



Bogotá D.C., 25 de julio de 2022

Doctor  
**JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA**  
Secretario General  
Honorable Cámara de Representantes  
Ciudad

**REF: RADICACIÓN PROYECTO DE LEY**

En nuestra calidad de congresistas de la República y en uso de las atribuciones que nos han sido conferidas constitucional y legalmente, nos permitimos respetuosamente radicar el proyecto de ley *“Por medio del cual se reglamentan algunos aspectos de la Ley 1751 de 2015 con el fin de eliminar barreras para el acceso efectivo al derecho a la salud, se fortalece el mecanismo de tutela en esta materia y se dictan otras disposiciones”* y, en consecuencia, le solicitamos se sirva dar inicio al trámite legislativo respectivo.

Cordialmente,

**LUIS ALBERTO ALBÁN URBANO**  
Representante a la Cámara  
Partido Comunes

**OMAR DE JESÚS RESTREPO**  
Senador de la República  
Partido Comunes



**BANCADA  
COMUNES**



**JULIÁN GALLO CUBILLOS**

Senador de la República  
Partido Comunes

**PABLO CATATUMBO TORRES**

Senador de la República  
Partido Comunes

**SANDRA RAMÍREZ**

Senadora de la República  
Partido Comunes

**CARLOS ALBERTO CARREÑO**

Representante a la Cámara  
Partido Comunes

**JAIRO REINALDO CALA**

Representante a la Cámara  
Partido Comunes

**IMELDA DAZA COTES**

Senadora de la República  
Partido Comunes

**PEDRO BARACUTAO**

Representante a la Cámara  
Partido Comunes

**GERMÁN GÓMEZ**

Representante a la Cámara  
Partido Comunes





## **PROYECTO DE LEY No \_\_\_\_ DE 2022**

***“Por medio del cual se reglamentan algunos aspectos de la Ley 1751 de 2015 con el fin de eliminar barreras para el acceso efectivo al derecho a la salud, se fortalece el mecanismo de tutela en esta materia y se dictan otras disposiciones”***

### **EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**

#### **1. OBJETO DEL PROYECTO**

La presente Ley tiene por objeto reglamentar las disposiciones de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, encaminadas a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, eliminar barreras administrativas y fortalecer los mecanismos de vigilancia y control. Asimismo, busca garantizar la aplicación efectiva de los elementos y principios del derecho fundamental a la salud establecidos en el artículo 6 de la Ley Estatutaria de Salud.

Tiene como finalidad establecer una solución a las dificultades que afronta un amplio sector de la comunidad para acceder a los beneficios que por ley debe garantizar el sistema de salud colombiano.

#### **2. ANTECEDENTES. SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO. DEBILIDADES ESTRUCTURALES QUE PERSISTEN.**

Desde su creación en 1993, el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano prometió a la población avanzar progresivamente en la satisfacción de sus necesidades en salud. Para esto, creó desde el modelo de Pluralismo Estructurado una serie de normas e instituciones enunciadas desde los principios de universalidad, solidaridad, igualdad, obligatoriedad, Prevalencia de derechos, Enfoque diferencial y Equidad, entre otros.





Pese a esto, las falencias en el sistema han obligado a expedir leyes posteriores con la intención de subsanar algunos de los graves problemas presentados. Es así, como tenemos las leyes ordinarias:

- **Ley 1122 de 2007, “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.**

El mayor impacto de esta ley fue sobre los aspectos relacionados con la dirección y regulación. Bajo esta línea, introdujo algunas modificaciones en el financiamiento con el fin de ampliar la cobertura del régimen subsidiado, buscó mejoras en el flujo de recursos hasta los prestadores de servicios, abolió los copagos para los afiliados clasificados en el nivel 1 del Sisbén, y dejó abierta la posibilidad de revivir los subsidios a la oferta para permitir la viabilidad de prestadores de servicios que se encontraban en riesgo por las lógicas de competencia del mercado. Sin embargo, lo que sucedió, fue que se abrió una puerta para permitir una mayor integración vertical, y a pesar de crear la figura del defensor del usuario, las medidas adoptadas fueron muy débiles.

