el diagnóstico oportuno y el manejo integral en el ciclo de la enfermedad para los cánceres priorizados que garanticen la reducción de la carga de la enfermedad en el territorio y deberán verse reflejados en el PNCC."

Artículo 6. Atención e integralidad en el manejo de la enfermedad. Las Entidades Promotoras de Servicios de Salud (EPS), Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Entidades Obligadas a Compensar (EOC), e IPS garantizarán la atención e integralidad en el manejo de la enfermedad y acceso a los tratamientos, independientemente del régimen al cual pertenezcan.

Artículo 7. Disponibilidad y manejo adecuado de recursos: Las entidades responsables de pago deberán asegurar la disponibilidad y el manejo adecuado y eficiente de los recursos destinados a la implementación de los planes y al cumplimiento de los indicadores de proceso y de resultado propuestos por la Cuenta de Alto Costo.

Artículo 8. Adiciónese un párrafo 2 al artículo 7 de la Ley 1384 de 2010, el cual quedará así:

Párrafo 2. Medición de los resultados y desenlaces clínicos: Como parte de la gestión integral del riesgo del paciente oncológico, las EPS, EAPB/EOC e IPS deberán reportar a la Cuenta de Alto Costo la medición de los indicadores de proceso y resultado definidos por esta entidad.

Capítulo III
Disposiciones varias

Artículo 9. Adiciónese el párrafo 2 al artículo 18 de la Ley 1384 de 2010, el cual quedará así:

Párrafo 2. El Instituto Nacional de Cancerología y las Sociedades Científicas Clínicas y/o Quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un

representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas, desarrollarán las recomendaciones sobre los tratamientos, las cuales deberán ser parte integral de las guías de práctica clínica desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social. El IETS apoyará metodológicamente el desarrollo y actualización anual de éstas recomendaciones.

Artículo 10. Reporte de información de los pacientes con cáncer. Las EPS, EAPB/EOC e IPS deberán reportar toda la información relacionada a la gestión del riesgo de los pacientes con cáncer para la toma de decisiones en salud pública. Este reporte deberá actualizarse al menos de manera trimestral al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Cuenta de Alto Costo.

Artículo 11. La presente ley rige a partir de su sanción y publicación, derogando todas aquellas disposiciones que le sean contrarias.

De los Honorables Representantes,


JOSE LUIS CORREA LOPEZ
Coordinador Ponente


JORGE ENRIQUE BENEDETTI M.
Ponente


JAIRO REINALDO CALA SUAREZ
Ponente

**INFORME DE PONENCIA POSITIVA PARA
PRIMER DEBATE DEL PROYECTO DE
LEY NÚMERO 059 DE 2020 CÁMARA**

*por medio de la cual se autoriza a la Asamblea del
Departamento del Meta para emitir la Estampilla
Pro-Hospitales Públicos, Centros de Salud Públicos y
Puestos de Salud Públicos del Meta.*

Bogotá D.C., 29 de octubre de 2020

Honorable Representante
Nestor Leonardo Rico Rico
Presidente – Comisión Tercera
Cámara de Representantes
Ciudad

Referencia: Informe de ponencia positiva para primer debate del Proyecto de Ley No. 059 de 2020 – Cámara "Por medio de la cual se autoriza a la Asamblea del departamento del Meta para emitir la Estampilla pro-Hospitales Públicos, Centros de Salud Públicos y Puestos de Salud Públicos del Meta"

Cordial saludo, señor Presidente:

En atención a la designación realizada por la Mesa Directiva de la Comisión Tercera Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes, nos permitimos rendir informe de ponencia positiva para primer debate del Proyecto de Ley No. 059 de 2020 – Cámara "Por medio de la cual se autoriza a la Asamblea del departamento del Meta para emitir la Estampilla pro-Hospitales Públicos, Centros de Salud Públicos y Puestos de Salud Públicos del Meta".

Atentamente,


Armando Zabaraín D' Arce
H. Representante Dpto. Atlántico
Coordinador Ponente

CONTENIDO.

La presente ponencia consta de las siguientes partes:

1. Trámite
2. Contenido del proyecto de ley
3. Justificación
4. Pliego de modificaciones
5. Proposición

1. Trámite

El presente proyecto de ley fue radicado ante la Secretaría General de la Honorable Cámara de Representantes el día 20 de julio de 2020 por la Honorable Senadora Maritza Martínez Aristizábal, siendo publicado en debida forma en la Gaceta 647 de fecha 10 de agosto de 2020.

Posteriormente, la Mesa Directiva de esta célula legislativa, mediante oficio de fecha 19 de agosto de 2020 resolvió designarnos a los Honorables Representantes John Jairo Cárdenas Morán (coordinador ponente), Gustavo Hernán Puentes Díaz, Armando Antonio Zabaraín D'Arce y Edwin Alberto Valdés Rodríguez (ponentes), para rendir ponencia respecto del presente proyecto, la cual se encuentra contenida en el presente documento.

2. Contenido del proyecto de ley

El proyecto de ley en cuestión está compuesto de nueve (9) artículos, los cuales consagran las siguientes disposiciones:

Artículo	Contenido
Primero	Establece el objeto del proyecto, autorizando a la Asamblea Departamental del Meta para ordenar la emisión de la Estampilla Pro-Hospitales Públicos, Centros de Salud Públicos y Puestos de Salud Públicos del Meta, por una cifra de hasta doscientos mil millones de pesos (\$200.000.000.000).
Segundo	Establece ocho (8) destinaciones para los recursos recaudados por concepto de la estampilla, señalando que la asignación deberá atender a: (1) criterios de necesidad del sector salud, así como de los Hospitales Públicos, Centros de Salud Públicos y Puestos de Salud Públicos del Meta; (2) Número de pacientes atendidos y complejidad de los procedimientos realizados en cada una de las instituciones listadas en el numeral anterior. Se señala igualmente que en atención a lo dispuesto en el artículo 47 de la Ley 863 de 2003, el recaudo de la estampilla será objeto de una retención

	equivalente al 20%, todo esto con el propósito de irrigar de recursos a los fondos de pensiones de la Entidad Territorial para cubrir los pasivos existentes en dicha materia, señalando igualmente que en caso de que no existan aquellos, podrán destinar la totalidad de los recursos para las ocho (8) destinaciones consagradas en el artículo en cuestión.
Tercero	Establece la precisa autorización a la Asamblea Departamental del Meta para que determine las características, tarifas, hechos económicos, sujetos pasivos y activos, bases gravables y todos aquellos asuntos referentes al uso obligatorio de la estampilla en las operaciones que deban realizar los diferentes Municipios. Igualmente, el artículo establece que la Asamblea Departamental faculta a los Concejos Municipales para que adopten la obligatoriedad de la aplicación de la estampilla en cada uno de sus territorios y en los términos que señala el artículo 1º. Finalmente, el párrafo del presente artículo excluye del mencionado pago a los contratos de prestación de servicios suscritos con personas naturales.
Cuarto	Establece que las ordenanzas que expida la Asamblea Departamental del Meta en desarrollo de las disposiciones contenidas en el proyecto de ley serán puestas en conocimiento del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, a través de la dirección de apoyo fiscal.
Quinto	Establece que la obligación de adherir y anular la estampilla física que se autoriza mediante el presente proyecto estará a cargo de los funcionarios de las Entidades Territoriales que intervengan en los actos o hechos que a través de la Ordenanza Departamental resulten sujetos al gravamen de la estampilla.
Sexto	Se establece que los recaudos tendrán destinación específica para financiar las ocho (8) destinaciones consagradas en el artículo segundo del proyecto de ley, señalando, adicionalmente, que la tarifa de la estampilla no podrá exceder el tres por ciento (3%) del valor de los hechos gravables.
Séptimo	Se establece que los recaudos provenientes de la estampilla estarán a cargo de la Secretaría de Hacienda Departamental, mientras que, para el caso de los Municipios, éste será responsabilidad de las tesorerías municipales respectivas, quienes deberán realizar periódicamente las transferencias de los recaudos a la Secretaría de Hacienda Departamental para que ésta proceda a realizar las distribuciones conforme lo establezca la Ordenanza que cree eventualmente la estampilla.
Octavo	Establece que el control y la vigilancia fiscal del recaudo, traslado oportuno y la inversión de los recursos recaudados por la estampilla, una vez sea creada

	por la Asamblea Departamental del Meta, estarán a cargo de la Contraloría Departamental del Meta.
Noveno	Vigencia y derogatorias.

3. Justificación del proyecto de ley

La presente justificación del proyecto de ley se divide en 6 partes, a saber: (1) Diagnóstico y situación del sector salud en el Departamento del Meta – para lo cual se emplea la parte motiva del proyecto de ley contemplada en la Gaceta 647 de 2020 –; (2) Consideraciones y comentarios del Ministerio de Salud y Protección Social; (3) Consideraciones y comentarios del Ministerio de Hacienda y Crédito Público; (4) Consideraciones y comentarios de la Asamblea Departamental del Meta; (5) Consideraciones finales de los ponentes.

3.1. Panorama del sector salud en el Departamento del Meta:

Como bien se señala en la exposición de motivos que acompaña la iniciativa, el más reciente Análisis de la Situación en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (ASIS 2019), el departamento del Meta cuenta con una cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) cercana al 93%, representado así: casi 50% de los afiliados pertenece al Régimen Contributivo, poco más del 41% hace parte del Régimen Subsidiado y poco menos del 2% pertenece a los denominados regímenes de excepción¹.

Así mismo, cabe señalar que, de acuerdo con el mismo ASIS 2019, reseñado en la exposición de motivos, en lo que respecta a densidad estimada de talento humano en salud por cada 10.000 habitantes, el Ministerio de Salud, el Meta ocupa el puesto 15º entre las 33 Entidades Territoriales estudiadas, reportando 1395 médicos (14 por cada 10.000 habitantes); 1202 enfermeros (12 por cada 10.000 habitantes); 919 odontólogos (9,2 por cada 10.000 habitantes) y 378 bacteriólogos (3,8 por cada 10.000 habitantes). Al respecto, debe mencionarse que las cifras no toman en consideración que la capacidad instalada y el talento humano en salud del departamento del Meta no sólo atiende de manera rutinaria las necesidades de los poco más de un millón de habitantes que posee, sino que la misma es la encargada de servir de referencia a los habitantes de los demás departamentos de la Orinoquia y la Amazonia, razón por la cual se considera que las cifras evidenciadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social resultan a todas luces lejanas a la realidad y muy por encima de la realidad.

En materia de infraestructura y existencia de IPS en Departamentos, el Meta se ubica en el puesto 17º entre las 33 Entidades Territoriales, disponiendo en su territorio, de acuerdo con el Ministerio de Salud y de Protección Social de 63 sedes de IPS Públicas (14,58% del total de las IPS del Departamento), mientras que dispone 369 IPS de carácter Privado (85,42%)².