Adicionalmente, los resultados no fueron los más esperados, ya que reflejaron una tendencia centralista, y se perdieron y/o debilitaron espacios de concertación y participación social<sup>1</sup>.

- **Ley 1438 de 2011, “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.**

El objeto de esta ley fue fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, e incluyó disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios en Salud, universalidad del aseguramiento, y garantía de portabilidad en cualquier lugar del país, en el marco de la sostenibilidad financiera.

---

<sup>1</sup> Restrepo V.R. A propósito de la Ley 1122 del 2007. Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia: esperanza, mito y realidad. Rev Fac Nac Salud PÃºblica. 2007; 25 (1): 90-105





Pese a los aspectos que pudieran sonar a una mayor participación del Estado dentro del sistema, medidas que parecían ser prometedoras como la Atención Primaria en Salud, se incluían sin ninguna estructura ni contenido que permitieran su ejecución; y adicionalmente, lo referente a salud pública se incluyó en gran parte de la reforma, pero en la realidad seguía, y sigue, sin contar con la financiación suficiente.

En términos generales, se puede decir que este fue un intento de reforma que no tocó los elementos estructurales que son causantes de las brechas de inequidad en salud, de la negación de servicios, la crisis del sistema público, la intermediación financiera, y la corrupción que tanto daño hacen para la garantía del derecho<sup>2</sup>. Por esta razón, las medidas que enuncia esta reforma, son ineficaces, puesto que se requiere una reforma de tipo estructural que desarrolle un sistema que no esté basado principalmente en el lucro a través de la enfermedad.

- **1966 de 2019, “Por medio del cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”**

El objeto de esta ley fue adoptar medidas para mejorar la transparencia, vigilancia, control y aplicación del uso de los recursos financieros del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Además de la unificación de los sistemas de información de gestión financiera y asistencial con el fin de mejorar la eficiencia, la publicación de información esencial para el control social y rendición de cuentas de los agentes del sector.

Por medio de esta ley se crea el Sistema Integrado de Control, Inspección, y Vigilancia para el sector salud, el cual funcionará a través de una acción coordinada entre la Superintendencia financiera, Superintendencia de sociedades, Superintendencia de salud, y la Superintendencia de Industria y Comercio. Además, habla de la aplicación del programa de saneamiento

---

<sup>2</sup> Franco G.A.; La última reforma del sistema general de seguridad social en salud Colombiano; Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia; 2012.





fiscal y financiero para las Empresas Sociales del Estado, con el fin de establecer una solidez económica y financiera, asegurando su continuidad y calidad en la prestación del servicio.

- **Ley estatutaria en Salud 1751 del 2015, “*Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*”.**

La Ley estatutaria de Salud 1751 de 2015, es el resultado de una mediación entre los agentes del sistema y quienes exigían una reforma estructural al sistema de salud.

Dentro de los avances que se lograron por medio de esta ley en materia de la garantía del derecho a la salud, se encuentran: la eliminación de los comités técnico-científicos quienes determinaban qué entraba y salía dentro del Plan de Atención, y que habían sido denunciados por haberse integrado bajo los intereses de las EPS; ordena la prestación completa e integral de los servicios fundamentales sin que exista alguna barrera financiera o administrativa, elimina barreras en la afiliación, establece un conjunto de sanciones por negación de servicios, elimina la diferencia entre el plan obligatorio de salud (POS) para los regímenes contributivo y subsidiado, ordena la creación de una política nacional farmacológica, y sienta las bases para la política pública de atención en salud.

Pese a los avances que permiten las medidas adoptadas mediante esta ley, algunas EPS siguen presentando dilaciones para la prestación de servicios a pesar de lo contemplado en la misma, en cuanto a la oportunidad y eficacia que deben garantizar las EAPB.

Lo anterior se debe a que aún subsisten diferentes elementos que se configuran para obstaculizar el goce efectivo del derecho a la salud en Colombia. Uno de ellos, de cotidiano impacto para la población, es sin duda, la persistencia de barreras de acceso administrativo en Salud, entendidas como: “El conjunto de estrategias técnico-administrativas que éstas interponen para negar, dilatar o no prestar este tipo de servicios a sus afiliados” [1]





Al respecto, las cifras son elocuentes, la Defensoría del Pueblo en su informe anual titulado: “La Tutela y los Derechos a la Salud y la Seguridad Social 2019”[2], revela que pese a las diferentes normas introducidas desde 1993 y a hitos históricos tan relevantes como la Sentencia T-760 del 2008 que ordenó una serie de medidas de alcance estructural, las tutelas en salud se mantuvieron en los mismos niveles que en el 2018 (207.368 acciones), es decir, cada 2,5 minutos se interpone una tutela en salud, o cada 34 segundos si se tienen en cuenta solamente los días hábiles.

En el informe también se evidencia que en general, las solicitudes más frecuentes en las tutelas están incluidas en el Plan de Beneficios en Salud, alcanzando el 85,32% del total de reclamaciones y aumentando 5,2 puntos porcentuales con relación al año 2018. Sin embargo, para el régimen contributivo el porcentaje fue más alto, alcanzando 99,48 % del total de solicitudes. El informe establece como recomendación a todos los actores del sistema: “Cumplir la Ley 1751 de 2015, por la cual se regula el derecho fundamental a la salud, y promover de manera permanente los derechos y deberes de los usuarios del sistema de Salud”. Concluyendo entonces que, pese a la legislación existente, no existen aún un mecanismo efectivo que garantice intervenir y tomar decisiones en tiempo real dentro del SGSSS, además de no contar con medidas de vigilancia, seguimiento, y control más rigurosas que permitan disminuir las barreras de tipo administrativo de acceso a la salud, las cuales violentan el derecho a la salud para todos.

Pese a las valoraciones optimistas que hacen referencia al sistema de salud colombiano como garante del derecho a la salud de las y los colombianos, por cuenta de tener una cobertura de aseguramiento del 98,4% (según cifras del Ministerio de Salud y Protección Social a mayo de 2021), las desigualdades en salud persisten. Una muestra de ello, es que las poblaciones con mayores Índices de Necesidades Básicas Insatisfechas (INBI), son quienes más padecen desnutrición, mortalidad por enfermedad diarreica aguda, y mortalidad por infección respiratoria aguda, además de las brechas de inequidad que existen en razón a la cobertura y atención oportunas entre la población urbana y rural.

*“El sector de la salud presenta los indicadores con menos diferencias entre las zonas urbanas y rurales, según la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), realizada por Profamilia en el 2015. No*





*obstante, la situación actual del país en torno al sector es crítica: el alto déficit financiero, la falta de cobertura global, los altos índices de mortandad y desnutrición infantil, las malas condiciones infraestructurales, las dificultades existentes con los profesionales de la salud, entre otros, son aspectos alarmantes que la nación debe enfrentar con políticas sociales inclusivas”.<sup>3</sup>*

Lo anterior encuentra explicación en el tipo de sistema de salud que se tiene para el país, el cual se basa en el modelo de aseguramiento, centrado en resultados económicos y no en resultados de salud, en donde la carga de la enfermedad va en aumento y la negación de servicios son el resultado de la racionalidad económica aplicada al sistema. Todo esto, se configura en una permanente vulneración del derecho a la salud.

### **3. BARRERAS ADMINISTRATIVAS EN SALUD Y VULNERACIÓN DE DERECHOS**

Existen tres dimensiones básicas que determinan la relación entre los usuarios de servicios y el sistema de salud: la política, el acceso potencial y el acceso real<sup>4</sup>.

La primera, se refiere a las acciones en cabeza del Estado que están dirigidas a mejorar el acceso a los servicios de salud, las cuales incluyen la organización del sistema de salud, y los recursos asignados al mismo; La segunda, hace referencia a las características propias del sistema de salud, y cómo estas dialogan con las características que hacen parte de los individuos (factores socio-económicos y sociodemográficos, estado de salud, entre otros.); La tercera dimensión, se refiere al uso efectivo de los servicios de salud y las experiencias que se tienen frente a estos<sup>5</sup>.

---

<sup>3</sup> Rendón A.J. A, Gutiérrez V. S; (2019); Brechas Urbano-Rurales. Las desigualdades rurales en Colombia; Revista Universidad de la Salle, Volume 2019, Number 82, Article 2, 2019-10-01.