¹ Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia 2019. Ministerio de Salud y Protección Social – Dirección de Epidemiología y Demografía (Diciembre 2019). En: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2019-colombia.pdf>

² Ibidem.

A continuación, se procede a relacionar las más de 60 sedes de IPS Públicas de nivel municipal y departamental (dentro de las cuales se encuentran Hospitales, Centros de Atención en Salud y Puestos de Salud) y quienes serían los destinatarios de los recursos recaudados de conformidad con lo expuesto en el presente proyecto de ley y en los términos de la misma, así:

TABLA 1
IPS Públicas en el departamento del Meta

Municipio	Prestador	Sedes
Acacías	Hospital Municipal de Acacias ESE	Hospital Municipal de Acacias ESE
		Puesto de Salud La Independencia
		Puesto de Salud San Isidro de Chichimene
		Puesto de Salud de Dinamarca
Barranca de Upía	Empresa Social del Estado del Departamento Del Meta ESE "Solución Salud"	Centro de Atención Barranca de Upía
Cabuyaro	Empresa Social del Estado del Departamento del Meta ESE "Solución Salud"	Centro de Atención Cabuyaro
Castilla La Nueva	Hospital De Castilla La Nueva ESE	Hospital De Castilla La Nueva ESE
		Hospital De Castilla La Nueva ESE – San Lorenzo
		Hospital De Castilla La Nueva ESE – El Toro
		Hospital De Castilla La Nueva ESE – Vereda El Turuy
		Hospital De Castilla La Nueva ESE – Arenales
Cubarral	Empresa Social Del Estado Hospital Local de Cubarral	Empresa Social del Estado Hospital Local de Cubarral
Cumaral	Empresa Social del Estado del Departamento Del Meta ESE "Solución Salud"	Centro De Atención Cumaral
El Calvario	Empresa Social del Estado Del Departamento del Meta ESE "Solución Salud"	Centro De Atención El Calvario

El Castillo	Empresa Social del Estado del Departamento del Meta ESE "Solución Salud"	Centro de Atención El Castillo
El Dorado	Empresa Social del Estado Hospital Municipal de El Dorado	Empresa Social del Estado Hospital Municipal de El Dorado
Fuente De Oro	Hospital Local Primer Nivel E.S.E. Fuente De Oro	Hospital Local Primer Nivel ESE Fuente De Oro
Granada	Hospital Departamental de Granada - Empresa Social del Meta ESE Primer Nivel Granada Salud	Hospital Departamental De Granada. Empresa Social del Estado
		ESE Primer Nivel Granada Salud
		Centro de Salud Dos Quebradas
		Centro de Salud Canaguaro
		Centro de Salud Aguas Claras
		Centro de Salud Puerto Caldas
Guamal	Hospital Local de Guamal Primer Nivel E.S.E.	Hospital Primer Nivel de Guamal
		Casa PYP del Hospital Local de Guamal
La Macarena	Empresa Social del Estado del Departamento del Meta ESE "Solución Salud"	Centro de Atención La Macarena Puesto de Salud San Juan de Lozada
Lejanías	Empresa Social del Estado del Departamento del Meta ESE "Solución Salud"	Centro de Atención Lejanías
Mapiripán	Empresa Social del Estado del Departamento del Meta ESE "Solución Salud"	Centro de Atención Mapiripán Puesto de Salud Puerto Alvirá
Mesetas	Empresa Social del Estado del Departamento del Meta ESE "Solución Salud"	Centro de Atención Mesetas

Puerto Concordia	Empresa Social del Estado del Departamento del Meta ESE "Solución Salud"	Centro De Atención Puerto Concordia	Centro de Salud El Porvenir
Puerto Gaitán	Empresa Social del Estado del Departamento del Meta ESE "Solución Salud"	Centro De Atención Puerto Gaitán	Centro de Salud Comuneros
Puerto Lleras	Empresa Social del Estado del Departamento del Meta ESE "Solución Salud"	Centro De Atención Puerto Lleras	Centro de Salud Popular
Puerto López	Hospital Local de Puerto López	Hospital Local de Puerto López ESE	Centro de Salud Porfia
Puerto Rico	ESE Hospital Nivel I Puerto Rico	ESE Hospital Nivel I Puerto Rico	Centro de Salud Recreo
Restrepo	Empresa Social del Estado del Departamento del Meta ESE "Solución Salud"	Centro De Atención Restrepo	Centro de Salud Esperanza
San Carlos De Guaroa	Empresa Social del Estado Hospital Local de San Carlos de Guaroa	Hospital Local de San Carlos de Guaroa	Centro de Salud Doce de Octubre
San Juan De Arama	Empresa Social del Estado del Departamento del Meta ESE "Solución Salud"	Centro De Atención San Juan De Arama	Puesto de Salud La Concepción
San Juanito	Empresa Social del Estado del Departamento del Meta ESE "Solución Salud"	Centro De Atención San Juanito	Puesto de Salud Alto Pompeya
San Martín	Empresa Social del Estado Hospital Local de San Martín de Los Llanos	Hospital Local de San Martín de Los Llanos	Centro de Salud Barzal
Uribe	Empresa Social del Estado del Departamento del Meta ESE "Solución Salud"	Centro de Atención Uribe	Centro de Salud de Kirpas
Villavicencio	Hospital Departamental De Villavicencio E.S.E.	Hospital Departamental De Villavicencio ESE	Puesto de Salud Buena Vista
			Puesto de Salud Rincón De Pompeya
			Puesto de Salud Santa Teresa
			Puesto de Salud Puerto Colombia
			Centro de Salud La Nohora
			Centro de Salud La Reliquia
Vistahermosa	Empresa Social del Estado del Departamento del Meta ESE "Solución Salud"	Centro de Atención Vista Hermosa	

En: Exposición de Motivos al Proyecto de Ley 059 de 2020 – Cámara “Por medio de la cual se autoriza a la Asamblea del departamento del Meta para emitir la Estampilla pro-Hospitales Públicos, Centros de Salud Públicos y Puestos de Salud Públicos del Meta” Tomado de: Ministerio de Salud y Protección Social. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. En: <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>

Debe resaltarse que en lo que respecta a las IPS privadas con capacidad de atención de casos complejos³, desde hace varios años el Departamento cuenta con un déficit total de camas, el cual ha venido siendo absorbido por el Hospital Departamental de Villavicencio y por su homólogo de Granada. En lo que respecta al primero, se tiene que son constantes las declaratorias de emergencia funcional en donde se han llegado a evidenciar sobreocupaciones de hasta el 250% y que hacen necesario el traslado de los pacientes – si llegan a ser atendidos – a IPS en la ciudad de Bogotá. Situación que resulta enteramente problemática, si se tiene en cuenta la inestabilidad y las difíciles condiciones de movilidad ante los constantes derrumbes a lo largo del corredor vial.

En lo que respecta a transporte asistencial en sus diferentes modalidades (terrestre, aéreo y fluvial), el Meta ocupa la 9ª posición entre las 33 Entidades Territoriales, contando con un total de 227 de estos vehículos, siendo 181 ambulancias básicas y tan solo 46 medicalizadas, situándose entonces en 1,1 por cada 10.000 habitantes, cifra inferior a la razón por cada 10.000 habitantes para el país.

En materia de camas de cuidados intermedios e intensivos, el Meta se ubica en el puesto 16º de 33 entre las Entidades Territoriales objeto de análisis, contando, de acuerdo con el Ministerio de Salud y de la Protección Social, con alrededor de 198 camas para la atención de los más de un millón de habitantes del Departamento, así como de las demás Entidades Territoriales de la Amazonia y la Orinoquia que acuden a las IPS de referencia con las que cuenta el Departamento.

Finalmente, el último indicador tenido en consideración por parte del Ministerio de Salud y de Protección Social para caracterizar la oferta en salud es el de control prenatal y atención obstétrica, en donde el Meta ocupa el puesto 23º de 33 en porcentaje de recién nacidos con cuatro o más controles prenatales (por debajo del promedio nacional); 19º de 33 en el porcentaje de partos atendidos por profesional calificado y en porcentaje de partos que contaron con atención institucional (igualmente por debajo del promedio nacional).

Adicional a lo anterior, resulta extremadamente importante hacer referencia a los diagnósticos y metas endógenas con respecto a la situación del sector salud en el Departamento, tomando en consideración que el presente proyecto de ley funge tan solo como requisito legal habilitante para que la Asamblea Departamental establezca, si a bien lo tiene y en las condiciones que determine, el recaudo de la Estampilla que permitirá a los metenses – así como a los demás habitantes de la Orinoquia y la Amazonia - mejorar los indicadores no solo en cobertura (que como bien se vio se encuentra por debajo del promedio nacional) sino en calidad y oportunidad de acceso al servicio en condiciones dignas.

Así pues, se cree que no existe mejor instrumento que la Ordenanza 1069 del 2020 “Por medio de la cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico y Social Departamental (...) para el periodo 2020-2023 y se dictan otras disposiciones” – documento que dicho sea de

³ Esta situación es descrita en términos similares en el Análisis de Situación de Salud (ASIS) departamento del Meta Secretaría de Salud del Meta - Gerencia de Promoción y Prevención - Oficina de Vigilancia en Salud Pública (2019).

pasó contó en su elaboración con toda una serie de espacios de participación ciudadana y de las fuerzas vivas del Departamento, los cuales sirvieron de insumo para su estructuración –, son de diversa índole necesidades y estrategias que enfrenta el sector salud en el departamento del Meta, dentro de las más importantes se encuentran:

1. La insuficiente capacidad instalada para cubrir la demanda de servicios, siendo especialmente relevante la carencia de camas pediátricas (0,69 por cada mil habitantes), unidades de cuidados intensivos de adultos (0,15 por cada mil habitantes); y unidades de cuidados intensivos de pediatría (0,05 por cada mil habitantes).
2. La capacidad de respuesta del Hospital Departamental de Villavicencio (Hospital que estuvo varios años intervenido por la Superintendencia Nacional de Salud y que como se expresó anteriormente, reiteradamente se declara en emergencia funcional) y del Hospital Departamental de Granada (los dos hospitales más importantes del Departamento) es insuficiente, razón por la cual se reconoce en el Plan de Desarrollo de la Entidad Territorial que se han llegado a evidenciar casos en los cuales se ha llegado inclusive a negar el servicio de salud por falta de capacidad, esto a pesar de que los pacientes hayan tenido que incurrir en gastos de desplazamiento, procedentes de cualquiera de los 27 Municipios restantes del Departamento que desafortunadamente no cuentan con la infraestructura sanitaria in situ para poder ser atendidos. En ese sentido, se tiene como meta la remodelación, adecuación y fortalecimiento de las instalaciones de estos dos centros médicos de referencia para la Media Colombia.
3. La necesidad de dar cumplimiento a la Ley 2015 de 2020 y por ende implementar y garantizar la interoperatividad de la historia clínica electrónica para el intercambio de datos clínicos relevantes, así como de los expedientes clínicos de cada persona. Al respecto, debe señalarse que, pese a la importancia de la norma en cuestión, la nueva obligación no se encuentra aparejada de la correspondiente partida presupuestal destinada a cubrir con las erogaciones necesarias para su efectivo cumplimiento, situación que hace necesario buscar alternativas financieras en el seno de las Entidades Territoriales para que estas cuenten con los recursos para dar aplicación a la norma.
4. Mejoramiento de la infraestructura de las ESE de baja complejidad: El Departamento ha asumido el compromiso de mejorar la infraestructura de las ESE de baja complejidad de Municipios PDET (Mesetas, Puerto Lleras, Puerto Concordia, La Macera, Vistahermosa, Puerto Rico, Mapiripán y Uribe) así como de Cubarral y de Villavicencio.
5. Se plantea igualmente dotar a los 17 centros de atención de la ESE Solución Salud del Departamento del Meta de Transporte Asistencial Básico (TAB). Así mismo, en estos centros se plantea la puesta en marcha de la estrategia de Atención Primaria en Salud dirigida a la población rural en los 17 Municipios que cuentan con los servicios de la ESE Departamental.
6. Se plantea aumentar la cobertura del SGSSS en más de 4500 personas, quienes hoy en día fungen como población vulnerable no asegurada. Igualmente, se planteó la

meta de garantizar la prestación de servicios de salud a 6300 migrantes no regularizados que se encuentran en el territorio metense.

Sin duda, el margen de mejora que se evidencia a partir de las cifras esbozadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como los diagnósticos, planes y estrategias que se vienen planteando desde las máximas instancias del Departamento plantean la necesidad de buscar alternativas y recursos que permitan garantizar su mejoramiento y puesta en funcionamiento, más aún en momentos en donde se evidencian presiones económicas de gran calado – producto de la pandemia y de la caída en la demanda en servicios de salud que se ha venido evidenciando a raíz de la actual coyuntura de emergencia sanitaria – y que tienen la vocación de agravar los problemas estructurales y el deficiente acceso a los recursos necesarios para el funcionamiento debido al ya reconocido incumplimiento en el giro por parte de las EPS a las IPS para el pago de las acreencias en salud.

Tal es el caso de la red hospitalaria de Villavicencio. Una ciudad en donde dos de sus más importantes IPS privadas (Clínica La Primavera (antigua Cooperativa) y Clínica Meta) enarbolaron en el mes de mayo pasado las tristemente célebres banderas rojas, esto último ante la falta de recursos que les permita seguir a flote en la crisis. Pero esta situación no es exclusiva del privado, de hecho, el comité de médicos generales y especialistas del Hospital de Villavicencio manifestó en una carta dirigida al señor Ministro de Salud que la facturación en el centro de atención de referencia no sólo para el Meta sino para la Orinoquia había caído entre enero y marzo a niveles inferiores al 40% y que, de mantenerse dicha perspectiva, no se contaban con los recursos para seguir funcionando.

Y es que mientras la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), la Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos (ACESI) o la Asociación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Meta (ASOIPS) habían venido lanzando un S.O.S. al Gobierno Nacional para evitar sucumbir ante la falta de flujo de caja para continuar funcionando, a las EPS se les han venido garantizando los recursos de las Unidades de Pago por Capitación (UPC) para que asuman el riesgo del aseguramiento y desarrollen las labores de promoción, prevención y atención en salud, esto sin importar si los afiliados usan o no el servicio.

Pero esta actuación – legal pero reprochable – no es sino una de las aristas que demuestran una vez más el comportamiento parasitario de las EPS en el sistema de salud. De acuerdo con el Defensor del Pueblo, *“la atención de la pandemia se está convirtiendo en una excusa para el incumplimiento de las obligaciones de las EPS”*, de acuerdo con el funcionario, son innumerables las quejas y denuncias que ha venido recibiendo la Entidad sobre vulneraciones a los derechos de los pacientes, dando cuenta de procedimientos no autorizados, la no entrega de medicamentos, suspensión de tratamientos y problemas con citas de control, entre otros.

Lo que es más preocupante es que la gran mayoría de las quejas están relacionadas a pacientes con cáncer, con insuficiencias renales, enfermedades huérfanas, cardiopatías y enfermedades mentales. En el mismo sentido, el Defensor cuestionó que a dos meses de haber sido

declarada la pandemia y la emergencia sanitaria en el país, las EPS no tengan suficientes canales de información para atender a sus afiliados de manera virtual o telefónica.

De acuerdo con el Ministro de Salud, con corte a mayo de 2020, al SGSSS se han girado poco más de \$21,1 billones, desagregados de la siguiente forma:

Concepto	Valor
UPC para ambos regímenes (<u>Recursos corrientes – no extraordinarios – que se deben girar para garantizar el funcionamiento del Sistema</u>)	\$ 17,5 billones (Aproximadamente el 40% en giros directos a IPS y proveedores – 60% para EPS – Proporciones de acuerdo con información de ADRES)
Procedimientos no incluidos en el Plan Básico de Salud	\$ 1,30 billones
Saneamiento de Deudas de cuentas de abril de 2018 a mayo de 2019	\$ 0,397 billones
Compra de cartera	\$ 0,407 billones
Acuerdo de Punto Final Territorial	\$ 0,553 billones
Recursos de Entidades Territoriales – Saldos cuentas maestras	\$ 0,840 billones
Recursos de Entidades Territoriales – Subsidios a la oferta	\$ 0,104 billones
Total	\$ 21,1 billones

En: Exposición de Motivos al Proyecto de Ley 059 de 2020 – Cámara “Por medio de la cual se autoriza a la Asamblea del departamento del Meta para emitir la Estampilla pro-Hospitales Públicos, Centros de Salud Públicos y Puestos de Salud Públicos del Meta” Tomado de: Ministerio de Salud y Protección Social. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. En: <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>

Las cifras anteriormente mencionadas son dicentes. Sin embargo, no puede perderse de vista que de acuerdo con la Superintendencia Nacional de Salud (abril de 2020) no existe claridad frente a las deudas consolidadas (de años atrás) que se tienen con el SGSSS, pero parte de un valor que bordea los \$20 billones – cifra conservadora si se tiene en cuenta que las agremiaciones han llegado a estimar estas acreencias entre \$24 y \$34 billones –. En buena hora se expidió el Decreto 521 del 06 de abril de 2020 para agilizar el procedimiento de aclaración. Sin embargo, las necesidades en estos momentos de crisis son apremiantes y si se analizan con detenimiento las cifras aportadas por el Ministro de Salud, en este momento son exiguos los recursos extraordinarios que han entrado al Sistema, al tiempo que – como se puntualizó anteriormente – los recursos por facturación en procedimientos no relacionados con el tratamiento del COVID-19 son cada vez menores en las IPS.

Si a esta situación le sumamos la presión fiscal que recae sobre las Entidades Territoriales para poder hacer frente a las innumerables necesidades y requerimientos de la población en el marco del Aislamiento Preventivo Obligatorio, así como la caída en un 24% en el consumo

de alcohol y cigarrillos en el departamento del Meta⁴, que a su vez ha devenido, de acuerdo con el gerente de la unidad de rentas del Departamento en declaraciones recientes a medios de comunicación regionales, en una contracción de más del 30% en el recaudo derivado del impuesto al consumo de licores y destilados (del cual, el 37% se destina a la salud en virtud de lo consagrado en la Ley 1816 de 2016), se hace más que necesario apoyar a las Entidades Territoriales y buscar alternativas que permitan garantizar los recursos para la atención de la emergencia sanitaria, sin que se descuiden los planes y metas de mejora de indicadores y en recursos en salud para garantizarle a los metenses (y por extensión de los llaneros y los habitantes de la Amazonia) a acceder a un servicio de salud oportuno, cercano, de calidad y que promueva la prevención de la enfermedad.

3.2. Consideraciones del Ministerio de Salud y de la Protección Social frente al proyecto de ley 059 de 2020 – Cámara

El Ministerio de Salud y Protección Social, en oficio del 19 de septiembre de 2019 (Radicado No. 202011401269931) dirigido a la Comisión Tercera Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes emitió concepto institucional desde la perspectiva sectorial. En dicho documento, el Ministerio de Salud señaló que:

“Teniendo en cuenta que el proyecto de ley plantea medidas para el fortalecimiento de la red pública de prestadores de servicios de salud del departamento del Meta, sin modificar los criterios y condiciones en las que fue viabilizado el PTRRM⁵ presentado por esta entidad territorial, se estima conveniente que continúe su curso en el legislativo, esto sin perjuicio de lo que establezca otro tipo de normatividad vigente sobre la materia en cuanto a la destinación de los recursos que se recauden por este concepto”

Así mismo, la cartera en salud realizó las siguientes recomendaciones y sugerencias de ajustes en aras de adecuar constitucionalmente la propuesta en cuestión, así:

Tras realizar un recuento con respecto al contenido y las disposiciones del proyecto, el Ministerio de Salud esgrime argumentos de índole general, en donde señala que, en principio, los esfuerzos por arbitrar los recursos en pro de la salud son deseables. Sin embargo, no puede perderse de vista de que el uso de las estampillas, ampliamente empleadas, debe racionalizarse de manera que las mismas no se constituyan en falsos paliativos para situaciones de índole estructural en materia de salud.

Adicionalmente, señala el Ministerio que son múltiples las leyes en las cuales se han venido estableciendo autorizaciones para la emisión de estampillas en pro no solo del sector salud, sino de otros sectores sociales. Dentro de estas resalta: la Ley 348 de 1997 (autoriza la estampilla pro-hospital de Caldas); la Ley 440 de 1998 (autoriza la estampilla pro-hospital

⁴ “Menos consumo de licor, menos dinero a la salud del Meta”. Periódico del Meta, 06 de julio de 2020. En: <https://periodicodelmeta.com/22490-2-meta/>

⁵ Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Empresas Sociales del Estado del Departamento del Meta, aprobado en Marzo de 2020 de acuerdo con lo señalado por el Ministerio de Salud y de Protección Social en el concepto institucional del proyecto 059 de 2020 – Cámara

universitario San Juan de Dios); la Ley 634 de 2000 (autoriza la estampilla para las Empresas Sociales del Estado del departamento de Antioquia); la Ley 663 de 2001 (autoriza la estampilla pro-hospitales de primer y segundo nivel de atención del departamento del Atlántico); la Ley 655 de 2001 (autoriza la estampilla pro-hospitales del departamento de Antioquia), prorrogada mediante la Ley 2028 de 2020; la Ley 669 de 2001 (autoriza la estampilla pro-salud del Valle del Cauca); la Ley 709 de 2001 (autoriza la estampilla pro-hospitales del departamento del Guaviare); y la Ley 1218 de 2008 (autoriza la estampilla pro-salud Vaupés); la Ley 1492 de 2011 (autoriza la estampilla pro-salud Guainía).