<sup>4</sup> Aday L, & Andersen R. (1974). A framework for the study of access to medical care. Health Services Research 1974; 9(3):208-220.

<sup>5</sup> Beleño N.C, Martínez B.C., Clavijo D.C.; El impacto de la implementación de la Ley 1751 de 2015 en la accesibilidad actual a los servicios de salud en Colombia; Facultad de Ciencias Económicas, Administrativas, y Contables; Universidad Cooperativa de Colombia; 2018.







Pese a la amplia cobertura en aseguramiento en salud que tiene el país, el acceso efectivo y oportuno a los servicios de salud, continúa siendo una de las mayores dificultades que experimentan las y los usuarios del sistema de manera histórica.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el sistema de salud es un determinante de inequidad sanitaria. El impacto en el acceso oportuno a servicios de salud, puede tener efectos económicos, además de afectar el bienestar de las personas, la longevidad, la morbilidad, entre otros; las personas que se encuentran en peor situación socio-económica, y de mayor vulnerabilidad, por lo general, son quienes se ven más afectadas.<sup>6</sup>

Existen barreras de tipo administrativo, económicas, geográficas, y organizativas que aumentan la inequidad en salud.

Al respecto, se han identificado diversas barreras generadas por las EPS en relación al acceso a los planes de beneficios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), los cuales infringen el derecho a la salud contenido en la Constitución Política Colombiana.

Algunas de las barreras de acceso más destacadas en la parte administrativa son: Demoras en asignación de citas, caídas del sistema, no registro en bases de datos, negación del servicio, dilación en la atención, trabas burocráticas, demora y reprocesos para la generación de autorizaciones que no debería asumir el paciente<sup>7</sup>.

Esta negación o dilación para la prestación de servicios encuentra su explicación en la lógica en que prevalece el interés del lucro por encima de los resultados en salud. Es así, como la negación de los servicios en salud se emplea como mecanismo de contención de costos, afectando el bienestar de las personas, y obligándoles cada vez más a acudir a la acción de tutela como mecanismo para exigir su derecho a la salud.

---

<sup>6</sup> Lozano L. Barreras de acceso a los servicios de urgencias y su relación con las características sociodemográficas de la población; Villavicencio-Colombia, 2019.

<sup>7</sup> Hernández, J. M. R, Rubiano, D. P. R, & Barona, J. C. C, 2015





La Encuesta Nacional de Calidad de Vida (2019), evidenció que dentro de las razones por las cuales las personas que han enfrentado un problema de salud no han recibido o no han solicitado atención médica, se deben a barreras como la oportunidad de la cita, la calidad del servicio, la ubicación geográfica del centro de atención, y la cantidad de trámites que impiden el acceso a servicios médicos para 1 de cada 4 personas con problemas de salud.

Según cifras a 2020, el 97,8% de la población estaba cubierta por el sistema de salud. Sin embargo, las barreras que persisten para el acceso a servicios de salud, ocasionaron, por ejemplo, que en 2019 el 26% de las personas no recibieron o solicitaron atención médica debido a problemas como la oportunidad de la cita, la calidad del servicio, la ubicación geográfica del centro de atención, o la cantidad de trámites<sup>8</sup>.

Estudios han revelado que además de las dificultades mencionadas anteriormente que configuran barreras de acceso de tipo administrativo, también se encuentra el desconocimiento de la normatividad vigente por parte de los usuarios, lo cual ha ocasionado que no sean informados de la forma correcta, o sean manipulados. Debido a lo anterior, se hace necesaria una mayor socialización de las herramientas o normatividad vigente que informe a los usuarios acerca de los derechos que tienen dentro del sistema. Algunas de estas herramientas existentes son:

*“Ley 1122/2017 (Crea el defensor del usuario), Dec 4747/2007 (Prohíbe trasladar a los usuarios los trámites burocráticos para las autorizaciones ante las EPS); Ley 1438/2011 (prohíbe el cobro de multas para citas médicas); la Resolución 1552 (establece asignación de citas en menos de tres días hábiles); Circular externa 056 (define los tiempos de espera para citas médicas y/o especializadas); Circular 005/2012 (garantiza el acceso oportuno e integral, en todos los niveles, a la mujer durante la gestación, parto o puerperio); Norma 1604/2013 (establece la entrega de medicamentos en menos de 48 horas en el domicilio del usuario); entre otras”<sup>9</sup>.*

<sup>8</sup> Consejo privado de competitividad; Algunos desafíos del sistema de salud en Colombia; Febrero 27 de 2021; [https://compite.com.co/blog\\_cpc/algunos-desafios-del-sistema-de-salud-en-colombia/](https://compite.com.co/blog_cpc/algunos-desafios-del-sistema-de-salud-en-colombia/)

<sup>9</sup> Hernández JMR et al; Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana, 2013; *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6):1947-1958, 2015





## **PARTICIPACIÓN Y VEEDURÍA CIUDADANA EN SALUD**

La participación social en salud, ha sido una apuesta constitutiva del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano, en los principios establecidos por la ley 100 de 1993, se define como: “la intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto”. Es así que, en el diseño institucional, se han diseñado múltiples mecanismos para la participación de los usuarios en las diferentes instituciones que componen el sistema de salud.

Desarrollando lo establecido en esta ley, el Decreto 1757 de 1994 define la formas e instancias de la participación en salud, siendo estas: social, ciudadana y comunitaria. En este decreto, se le da relevancia a la creación de servicios de atención a los afiliados de EPS e IPS para canalizar y resolver las solicitudes ciudadanas. Este ejercicio pretendió ser reforzado dándole vocería a los afiliados de las EPS con la figura de Defensor del Paciente, introducida en la Ley 1122 de 2007.

Posteriormente, la Ley 1438 del 2011, ordenó en su artículo 136 que el Ministerio de Salud debía definir una Política Nacional de Participación en Salud. Pese a estas medidas, la participación en salud no ha logrado la suficiente capacidad para superar las barreras de acceso administrativo. La Ley 1751 de 2015, sin embargo, reconociendo la importancia de la participación en salud, la estableció dentro de los mecanismos de protección del derecho fundamental a la salud en su Artículo 12, definiendo su transversalidad en los diferentes niveles de toma de decisiones del sistema.

Pese a este Marco Normativo ¿Cuáles son las principales problemáticas de la Participación en Salud? El Marco Situacional de la Política Nacional de Participación en Salud, definida en la Resolución 2063 del 2017 ubica entre sus principales problemáticas: 1) La visión limitada al sistema, a la enfermedad y a los servicios, sin que se comprenda la Participación Social en Salud como un derecho que se articula al derecho a la salud y al bienestar; 2) El irrespeto a la autonomía de la ciudadanía, sus organizaciones, las formas y/o mecanismos de participación por parte de instituciones de salud, generando cooptación y limitando su capacidad de





incidencia; 3) La asimetría de poder que genera en las comunidades y líderes debilidad en relación con el poder de la institucionalidad en salud, lo que las pone en desventajas 4) La carencia de suficientes condiciones materiales (recursos financieros, logísticos, humanos, etc) para el ejercicio de la participación.

En esta perspectiva, se robustecen en el proyecto de ley los mecanismos de participación ciudadana, orientados específicamente a la solución de problemáticas concretas ligadas a barreras de acceso en salud, ligando la acción ciudadana con las funciones de la Superintendencia de Salud en un mecanismo nacional que permita seguimiento y toma de decisiones en tiempo real.

#### **4. MECANISMOS DE PENALIZACIÓN Y JUDICIALIZACIÓN PARA LA VULNERACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD**

La acción constitucional de tutela, resulta ser el mecanismo más utilizado por la ciudadanía para proteger sus derechos fundamentales, particularmente, en este caso el derecho a la salud y a la vida en condiciones de dignidad.

El segundo derecho a la salud para el año 2019, se tiene que se interpusieron 620.257 acciones por presuntas violaciones al derecho fundamental en mención, dicha cifra para ese periodo tuvo un incremento de 2,1% con relación al año 2018, y resulta ser una de las tasas más altas desde el año 1992, año en el que se reseña se presentaron las primeras acciones de tutela.

Dicha cifra antes mencionada, refleja un aumento en el uso del mecanismo constitucional, la información mencionada se obtiene en el estudio de los expedientes que fueron objeto de revisión por parte de la Corte Constitucional de Colombia de que trata el artículo 33 del Decreto 2591 de 1991.