Dado el anterior panorama, señala el Ministerio que se han venido tomando medidas en el marco del Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de la Red de Prestación de Servicios de Salud, lo cual ha comportado un importante compromiso de fuentes de financiación del orden nacional y de recursos de crédito donables, esto en desarrollo de lo dispuesto en la ley 715 de 2001, a la cual deben sumarse los esfuerzos llevados a cabo en atención a la Ley 1438 de 2011, en el marco de los cuales se han venido implementando un programa de saneamiento fiscal y financiero con el fin de adecuar a las entidades a un esquema básico de viabilidad, utilizando para ello recursos del FONSAET.

Al respecto, señala el Ministerio que estas disposiciones no inhiben la posibilidad de establecer otras fuentes de financiación del sistema – como es el caso de las estampillas – pero que bajo cualquier circunstancia su uso debe ser racionalizado y no debe constituirse en una afectación para los recursos del sector salud.

Resalta el Ministerio que en lo que respecta a la naturaleza de las estampillas, es bien sabido que las mismas **emergen necesariamente de la voluntad del legislador a título de autorización**, pero que, conforme lo ha señalado la Corte Constitucional en Sentencia C-089 de 2001 (Magistrado Ponente: Alejandro Martínez Caballero), los recaudos que se derivan de las mencionadas estampillas son de propiedad de las Entidades Territoriales, quienes las establecen a título de tasas.

Continúa el Ministerio su concepto señalando que, además del nivel de las características propias para la emisión de las estampillas, por regla general considera el Ministerio que las cargas (impuestos, tasas o contribuciones) que se imponen a los recursos del sector salud no resultan legítimas, por lo que considera que no resulta procedente establecer gravámenes respecto de los recursos destinados al sector salud, situación que resulta naturalmente oponible a las estampillas – dada su connotación de tasas – y que señala que debe ser tomada en consideración en el marco del trámite del presente proyecto de ley.

Indica el Ministerio que, conforme lo ha señalado la Corte Constitucional en sentencia C-358 de 2017 (Magistrado Ponente Carlos Bernal Pulido) la determinación de elementos propios del tributo, como es el caso de la tarifa, por parte del legislador puede constituirse en una vulneración a las competencias privativas de las Entidades Territoriales, razón por la cual considera que esta situación jurídica debe ser tomada en consideración para el trámite de la iniciativa.

Finalmente, señala el Ministerio que se han propuesto proyectos de ley para regular el trámite de las estampillas, señalando algunos conceptos que considera de especial relevancia.

Finalmente, en lo que respecta a las consideraciones puntuales, el Ministerio realiza un diagnóstico de actores relevantes en la salud del Departamento, señalando que el componente público del sector salud representa el 62% del total de las camas ofertadas en cada uno de los 29 Municipios, y que, en ese orden de ideas, las instituciones públicas "juegan un papel importante en el acceso y la prestación de los servicios de salud, principalmente en los Municipios pequeños y territorios con poblaciones dispersas" por lo que señala la Cartera de Salud que "ante la necesidad de contar con una oferta pública de servicios con capacidad resolutiva que responda a las características de la población y sus requerimientos en salud en condiciones de calidad y oportunidad, se requiere que estas instituciones se fortalezcan en su gestión asistencial, administrativa y financiera".

Ahora bien, en lo que respecta al articulado señala:

1. Que el recaudo de los recursos se hará para realizar inversiones en infraestructura y dotación, además de rubros para gastos de mantenimiento y compra de insumos para las entidades que constituyen la red pública del Departamento, y que no hay modificaciones a los roles definidos en el PTRRM del Meta, viabilizado por el Ministerio de marzo de este año;
2. Que la destinación señalada en el numeral 1º del artículo 2º hace referencia a la adquisición de dotación e insumos para la atención de pacientes de COVID-19, situación que puede considerarse coyuntural y que se encuentra contenida en los decretos legislativos 461 y 538 de 2020, sin perjuicio de que se estima que el fortalecimiento de la red pública hospitalaria puede incidir en una respuesta más adecuada y efectiva para los pacientes de todas las patologías;
3. Que es factible establecer en la ley la obligatoriedad en el cobro de la estampilla por parte de los Municipios, una vez la Asamblea Departamental expida la correspondiente ordenanza creando la estampilla en los términos de ley, razón por la cual tácitamente se señala que dicha situación debe ser modificada en tal sentido; y
4. Que el establecimiento de la tarifa máxima excede las competencias del Congreso de la República en la materia, puesto que, de acuerdo con lo señalado en la Sentencia C-358 de 2017, el establecimiento de la misma es de competencia privativa de las Entidades Territoriales, razón por la cual solicita se ajuste el mencionado punto.

3.3. Consideraciones del Ministerio de Hacienda y Crédito Público frente al proyecto de ley 059 de 2020 – Cámara

El Ministerio de Hacienda y Crédito Público a través de un oficio suscrito por el viceministro general de dicha Cartera y que fue dirigido al Honorable Representante Néstor Leonardo Rico Rico, Presidente de la Comisión Tercera Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes el pasado 06 de octubre de 2020 (Radicado No. 2-2020-050604) indica que,

a pesar de tener reservas respecto del uso y proliferación de la figura de las Estampillas como mecanismos para el recaudo de recursos, puesto que considera que "se han creado escenarios de multiplicidad de gravámenes, en el que se han generado altas cargas impositivas e incrementos en los costos de los hechos generadores", señalando, además, que muchas veces la indeterminación en los aspectos generales de la autorización puede llevar a situaciones en las cuales se presentan exesos que han terminado siendo anulados por el Consejo de Estado en reiterada jurisprudencia.

Así las cosas, en el mismo sentido de lo expresado por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público señala el deseo de contar con una norma marco que permita establecer de manera general los criterios y destinaciones de los recaudos que se realizan por estos conceptos.

Pese a lo anterior disertación general, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público **NO DA CONCEPTO NEGATIVO** al Proyecto de Ley 059 de 2020 – Cámara, y en concordancia a lo anterior, emite una serie de recomendaciones con respecto al mismo, a saber:

1. Frente al párrafo 2º del artículo 2º, que hace referencia a la aplicación del artículo 47 de la Ley 863 de 2003, señala el Ministerio de Hacienda la necesidad de efectuar dos ajustes a saber: (1) Que en caso de que el departamento del Meta no tenga pasivo pensional, el 20% correspondiente a la retención establecida en la ley anteriormente citada deberá ser destinado a los fines contemplados en los artículos 1º y 2º del proyecto de ley en cuestión; (2) Que la destinación a la que se hace referencia anteriormente se proceda a realizar previa verificación por parte de la Entidad Territorial de la inexistencia del mencionado pasivo pensional.
2. En el mismo sentido de lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social, señala el Ministerio de Hacienda y Crédito Público que es necesario establecer la obligatoriedad en la aplicación de la estampilla, en los términos de ley y de la eventual ordenanza, para los 29 Municipios que componen el departamento del Meta;
3. Se solicita la eliminación del artículo 4º, ya que, de acuerdo con el Ministerio, las Entidades Territoriales gozan de autonomía para emitir ordenanzas y determinar tributos de orden local, razón por la cual considera que es inocua la remisión del Acto Administrativo en cuestión, toda vez que la Cartera de Hacienda carece de facultades de inspección, seguimiento y control respecto de estas;
4. Finalmente, señala el Ministerio que debe precisarse el término contemplado en el artículo 4º de la iniciativa, en lo que respecta al giro periódico de las tesorerías municipales a la Secretaría de Hacienda Departamental, en lo que respecta a los recaudos de las estampillas.

3.4. Consideraciones de la Asamblea del Departamento del Meta frente al proyecto de ley 059 de 2020 – Cámara

Resulta importante resaltar el respaldo que tiene el presente proyecto de ley en la Asamblea Departamental del Meta. Al respecto, es necesario traer a colación dos comunicaciones

allegadas a los despachos de la Honorable Senadora Maritza Martínez Aristizábal – autora de la iniciativa – la cual se transcribe a continuación, resaltando que la Duma Departamental exhorta a la parlamentaria a sacar adelante el proyecto de ley en cuestión, señalando que considera que "el análisis, estudio y aprobación de este tipo de iniciativas es fundamental para el fortalecimiento del sector salud a partir de la generación de recursos que les permitan a los hospitales, centros o puestos de salud de los municipios del Meta, poder adecuar sus capacidades de atención frente a los retos que impone la crisis económica y sanitaria producida por el COVID-19". A continuación, se aporta en copia simple la mencionada comunicación oficial:



Igualmente, reposa en la Comisión Tercera Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes una comunicación suscrita por el Secretario General de la Asamblea Departamental del Meta y dirigida al Honorable Representante Alejandro Vega Pérez, en donde se exhorta al parlamentario a apoyar el mencionado proyecto debido a que se reitera que "el análisis, estudio y aprobación de este tipo de iniciativas es fundamental para el fortalecimiento del sector salud a partir de la generación de recursos que les permitan a los hospitales, centros o puestos de salud de los municipios del Meta, poder adecuar sus capacidades de atención frente a los retos que impone la crisis económica y sanitaria producida por el COVID-19". A continuación, se aporta en copia simple la mencionada comunicación oficial:



por otra parte, en el presupuesto regionalizado se encuentra que la asignación inicial a salud es de 7.120 (cifra en millones de pesos), lo cual comparativamente con otros rubros, deja abierta una necesidad primaria al sector salud para encontrar fuentes de financiación de cara a una nueva ola generada por el virus COVID19.