Resulta del caso resaltar, que de conformidad con el Decreto de Tutela -2591 de 1991-, quedó normado en el artículo 31, que aquellos fallos que no fueran impugnados deberían ser enviados a la Corte Constitucional para su revisión; su finalidad, radica, en que con ese procedimiento se puede revocar o modificar el fallo, así como también unificar la jurisprudencia constitucional o hacer aclaraciones



**BANCADA  
COMUNES**



sobre el alcance de diversas normas, en cuyo caso deben estar plenamente motivadas.

La impugnación, es el mecanismo por medio del cual las partes manifiestan sus inconformidades respecto del fallo, tras considerarse que se incurrió en errores, de modo que, se constituye una garantía procesal al momento de administrar justicia.

A continuación, se puede observar en el gráfico el registro de tutelas en Colombia para el periodo 1992-2019:





Año	N.º de tutelas	Crecimiento anual %	N.º de tutelas por cada 10.000 habitantes	Crecimiento anual %
1992	10.732		3,02	
1993	20.181	88,05	5,57	84,48
1994	26.715	32,38	7,25	30,03
1995	29.950	12,11	7,99	10,28
1996	31.248	4,33	8,21	2,70
1997	33.663	7,73	8,71	6,15
1998	38.248	13,62	9,76	12,03
1999	86.313	125,67	21,72	122,56
2000	131.764	52,66	32,70	50,52
2001	133.272	1,14	32,65	-0,14
2002	143.887	7,96	34,82	6,62
2003	149.439	3,86	35,71	2,57
2004	198.125	32,58	46,76	30,95
2005	224.270	13,20	52,29	11,82
2006	256.166	14,22	59,02	12,86
2007	283.637	10,72	64,57	9,41
2008	344.468	21,45	77,50	20,01
2009	370.640	7,60	82,41	6,34
2010	403.380	8,83	88,64	7,56
2011	405.359	0,49	88,04	-0,68
2012	424.400	4,70	91,13	3,51
2013	454.500	7,09	96,45	5,84
2014	498.240	9,62	104,54	8,38
2015	614.520	23,34	127,49	21,95
2016	617.071	0,42	126,58	-0,71
2017	607.499	-1,55	123,25	-2,64
2018	607.308	-0,03	125,84	2,11
2019	620.257	2,10	125,57	-0,22

10

El indicador de número de acciones de tutela por cada 10.000 habitantes se observa en 125,57 acciones, frente a 125,84 de 2018. Dicha disminución del 0,22, según la Corte Constitucional se debe al descenso en el número de acciones constitucionales presentadas en contra de la Unidad para la Atención y Reparación a las víctimas,

<sup>10</sup> Fuente: Corte Constitucional / Proyecciones de población del DANE y Censo de 2018.  
Cálculos: Defensoría del Pueblo





más no a la disminución de la interposición de tutelas invocando el derecho fundamental a la salud.

Lo anterior, lleva a concluir que las medidas adoptadas por el Gobierno Nacional aún no surtieron el efecto requerido que se pretendía con la Sentencia T-760 de 2008, que consistía en la disminución de las tutelas. dicha situación se agrava con el incumplimiento de las sentencias por parte de los demandados, lo que conlleva a que se impulsen las acciones por desacato, que según la se ha visto, no cumplen con su finalidad, puesto que los administradores de justicia no cumplen con las sanciones tanto pecuniarias como de arresto que allí se imponen.

Por lo anterior, se resalta que con la presente iniciativa legislativa, se pretende eliminar las barreras administrativas que actualmente se presentan en el sistema de salud, reiterando la función de la Superintendencia Nacional de Salud, como ente de control, las sanciones penales descritas en la Ley 599 de 2000, y las sanciones impuestas con ocasión a los desacatos por incumplimiento en las decisiones que se profieran en atención al derecho al goce pleno de la salud y la vida en condiciones de dignidad.