4. Pliego de Modificaciones

Tomando en consideración las observaciones y comentarios emitidos por los Ministerio de Salud y Protección Social, de Hacienda y Crédito Público, así como de las deliberaciones propias entre los ponentes, se proponen las siguientes modificaciones con respecto al texto presentado para primer debate:

Texto radicado del Proyecto de Ley 059 de 2020 – Cámara	Texto propuesto para primer debate al Proyecto de Ley 059 de 2020 - Cámara	Justificación de las modificaciones
<p>“Por medio de la cual se autoriza a la Asamblea del departamento del Meta para emitir la Estampilla pro-Hospitales Públicos, Centros de Salud Públicos y Puestos de Salud Públicos del Meta.”</p> <p>EL CONGRESO DE COLOMBIA</p> <p>DECRETA:</p>	<p>“Por medio de la cual se autoriza a la Asamblea del departamento del Meta para emitir la Estampilla pro-Hospitales Públicos, Centros de Salud Públicos y Puestos de Salud Públicos del Meta.”</p> <p>EL CONGRESO DE COLOMBIA</p> <p>DECRETA:</p>	Sin modificaciones
<p>Artículo 1°. Objeto y valor de la emisión. Autorícese a la Asamblea del departamento del Meta para que ordene la emisión de la Estampilla Pro-Hospitales Públicos, Centros de Salud Públicos y Puestos de Salud Públicos del Meta, hasta por la suma de doscientos mil millones de pesos (\$200.000.000.000.)</p>	<p>Artículo 1°. Objeto y valor de la emisión. Autorícese a la Asamblea del departamento del Meta para que ordene la emisión de la Estampilla Pro-Hospitales Públicos, Centros de Salud Públicos y Puestos de Salud Públicos del Meta, hasta por la suma de doscientos mil millones de pesos (\$200.000.000.000.)</p>	Sin modificaciones
<p>Artículo 2°. Destinación. Los valores recaudados por la</p>	<p>Artículo 2°. Destinación. Los valores recaudados por la</p>	Se acoge la sugerencia del Ministerio de Hacienda y

estampilla a la que se refiere el artículo anterior se destinarán a:	estampilla a la que se refiere el artículo anterior se destinarán a:	Crédito Público, en el sentido de modificar el párrafo 2°, en el sentido de establecer que en caso de que el departamento del Meta no tenga pasivo pensional, el 20% correspondiente a la retención establecida en la ley anteriormente citada deberá invertirse en los fines contemplados en los artículos 1° y 2° del proyecto de ley en cuestión.
<ol style="list-style-type: none"> Atención y dotación de elementos necesarios para la adecuada atención de pacientes con COVID-19, como ventiladores y camas UCI o cualquier otro tipo de instrumento o recurso médico necesario. Pago de salarios, honorarios u obligaciones con los trabajadores y profesionales del sector público en el Departamento que se requieran para garantizar la prestación del servicio de salud. Mantenimiento, ampliación y remodelación de la planta física de las entidades a las que hace referencia el artículo 1°. Adquisición, mantenimiento o reparación de los equipos requeridos por los diversos servicios que prestan 	<ol style="list-style-type: none"> Atención y dotación de elementos necesarios para la adecuada atención de pacientes con COVID-19, como ventiladores y camas UCI o cualquier otro tipo de instrumento o recurso médico necesario. Pago de salarios, honorarios u obligaciones con los trabajadores y profesionales del sector público en el Departamento que se requieran para garantizar la prestación del servicio de salud. Mantenimiento, ampliación y remodelación de la planta física de las entidades a las que hace referencia el artículo 1°. Adquisición, mantenimiento o reparación de los equipos requeridos por los diversos servicios que prestan 	<p>Igualmente, se precisa que la destinación a la que se hace referencia anteriormente se proceda a realizar previa verificación por parte de la Entidad Territorial de la inexistencia del mencionado pasivo pensional.</p>

<p>las instituciones a que se refiere el artículo anterior para desarrollar y cumplir adecuadamente con la función propia de cada una.</p> <ol style="list-style-type: none"> Dotación de instrumentos para los diferentes servicios. Compra de suministros necesarios para la prestación del servicio de salud. Compra y mantenimiento de los equipos requeridos para poner en funcionamiento nuevas áreas de laboratorio, científicas, tecnológicas y otras que se requieran para su cabal funcionamiento. Adquisición y mantenimiento de nuevas tecnologías a fin de dotar a las diferentes áreas asistenciales de las entidades a las que hace referencia el artículo 1°, en especial las de laboratorio, unidades de diagnóstico, 	<p>las instituciones a que se refiere el artículo anterior para desarrollar y cumplir adecuadamente con la función propia de cada una.</p> <ol style="list-style-type: none"> Dotación de instrumentos para los diferentes servicios. Compra de suministros necesarios para la prestación del servicio de salud. Compra y mantenimiento de los equipos requeridos para poner en funcionamiento nuevas áreas de laboratorio, científicas, tecnológicas y otras que se requieran para su cabal funcionamiento. Adquisición y mantenimiento de nuevas tecnologías a fin de dotar a las diferentes áreas asistenciales de las entidades a las que hace referencia el artículo 1°, en especial las de laboratorio, unidades de diagnóstico, unidades 	
--	---	--

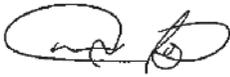
<p>unidades de cuidados intensivos, de hospitalización, biotecnología, informática o comunicaciones, de capacidad para atender la demanda de servicios por parte de la población del Departamento.</p> <p>Parágrafo Primero. Los recaudos provenientes de la estampilla se asignarán de acuerdo con las necesidades que presente el sector salud, así como a los hospitales públicos de los diferentes niveles, los centros de salud, los puestos de salud o los recursos mediante los cuales se prestan los servicios de salud y se encuentren instalados en el Departamento.</p> <p>Adicionalmente, las asignaciones de que trata el presente párrafo deberán tomar en consideración el número de pacientes atendidos y a la complejidad de los procedimientos que realiza.</p> <p>Parágrafo Segundo. De conformidad con el artículo 47 de la Ley 863 de 2003, los</p>	<p>de cuidados intensivos, de hospitalización, biotecnología, informática o comunicaciones, de capacidad para atender la demanda de servicios por parte de la población del Departamento.</p> <p>Parágrafo Primero. Los recaudos provenientes de la estampilla se asignarán de acuerdo con las necesidades que presente el sector salud, así como a los hospitales públicos de los diferentes niveles, los centros de salud, los puestos de salud o los recursos mediante los cuales se prestan los servicios de salud y se encuentren instalados en el Departamento.</p> <p>Adicionalmente, las asignaciones de que trata el presente párrafo deberán tomar en consideración el número de pacientes atendidos y a la complejidad de los procedimientos que realiza.</p> <p>Parágrafo Segundo. De conformidad con el artículo 47 de la Ley 863 de 2003, los</p>	
--	---	--

<p>ingresos que perciban las entidades territoriales por concepto de estampillas autorizadas por la ley serán objeto de una retención equivalente al veinte por ciento (20%) con destino a los fondos de pensiones de la entidad destinataria de dichos recaudos. En caso de no existir pasivo pensional en dicha entidad, esta podrá destinar los recursos de acuerdo al presente artículo.</p>	<p>ingresos que perciban las entidades territoriales por concepto de estampillas autorizadas por la ley serán objeto de una retención equivalente al veinte por ciento (20%) con destino a los fondos de pensiones de la entidad destinataria de dichos recaudos. En caso de no existir pasivo pensional en dicha entidad, esta podrá <u>deberá</u> destinar los recursos de acuerdo al presente artículo, <u>previa verificación de la no existencia del pasivo pensional territorial.</u></p>		<p>emisión se autoriza por esta ley, conforme a lo señalado en el artículo 1°.</p>	<p>La Asamblea Departamental del Meta facultará <u>Facúltese</u> a los Concejos de los Municipios del Departamento, para que, <u>previa autorización de la Asamblea Departamental,</u> adopten la obligatoriedad de la aplicación de la estampilla en su municipio, cuya emisión se autoriza por esta ley, conforme a lo señalado en el artículo 1°.</p>	<p>Se exceptúa de la aplicación de la estampilla los actos o contratos relacionados con el sector salud, atendiendo la solicitud expresada por el Ministerio de Salud y Protección Social en su concepto institucional.</p>
<p>Artículo 3°. Atribución. Autorícese a la Asamblea Departamental del Meta para que determine las características, tarifas, hechos económicos, sujetos pasivos y activos, las bases gravables y todos los demás asuntos referentes al uso obligatorio de la estampilla en las operaciones que se deban realizar en los diferentes municipios del departamento del Meta.</p>	<p>Artículo 3°. Atribución. Autorícese a la Asamblea Departamental del Meta para que determine las características, tarifas, hechos económicos, sujetos pasivos y activos, las bases gravables y todos los demás asuntos referentes al uso obligatorio de la estampilla en las operaciones que se deban realizar en los diferentes municipios del departamento del Meta, <u>quienes deberán adoptarlas sobre los actos o contratos en los que participen los funcionarios municipales, atendiendo los términos de esta ley y de la respectiva ordenanza.</u></p>	<p>Se acoge la sugerencia del Ministerio de Salud y Protección Social en el sentido de señalar la obligatoriedad por parte de los Municipios de implementar la estampilla, previa autorización y determinación de la Asamblea Departamental del Meta.</p>	<p>Parágrafo. Se excluyen de este pago los contratos de prestación de servicios suscritos con personas naturales.</p>	<p>Parágrafo. Se excluyen de este pago los contratos de prestación de servicios suscritos con personas naturales.</p>	<p><u>Se excluyen también de este pago los actos o contratos relacionados con el sector salud.</u></p>
<p>La Asamblea Departamental del Meta facultará a los Concejos de los Municipios del Departamento, para que adopten la obligatoriedad de la aplicación de la estampilla en su municipio, cuya</p>	<p>Se acoge la sugerencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público respecto de la precisión sobre los actos y contratos en los que participen funcionarios municipales.</p>	<p>Se acoge la sugerencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público respecto de la precisión sobre los actos y contratos en los que participen funcionarios municipales.</p>	<p>Artículo 4°. Información al Gobierno nacional. Las ordenanzas que expida la Asamblea Departamental del Meta en desarrollo de la presente ley serán llevadas a conocimiento del Gobierno nacional a través del Ministerio de Hacienda y Crédito Público - Dirección de Apoyo Fiscal.</p>	<p>Artículo 4°. Información al Gobierno nacional. Las ordenanzas que expida la Asamblea Departamental del Meta en desarrollo de la presente ley serán llevadas a conocimiento del Gobierno nacional a través del Ministerio de Hacienda y Crédito Público - Dirección de Apoyo Fiscal.</p>	<p>Se acoge la sugerencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en el sentido de que resulta innecesario establecer la remisión de las ordenanzas expedidas por la Asamblea Departamental del Meta en el marco de lo dispuesto en la presente iniciativa, toda vez el mencionado Ministerio no tiene las competencias para ejercer control o</p>
		<p>realizar acciones frente a dichos actos, los cuales, además, se expiden en ejercicio de facultades constitucionales y legales en el marco de la facultad impositiva de la que son titulares las Entidades Territoriales conforme a lo dispuesto en la Constitución Política</p>	<p>(3%) del valor de los hechos a gravar.</p>	<p>hechos a gravar será determinada por la Asamblea Departamental en la ordenanza que establezca la estampilla de que trata la presente ley.</p>	<p>máximo de la tarifa, esto debido a que tal y como venía contemplado en el proyecto original podría estarse vulnerando la autonomía reconocida constitucionalmente a las Entidades Territoriales para la fijación de los elementos de los tributos que les son endógenos.</p>
<p>Artículo 5°. Responsabilidad. La obligación de adherir y anular la estampilla física a que se refiere esta ley queda a cargo de los funcionarios departamentales y municipales que intervengan en los actos o hechos sujetos al gravamen determinados por la ordenanza departamental que se expida en desarrollo de la presente ley. El incumplimiento de esta obligación se sancionará por las autoridades disciplinarias correspondientes.</p>	<p>Artículo 54°. Responsabilidad. La obligación de adherir y anular la estampilla física a que se refiere esta ley queda a cargo de los funcionarios departamentales y municipales que intervengan en los actos o hechos sujetos al gravamen determinados por la ordenanza departamental que se expida en desarrollo de la presente ley. El incumplimiento de esta obligación se sancionará por las autoridades disciplinarias correspondientes.</p>	<p>Se modifica la numeración, dada la eliminación del artículo 4 original.</p>	<p>Artículo 7°. Recaudos. Los recaudos provenientes de la estampilla estarán a cargo de la Secretaría de Hacienda Departamental y, en el caso de los municipios corresponderá su recaudo a las tesorerías municipales.</p>	<p>Artículo 76°. Recaudos. Los recaudos provenientes de la estampilla estarán a cargo de la Secretaría de Hacienda Departamental y, en el caso de los municipios corresponderá su recaudo a las tesorerías municipales.</p>	<p>Se modifica la numeración, dada la eliminación del artículo 4 original.</p>
<p>Artículo 6°. Destinación. El valor recaudado por concepto de la venta de la estampilla se destinará exclusivamente para atender los rubros estipulados en el artículo 2° de la presente ley. La tarifa con que se graven los distintos actos no podrá exceder del tres por ciento</p>	<p>Artículo 65°. Destinación. El valor recaudado por concepto de la venta de la estampilla se destinará exclusivamente para atender los rubros estipulados en el artículo 2° de la presente ley. La tarifa con que se graven los distintos actos no podrá exceder del tres por ciento (3%) del valor de los</p>	<p>Se modifica la numeración, dada la eliminación del artículo 4 original.</p>	<p>Las tesorerías municipales le harán periódicamente las transferencias del recurso a la Secretaría de Hacienda Departamental, para que ésta distribuya los recursos conforme a las disposiciones y destinaciones específicas contempladas en la presente ley, y en los términos de la ordenanza emitida por la Asamblea del Departamento del Meta.</p>	<p>Las tesorerías municipales le harán <u>periódicamente trimestralmente</u> las transferencias del recurso a la Secretaría de Hacienda Departamental, para que ésta distribuya los recursos conforme a las disposiciones y destinaciones específicas contempladas en la presente ley, y en los términos de la ordenanza emitida por la Asamblea del Departamento del Meta.</p>	<p>Se acoge la sugerencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en el sentido de que resulta necesario establecer un término específico para las transferencias que deben realizar las tesorerías municipales a la Secretaría de Hacienda Departamental.</p>
	<p>Se acoge la sugerencia del Ministerio de Salud y Protección Social, en el sentido de eliminar la limitación del valor</p>	<p>Se acoge la sugerencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en el sentido de eliminar la limitación del valor</p>	<p>Artículo 8°. Control. El control y vigilancia fiscal del recaudo, del traslado oportuno y de la inversión de los recursos provenientes del</p>	<p>Artículo 87°. Control. El control y vigilancia fiscal del recaudo, del traslado oportuno y de la inversión de los recursos provenientes del</p>	<p>Se modifica la numeración, dada la eliminación del artículo 4 original.</p>