## **5. ESTRUCTURA DEL PROYECTO DE LEY**

El presente proyecto de ley, contiene una serie de medidas concretas y frontales para la eliminación de barreras de acceso administrativo en perspectiva de garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, materializando el sentido de la Ley Estatutaria en Salud. En su conjunto, el proyecto aborda integralmente las dimensiones de coordinación interinstitucional, política pública, participación ciudadana y acción judicial en un paquete robusto de medidas para enfrentar la vulneración sistemática del derecho a la salud.

En esa dirección crea una instancia interinstitucional denominada Comité Nacional de la política Pública del Goce Efectivo del derecho a la salud para evaluar y orientar la política pública explícitamente en perspectiva de garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, en esta instancia se fortalece la participación ciudadana en salud, dando relevancia a sus informes y solicitudes respecto al desempeño del sistema.







El proyecto retoma los avances conceptuales frente a la comprensión de la salud como un fenómeno determinado socialmente y por ende multidimensional, creando el Consejo Nacional de Determinantes Sociales de la Salud con participación directa de sectores académicos de presencia regional y nacional que garantizan capacidad técnica y conexión con las realidades de los diferentes territorios.

De la misma manera, el proyecto de ley, asume de manera frontal medidas drásticas para sancionar y prevenir el desacato al mecanismo judicial de la tutela, infortunadamente perpetuado en el sistema de salud. Para esto establece penas efectivas a quienes en contravía del orden jurídico vigente nieguen tratamiento y establezcan barreras al goce efectivo del derecho a la salud. Finalmente se crea un Sistema de participación ciudadana coordinado por la Superintendencia Nacional de Salud, para evaluar y tomar correctivos inmediatos que garanticen la oportunidad y el acceso a los servicios requeridos por los ciudadanos.

## **6. DECLARACIÓN DE POSIBLES CONFLICTOS DE INTERÉS**

Conforme al artículo 3 de la ley 2003 de 2019, que modificó el artículo 291 de la ley 5 de 1992, en el que se estableció que el autor del proyecto y el ponente presentarán en la exposición de motivos un acápite que describa las circunstancias o eventos que podrán generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto, se considera que el presente proyecto de ley, en principio, no genera conflictos de interés en atención a que se no genera un beneficio particular, actual y directo a los congresistas, de conformidad con lo establecido en el artículo 1 de la Ley 2003 de 19 de noviembre de 2019; sino que, por el contrario, se trata de una modificación de normas de carácter general.





**PROYECTO DE LEY No \_\_\_\_ DE 2022**

***“Por medio del cual se reglamentan algunos aspectos de la Ley 1751 de 2015 con el fin de eliminar barreras para el acceso efectivo al derecho a la salud, se fortalece el mecanismo de tutela en esta materia y se dictan otras disposiciones”***

**EL CONGRESO DE COLOMBIA  
DECRETA:**

**Artículo 1. Objeto.** La presente Ley tiene por objeto reglamentar las disposiciones de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 encaminadas a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, eliminar barreras administrativas y fortalecer los mecanismos de vigilancia y control. Asimismo, se busca garantizar la aplicación efectiva de los elementos y principios del derecho fundamental a la salud establecidos en el artículo 6 de la Ley Estatutaria de Salud.

**Artículo 2. Comité Nacional de la política Pública del Goce Efectivo del derecho a la salud.** En desarrollo del artículo 7 de la Ley 1571 de 2015, crease el Comité Nacional de la Política Pública del Goce Efectivo del Derecho a la Salud cuya función principal será publicar una evaluación anual de las EAPB, IPS y EPS sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de los elementos esenciales de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad.

**Parágrafo 1.** Para la construcción de dicho informe el Comité podrá recibir conceptos de cualquier entidad u organización de la sociedad civil que para el efecto sean radicados en el Ministerio de Salud y Protección Social. Con base en los resultados de dicha evaluación se emitirán recomendaciones que serán vinculantes para el Gobierno Nacional para diseñar e implementar políticas públicas tendientes a mejorar las condiciones de salud de la población.





**Parágrafo 2.** El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social en un plazo de cuatro (4) meses a partir de la entrada en vigencia de esta Ley, reglamentará el funcionamiento de este Comité.