cumplimiento de la presente ley, estará a cargo de la Contraloría Departamental del Meta.	cumplimiento de la presente ley, estará a cargo de la Contraloría Departamental del Meta.	
Artículo 9º. Vigencia. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga todas aquellas normas que le sean contrarias.	Artículo 98º. Vigencia. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga todas aquellas normas que le sean contrarias.	Se modifica la numeración, dada la eliminación del artículo 4) original.

5. Proposición

Con fundamento en las anteriores consideraciones, de manera respetuosa nos permitimos rendir ponencia positiva y, por tanto, solicitamos a la Comisión Tercera de la Cámara de Representantes dar primer debate al Proyecto de Ley No. 059 de 2020 – Cámara “Por medio de la cual se autoriza a la Asamblea del departamento del Meta para emitir la Estampilla pro-Hospitales Públicos, Centros de Salud Públicos y Puestos de Salud Públicos del Meta”.



Armando Antonio Zabaraín D'Arce
Representante a la Cámara
Ponente

5. Dotación de instrumentos para los diferentes servicios.
6. Compra de suministros necesarios para la prestación del servicio de salud.
7. Compra y mantenimiento de los equipos requeridos para poner en funcionamiento nuevas áreas de laboratorio, científicas, tecnológicas y otras que se requieran para su cabal funcionamiento.
8. Adquisición y mantenimiento de nuevas tecnologías a fin de dotar a las diferentes áreas asistenciales de las entidades a las que hace referencia el artículo 1º, en especial las de laboratorio, unidades de diagnóstico, unidades de cuidados intensivos, de hospitalización, biotecnología, informática o comunicaciones, de capacidad para atender la demanda de servicios por parte de la población del Departamento.

Parágrafo Primero. Los recaudos provenientes de la estampilla se asignarán de acuerdo con las necesidades que presente el sector salud, así como a los hospitales públicos de los diferentes niveles, los centros de salud, los puestos de salud o los recursos mediante los cuales se prestan los servicios de salud y se encuentren instalados en el Departamento.

Adicionalmente, las asignaciones de que trata el presente parágrafo deberán tomar en consideración el número de pacientes atendidos y a la complejidad de los procedimientos que realiza.

Parágrafo Segundo. De conformidad con el artículo 47 de la Ley 863 de 2003, los ingresos que perciban las entidades territoriales por concepto de estampillas autorizadas por la ley serán objeto de una retención equivalente al veinte por ciento (20%) con destino a los fondos de pensiones de la entidad destinataria de dichos recaudos. En caso de no existir pasivo pensional en dicha entidad, esta deberá destinar los recursos de acuerdo al presente artículo, previa verificación de la no existencia del pasivo pensional territorial.

Artículo 3º. Atribución. Autorícese a la Asamblea Departamental del Meta para que determine las características, tarifas, hechos económicos, sujetos pasivos y activos, las bases gravables y todos los demás asuntos referentes al uso obligatorio de la estampilla en las operaciones que se deban realizar en los diferentes municipios del departamento del Meta, quienes deberán adoptarla sobre los actos o contratos en los que participen los funcionarios municipales, atendiendo los términos de esta ley y de la respectiva ordenanza.

Facúltese a los Concejos de los Municipios del Departamento, para que, previa autorización de la Asamblea Departamental, adopten la obligatoriedad de la aplicación de la estampilla en su municipio, cuya emisión se autoriza por esta ley, conforme a lo señalado en el artículo 1º.

TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE DEL PROYECTO DE LEY NO. 059 DE 2020 – CÁMARA

“Por medio de la cual se autoriza a la Asamblea del departamento del Meta para emitir la Estampilla pro-Hospitales Públicos, Centros de Salud Públicos y Puestos de Salud Públicos del Meta”

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA:

Artículo 1º. Objeto y valor de la emisión. Autorícese a la Asamblea del departamento del Meta para que ordene la emisión de la Estampilla Pro-Hospitales Públicos, Centros de Salud Públicos y Puestos de Salud Públicos del Meta, hasta por la suma de doscientos mil millones de pesos (\$200.000.000.000.)

Artículo 2º. Destinación. Los valores recaudados por la estampilla a la que se refiere el artículo anterior se destinarán a:

1. Atención y dotación de elementos necesarios para la adecuada atención de pacientes con COVID-19, como ventiladores y camas UCI o cualquier otro tipo de instrumento o recurso médico necesario.
2. Pago de salarios, honorarios u obligaciones con los trabajadores y profesionales del sector público en el Departamento que se requieran para garantizar la prestación del servicio de salud.
3. Mantenimiento, ampliación y remodelación de la planta física de las entidades a las que hace referencia el artículo 1º.
4. Adquisición, mantenimiento o reparación de los equipos requeridos por los diversos servicios que prestan las instituciones a que se refiere el artículo anterior para desarrollar y cumplir adecuadamente con la función propia de cada una.

Parágrafo. Se excluyen de este pago los contratos de prestación de servicios suscritos con personas naturales.

Se excluyen también de este pago los actos o contratos relacionados con el sector salud.

Artículo 4º. Responsabilidad. La obligación de adherir y anular la estampilla física a que se refiere esta ley queda a cargo de los funcionarios departamentales y municipales que intervengan en los actos o hechos sujetos al gravamen determinados por la ordenanza departamental que se expida en desarrollo de la presente ley. El incumplimiento de esta obligación se sancionará por las autoridades disciplinarias correspondientes.

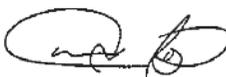
Artículo 5º. Destinación. El valor recaudado por concepto de la venta de la estampilla se destinará exclusivamente para atender los rubros estipulados en el artículo 2º de la presente ley. La tarifa con que se graven los distintos será determinada por la Asamblea Departamental en la ordenanza que establezca la estampilla de que trata la presente ley.

Artículo 6º. Recaudos. Los recaudos provenientes de la estampilla estarán a cargo de la Secretaría de Hacienda Departamental y, en el caso de los municipios corresponderá su recaudo a las tesorerías municipales.

Las tesorerías municipales le harán trimestralmente las transferencias del recurso a la Secretaría de Hacienda Departamental, para que ésta distribuya los recursos conforme a las disposiciones y destinaciones específicas contempladas en la presente ley, y en los términos de la ordenanza emitida por la Asamblea del Departamento del Meta.

Artículo 7º. Control. El control y vigilancia fiscal del recaudo, del traslado oportuno y de la inversión de los recursos provenientes del cumplimiento de la presente ley, estará a cargo de la Contraloría Departamental del Meta.

Artículo 8º. Vigencia. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga todas aquellas normas que le sean contrarias.



Armando Antonio Zabaraín D'Arce
Representante a la Cámara
Ponente

**INFORME DE PONENCIA NEGATIVA
PARA PRIMER DEBATE EN
LA HONORABLE CÁMARA DE
REPRESENTANTES AL PROYECTO DE
LEY NÚMERO 059 DE 2020 CÁMARA**

*por medio de la cual se autoriza a la Asamblea del
Departamento del Meta para emitir la Estampilla
Pro-Hospitales Públicos, Centros de Salud Públicos y
Puestos de Salud Públicos del Meta.*

En atención a la designación hecha por la Presidencia de la Comisión Tercera, nos permitimos presentar para su consideración en primer debate en la Comisión Tercera de la Honorable Cámara de Representantes, el correspondiente Informe de Ponencia al proyecto de ley de referencia, previas las siguientes consideraciones.

1. CONTENIDO Y ALCANCE DEL PROYECTO

Proyecto de Ley N° 059 de 2020 Cámara *"Por medio de la cual se autoriza a la asamblea del departamento del meta para emitir la estampilla pro-hospitales públicos, centros de salud públicos y puestos de salud públicos del meta"*, consta de 9 artículos, cuyo objeto es autorizar a la Asamblea del departamento del Meta para que ordene la emisión de la Estampilla Pro-Hospitales Públicos, Centros de Salud Públicos y Puestos de Salud Públicos del Meta, hasta por la suma de doscientos mil millones de pesos (\$200.000.000.000.), con el propósito de destinar los valores recaudados principalmente a la atención y dotación de elementos necesarios para la adecuada atención de pacientes con COVID-19, como ventiladores y camas UCI o cualquier otro tipo de instrumento o recurso médico necesario; pago de salarios, honorarios u obligaciones con los trabajadores y profesionales del sector público; mantenimiento, ampliación y remodelación de la planta física; adquisición, mantenimiento o reparación de los equipos, entre otros

2. TRÁMITE DEL PROYECTO

El proyecto de ley que nos ocupa corresponde a una iniciativa presentada por la Honorable Senadora de la República Maritza Martínez Aristizábal, la cual fue radicada en la Secretaría General de la Cámara de Representantes el 20 de julio de 2020 y publicada en la Gaceta del Congreso N° 647 de 2020.

Remitido a la Comisión Tercera de la Cámara de Representantes, la Mesa Directiva el 19 de agosto de 2020, asigna como Coordinadores y Ponentes para primer debate a los Honorables Representantes JOHN JAIRO CÁRDENAS MORÁN, NUBIA LÓPEZ MORALES, GUSTAVO

HERNÁN PUNTES DÍAZ, ARMANDO ANTONIO ZABARAÍN D' ARCE y EDWIN ALBERTO VALDÉS RODRÍGUEZ

Mediante comunicación, dirigida a la Mesa Directiva de la Comisión Tercera de la Cámara de Representantes, se solicitó prórroga para rendir ponencia para primer debate, con el ánimo de que se allegaran los conceptos del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Salud y Superintendencia de Salud.

Cumplido el periodo de la prórroga no se había recibido concepto de la Superintendencia de Salud, por lo tanto, el 17 de octubre 2020 se informó la Mesa Directiva de la Comisión Tercera de la Cámara de Representantes, la necesidad del concepto en mención para la presentación de la Ponencia de Primer Debate.

3. ASPECTOS LEGALES

De acuerdo con la jurisprudencia del Consejo de Estado *"Las estampillas han sido definidas como tributos dentro de la especie de "tasas parafiscales", en la medida en que participan de la naturaleza de las contribuciones parafiscales, pues constituyen un gravamen cuyo pago obligatorio deben realizar los usuarios de algunas operaciones o actividades que se realizan frente a organismos de carácter público: son de carácter excepcional en cuanto al sujeto pasivo del tributo: los recursos se revierten en beneficio de un sector específico: y están destinados a sufragar gastos en que incurran las entidades que desarrollan o prestan un servicio público, como función propia del Estado. La "tasa" si bien puede corresponder a la prestación directa de un servicio público, del cual es usuario el contribuyente que se beneficia efectivamente, caso en el cual se definen como tasas administrativas, también puede corresponder al beneficio potencial por la utilización de servicios de aprovechamiento común, como la educación, la salud, el deporte, la cultura, es decir, que el gravamen se revierte en beneficio social, caso en el cual se definen como tasas parafiscales que son las percibidas en beneficio de organismos públicos o privados, pero no por la prestación de un servicio propiamente dicho, sino por contener un carácter social".¹*

La Constitución Política le otorga al Legislador una amplia potestad para regular en materia tributaria y de establecer tributos. Al respecto el artículo 150 Constitución Política – C.P. señala que corresponde al Congreso hacer las leyes y por medio de ellas ejerce entre otras funciones la de *"establecer contribuciones fiscales y, excepcionalmente, contribuciones parafiscales en los casos y bajo las condiciones que establezca la ley"* (num. 12). Por su parte, el artículo 338 de la C.P. establece que *"En tiempo de paz, solamente el Congreso, las asambleas departamentales y los concejos distritales y municipales podrán imponer contribuciones fiscales o parafiscales. La ley, las ordenanzas y los acuerdos deben fijar, directamente, los sujetos activos y pasivos, los hechos y las bases gravables, y las tarifas de los impuestos. La ley, las ordenanzas y los acuerdos pueden permitir que las autoridades fijen la tarifa de las*

¹ Sentencia C-768 de 2010. MP Juan Carlos Henao Pérez. Corte Constitucional.

tasas y contribuciones que cobren a los contribuyentes, como recuperación de los costos de los servicios que les presten o participación en los beneficios que les proporcionen; pero el sistema y el método para definir tales costos y beneficios, y la forma de hacer su reparto, deben ser fijados por la ley, las ordenanzas o los acuerdos. Las leyes, ordenanzas o acuerdos que regulen contribuciones en las que la base sea el resultado de hechos ocurridos durante un periodo determinado, no pueden aplicarse sino a partir del periodo que comience después de iniciar la vigencia de la respectiva ley, ordenanza o acuerdo". De esta manera, los artículos 150-12 y 338 de la C.P. confieren al órgano legislativo la potestad para imponer contribuciones fiscales o parafiscales, fijar los elementos configurativos de la obligación fiscal, establecer beneficios tributarios, y desde luego, establecer los mecanismos para su recaudo.²

En el ejercicio de la libertad de configuración legislativa el Congreso de la República, las Asambleas Departamentales y Concejos Municipales o Distrital, deberán expedir leyes, ordenanzas o acuerdos que regulen tributos, de conformidad con los principios del Sistema Tributario, definidos en los *artículos 338 y 363 de la C.P., a saber, el principio de legalidad, certeza e irretroactividad, equidad, progresividad y eficiencia*³. La jurisprudencia de la Corte Constitucional se ha referido en diversos pronunciamientos sobre los citados principios, fijando los criterios básicos que determinan su alcance y contenido. *Con respecto al principio de eficiencia, ha considerado el Tribunal Constitucional "que su objetivo es lograr que el tributo se recaude con el menor costo posible para el Estado y para el contribuyente. El citado principio resulta ser "un recurso técnico del sistema tributario dirigido a lograr el mayor recaudo de tributos con un menor costo de operación; pero de otro lado, se valora como principio tributario que guía al legislador para conseguir que la imposición acarree el menor costo social para el contribuyente en el cumplimiento de su deber fiscal (gastos para llevar a cabo el pago del tributo)".⁴*

Sin embargo una mirada al procedimiento de recaudo de las estampillas deja en evidencia que las consideraciones hechas por el COMISIÓN DE EXPERTOS PARA LA EQUIDAD Y LA COMPETITIVIDAD TRIBUTARIA en su informe de 2015, sobre elevados sobrecostos para las empresas que las estampillas representan y la falta de efectos netos importantes sobre el recaudo, no se han superado por lo cual resulta viable admitir que este tipo de iniciativas no se ajustan a los postulados jurisprudenciales y constitucionales del principio de eficiencia tributaria, pues *"Se trata de dinero que recibe el fisco local por un lado pero que puede estar perdiendo por otro, mediante costos adicionales de los contratos públicos. Un ejemplo de ello es "el caso de los contratos de obra, donde el contratista traslada el sobrecosto generado por las diferentes estampillas al costo de las obras, [...] donde los sobrecostos pueden llegar a representar hasta el 18% del valor de un contrato de obra pública en algunos departamentos; sobrecosto que necesariamente no conlleva a el recaudo de recursos adicionales para la entidad territorial, por cuanto ella misma lo asume como contratante, como un mayor valor del contrato gravado. En otras palabras, se trata de cargas que en lugar de aumentar los ingresos*

² Sentencia C-913 de 2011. MP Gabriel Eduardo Mendoza Martelo. Corte Constitucional

³ Sentencia C-913 de 2011. MP Gabriel Eduardo Mendoza Martelo. Corte Constitucional.

⁴ Ibidem.

disponibles para el ente territorial le imponen asignaciones de recursos rígidas que inhiben la flexibilidad deseable en su manejo presupuestal"⁵

4. ASPECTOS CONCEPTUALES.

En la actualidad existen en nuestro ordenamiento jurídico más de setenta (70) leyes que autorizan la emisión de estampillas a las entidades territoriales, unas de carácter genérico, (Pro Desarrollo departamental, Pro Electrificación Rural, Pro Desarrollo Fronterizo, Pro Hospitales Universitarios, Pro Bienestar Adulto Mayor y Pro Cultura), y otras de carácter particular para determinadas entidades públicas y sectores de las entidades territoriales (Pro Universidades, Pro Salud, Pro Palacio, Pro Fomento Turístico, etc.)⁶

La proliferación de estampillas es un fenómeno que ha venido ocurriendo desde hace ya varios años y sobre el cual, los Magistrados Ponentes EDUARDO MONTEALEGRE LYNETT y RODRIGO ESCOBAR GIL que salvaron su voto en la sentencia C-227 de 2002, llamaron la atención en *"el sentido que la utilización de leyes por medio de las cuales se faculta a las entidades territoriales para que ordenen la emisión de estampillas, podría vulnerar también los principios de equidad, eficiencia y progresividad que inspiran el sistema tributario, además de correr el riesgo de significar una doble tributación si ello no corresponde a una política fiscal clara, coherente y sistemática."*

Este fenómeno no es ajeno al departamento del Meta que según informe presentado por la Comisión Accidental de la Comisión Tercera Constitucional Permanente que realiza seguimiento para evaluar los informes recibidos sobre la ejecución presupuestal de los recursos percibidos producto de las estampillas; en su jurisdicción se encuentran vigentes la Estampilla de Fomento Turístico (Ordenanza No 466 de 2001), Estampilla de Bienestar del Adulto Mayor (Ordenanza 895 de 2015), Estampilla de la Universidad de los Llanos (Ordenanza 662 de 2008) y la Estampilla Pro - Electrificación Rural (Ordenanza 952 de 2017), que tienen en común como hecho generador principal gravar los contratos estatales así como las ordenes de prestación de servicios, sin contar, el número de estampillas que han sido acogidas a nivel municipal, cuyos principales dificultades son la falta de armonía con el sistema tributario, la dificultades para determinar si éstas realmente cumplen de manera oportuna y razonable las finalidades para las que son creadas y si ayudan al mejoramiento del sistema tributario⁷.

Con la expedición de este tipo de leyes el Congreso ha incentivado la creación de normas tributarias coyunturales, haciendo más complejo y casuístico nuestro sistema legislativo tributario, sin consultar con el plan económico de la Nación, que puede llevar a menoscabar el

⁵ Comisión De Expertos Para La Equidad Y La Competitividad Tributaria. Informe Final Presentado Al Ministro De Hacienda Y Crédito Público Diciembre De 2015

⁶ Concepto No. 4888. Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

⁷ Sentencia C538 de 2002. Mg. Ponente Jaime Araujo Rentería. Intervención Instituto Colombiano de Derecho Tributario.

desarrollo económico de la misma: olvidando que la ley tributaria nacional y territorial vigente permite la obtención de recursos de manera más eficiente y sin que se atente contra la estabilidad del sistema y contra el principio de eficiencia tributaria.⁸

5. INCONVENIENCIA DEL PROYECTO DE LEY

El Ministerio de Salud en términos generales mediante concepto sobre la presente iniciativa⁹ advierte i) sobre la existencia de mecanismos de financiación como el PROGRAMA DE REORGANIZACION, REDISEÑO Y MODERNIZACION DE LA RED DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD, el cual se comporta mayoritariamente de fuentes de financiamiento nacional y de recursos de crédito de carácter condonable, en desarrollo de lo previsto en el artículo 54 de la ley 715 de 2001, el cual busca adecuar el funcionamiento de los prestadores públicos y superar la crisis por la que atraviesan, mediante la celebración de convenios de desempeño con el Ministerio; y del PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO con el fin de adecuar las entidades a un esquema básico de viabilidad, con fuente de recursos provenientes del Fondo de Salvamento y Garantías del Sector Salud – FONSAET, que si bien no uar que busca adecuar el funcionamiento de los prestadores públicos y superar crisis, de conformidad con la Ley 1438 de 2001.

ii) Que sería un contrasentido que en marco de la autorización genérica contenida en el artículo 3° del presente Proyecto de Ley, que brinda a la Asamblea Departamental una posibilidad amplia para que determine los demás usos referentes al uso obligatorio de esta: se pretendan financiar actividades de salud en el departamento al emplear recursos del mismo sector, pues más de las dos terceras partes de los actos y documentos gravados son del sector salud; hace además una breve reflexión sobre la extracción de recursos del sector salud, al precisar que si bien la estampilla se impone respecto de actos y documentos que requieran ciertas instituciones del sector salud para el mismo sector, la prohibición de respetar el destino de los recursos implica, igualmente, el no gravamen pues no se explica que ese mismo sector financie actividades similares. Se trata de un acto antieconómico que además esta en contra del principio de eficiencia del sistema tributario (art. 363 C. Pol) y en contra del destino de los recursos para el sector (art. 49 ibid.)

iii) Por último insisten en que sean han propuesto regulaciones orgánicas de la estampilla como el Proyecto de Ley 130 de 2009 cámara y el proyecto de ley 254 de 2013 cámara "por medio del cual se dictan normas orgánicas en materia del impuesto territorial de estampilla y se dictan otras disposiciones" con base en las cuales se regularía el trabajo legislativo y respecto de lo que se considera que introduciría elementos de racionalización a la regulación de estas figuras tributarias siempre que además de lo anterior contemplara:

- a) El carácter de norma orgánica de la disposición.

⁸ Ibidem.

⁹ Concepto sobre PL 059/20 Cámara. Radicado 202011401269931 del 19 de septiembre de 2020.

- b) La naturaleza tasa y en principio no de impuesto de la estampilla según se tiene entendido, de conformidad a lo dictaminado por la corte constitucional, como prestación de un servicio y no como la comprobación del pago del impuesto.
- c) La racionalización mediante principios específicos como criterios de equidad regional lo cual resultaría todas las luces conveniente, siempre y cuando se conciba como una ley orgánica y no una ley marco, ya que uno de los atributos de las leyes orgánicas como de presupuesto y el plan, consiste en establecer principios básicos que dotarían de mayor racionalidad el ejercicio del legislador en estos casos.

Por su parte el Ministerio de Hacienda y Crédito Público consideró necesario poner de presente su posición frente a la emisión de estampillas territoriales y su efecto negativo en el ordenamiento jurídico colombiano, en los siguientes términos:

*Actualmente en nuestro ordenamiento jurídico existen más de 70 leyes que autorizan emisión de estampillas a las entidades territoriales, unas de carácter genérico como es el caso de Pro Desarrollo Departamental y otras de carácter particular para determinadas entidades públicas y sectores de las entidades territoriales, tal como Pro Universidades. Por lo anterior se ha creado un escenario de multiplicidad de gravámenes en el que se han generado altas cargas impositivas e incrementos en los costos de hechos los generadores. Por citar un ejemplo, se ha presentado un aumento en los costos de los contratos que se suscriben, toda vez que este acto es el hecho que más se utiliza para grabar con las estampillas y ante la multiplicidad de estas, un solo contrato en un municipio puede verse gravado con tres o más estampillas y un departamento con seis o más, lo que aumenta el valor del acto por el desplazamiento de la carga tributaria encabeza el contratante, es decir, el ente territorial.

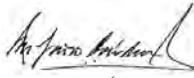
Igualmente, dado que la generalidad de leyes que autorizan la emisión de estampillas establecen que la facultad para determinar los hechos generadores recaen en las corporaciones públicas, se han evidenciado excesos en esta competencia, hasta el punto de gravar actos entre particulares (facturas, contratos de compraventa, tiquetes aéreos, entre otros) contradiciendo la esencia de este tributo, pues lo que se debe buscar es gravar actos en los que intervengan directamente servidores públicos de las entidades beneficiarias de la estampilla, tal como reiteradamente lo ha sostenido la jurisprudencia del Consejo de Estado.

A su vez, los citados excesos han ocasionado que la jurisdicción de lo contencioso administrativo declare la nulidad de muchas ordenanzas y acuerdos que adoptan estampillas, produciendo inmediatamente un impacto fiscal ante la imposibilidad de su recaudo, lo cual con lleva a un déficit en el sector al cual se está destinando el tributo. Adicionalmente, puede generar el riesgo de tener que efectuar la devolución de los recursos recaudados, creándose de esta manera un pasivo contingente que puede golpear fuertemente las finanzas de la entidad territorial.

Por todo lo anterior este Ministerio sugiere que se fije un marco que regule la actividad legislativa en torno a la producción de leyes que establezcan estampillas para evitar su multiplicidad. En este orden los criterios de escogencia y determinación de los elementos estructurales deberían dirigirse a legislador para asegurar (i) la estricta aplicación del artículo 338 de la Constitución Política en el sentido de definir desde la misma ley todos y cada uno de los elementos del tributo de una manera inequívoca y (ii) procurar la unificación de las destinaciones de las estampillas a determinados sectores, así como una distribución precisa del ingreso, de manera que se autorice la expedición de una sola estampilla.¹⁰

Como se observa el Ministerio de Salud como el de Hacienda y Crédito Público coinciden en la necesidad de la regular la emisión de las estampilla, posición que comparten los suscritos HH. RR., pues si bien en la actualidad se tramita el Proyecto de Ley No 016 "por medio de la cual se establecen mecanismos para la vigilancia, seguimiento y evaluación económica de los recursos recaudados por concepto del impuesto territorial de estampilla y se dictan otras disposiciones", el mismo no hace referencia al tramite ex ante de un proyecto de ley de estampilla si no al control posterior sobre eficiencia en el recaudo y ejecución de los recursos: regulación que se considera precisa para evitar la existencia de múltiples tributos de este tipo, como ocurre en el departamento del Meta, en el que se encuentran vigentes cuatro ordenanzas de estampillas (relacionadas anteriormente), que al final afectan la eficiencia del sistema tributario y a su vez aumentan los costos asociados a la actividad contractual de la entidad territorial

Con toda atención,


JOHN JAIRO CÁRDENAS MORÁN
Honorable Representante a la Cámara
Coordinador Ponente.


GUSTAVO HERNÁN PUNTES DÍAZ
Honorable Representante
Ponente


EDWIN ALBERTO VALDÉS RODRÍGUEZ
Representante a la Cámara.
Ponente

¹⁰ Comentarios al PL 059/2020 Cámara. Radicado de entrada No. Expediente 44695/2020/OFI

PROPOSICIÓN

Con fundamento en las razones anteriormente expuestas, nos permitimos rendir informe de PONENCIA NEGATIVA y en consecuencia solicitar a los Honorables miembros de la Comisión Tercera de la Cámara de Representantes ARCHIVAR el Proyecto de Ley No. 059 de 2020 Cámara, "POR MEDIO DE LA CUAL SE AUTORIZA A LA ASAMBLEA DEL DEPARTAMENTO DEL META PARA EMITIR LA ESTAMPILLA PRO-HOSPITALES PÚBLICOS, CENTROS DE SALUD PÚBLICOS Y PUESTOS DE SALUD PÚBLICOS DEL META".

Cordialmente,


JOHN JAIRO CÁRDENAS MORÁN
Honorable Representante a la Cámara
Coordinador Ponente.


GUSTAVO HERNÁN PUNTES DÍAZ
Honorable Representante
Ponente


EDWIN ALBERTO VALDÉS RODRÍGUEZ
Representante a la Cámara.
Ponente

CONTENIDO

Gaceta número 1241 - miércoles 4 de noviembre de 2020

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PONENCIAS

Págs.

Ponencia primer debate y Texto Propuesto proyecto de ley número 205 de 2020 Cámara, por medio de la cual se crean y regulan las Unidades de Atención Integral a la Primera Infancia en la Empresa (UAPI) "Siempre presente"..... 1

Informe de ponencia para primer debate al proyecto de ley número 258 de 2020 Cámara, por medio de la cual se modifica la Ley 1384 de 2010, se adopta el enfoque de alta carga de la enfermedad para la atención de pacientes con cáncer y se dictan otras disposiciones..... 10

Informe de ponencia positiva para primer debate del proyecto de ley número 059 de 2020 Cámara, por medio de la cual se autoriza a la Asamblea del Departamento del Meta para emitir la Estampilla Pro-Hospitales Públicos, Centros de Salud Públicos y Puestos de Salud Públicos del Meta..... 18

Informe de ponencia negativa para primer debate en la honorable Cámara de Representantes al proyecto de ley número 059 de 2020 Cámara, por medio de la cual se autoriza a la Asamblea del Departamento del Meta para emitir la Estampilla Pro-Hospitales Públicos, Centros de Salud Públicos y Puestos de Salud Públicos del Meta..... 27