**Artículo 3. Conformación.** El Comité estará conformado por:

- a. El Ministerio de Salud y Protección Social, quien presidirá;
- b. Un delegado de la Procuraduría Delegada para la Salud, la Protección Social y el Trabajo Decente;
- c. Un (1) delegado de la Defensoría del Pueblo;
- d. Un (1) delegado de las organizaciones sectoriales de personeros municipales;
- e. Un (1) delegado de la superintendencia de salud;
- f. Tres (3) delegados de las asociaciones de usuarios;
- g. Tres (3) delegados de organizaciones de pacientes con enfermedades de alto costo;
- h. Un (1) delegado de la Rama Judicial;
- i. Un (1) delegado de las veedurías en salud;

**Artículo 4. Consejo Nacional de Determinantes Sociales de la Salud.** En desarrollo del artículo 9 de la Ley 1571 de 2015, créase el Consejo Nacional de Determinantes Sociales de la Salud, como órgano consultivo obligatorio para la formulación de políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que inciden en el goce efectivo de este mismo derecho, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Este mecanismo identificará situaciones o políticas de otros sectores que tienen un impacto directo en los resultados en salud y determinará los procesos para que las autoridades del sector salud participen en la toma de decisiones conducentes al mejoramiento de dichos resultados. Dicho Consejo será integrado por las Facultades, Escuelas, Institutos, Departamentos de Salud Pública y /o instituciones de educación superior que impartan formación de pregrado y posgrado y realicen investigación en Salud Pública.





**Parágrafo.** El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social en un plazo de cuatro (4) meses a partir de la entrada en vigencia de esta Ley, reglamentará el funcionamiento de este Consejo.

**Artículo 5. Agréguese un párrafo al artículo 52 del del Decreto 2591 de 1991, así:**

**Parágrafo.** Si con el desacato se pone en riesgo el derecho fundamental a vida y a la salud, el juez impondrá la máxima sanción en cuanto arresto y multa se refiere este artículo.

**Artículo 6. Adiciónese dos (2) artículos nuevos al Capítulo Séptimo del Título I, del Libro Segundo del Código Penal, contenido en la Ley 599 de 2000, así:**

**Artículo 131A. Negativa, retraso u obstaculización de acceso a servicios de salud.** El que niegue, retrase u obstaculice el acceso a servicios de salud, o tecnologías contemplados en los planes obligatorios de salud, o no excluidos expresamente, por acción u omisión, incurrirá, por ese sólo hecho y sin perjuicio de la pena que le corresponda por los demás delitos que se ocasionen con esta conducta, en prisión de cuarenta y ocho (48) meses a noventa y seis (96) meses.

**Artículo 131B. Circunstancias de agravación punitiva.** Las penas previstas para el delito descrito en el artículo anterior se aumentarán de una tercera parte a la mitad, cuando la conducta se cometa:

- a. Mediante tratos crueles o degradantes, o cualquier medio que atente contra la dignidad humana.
- b. En sujetos de especial protección constitucional.
- c. Si la calidad de quien comete el ilícito coincide con un miembro directivo o un cargo de confianza y dirección.
- d. En desacato de una sentencia judicial.
- e. Sometiendo a la persona a cargas administrativas o burocráticas que les corresponde asumir a los encargados o intervinientes en la prestación del servicio.



- f. Por un servidor público.
- g. En el marco del servicio de Urgencias.

**Artículo 7. adiciónese un párrafo al Artículo 2 Ley 1438 de 2011, el cual quedará así:**

**Parágrafo:** las medidas que se mencionan en el inciso anterior podrán incluir desde la aplicación de multas, hasta sanciones de tipo económico para aquellas EAPB que incumplan de forma reiterada a través de la negación de servicios y tratamientos de forma oportuna que configuren una barrera de acceso a salud.

**Artículo 8. Adiciónese un párrafo al Artículo 27 de la Ley 1438 de 2011, el cual quedará así:**

**Parágrafo:** La superintendencia Nacional de Salud emitirá un informe público con periodicidad anual en el cual relacionará las juntas técnica-científicas desarrolladas en este tiempo, así como las solicitudes aprobadas y rechazadas, y la causal del rechazo.

**Artículo 9. agréguese un numeral al artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, modificado por la Ley 1949 de 2019, de la siguiente manera:**

**22.** Negar o presentar demoras sin justa causa, o que se reduzcan a razones económicas, para el acceso a servicios de consulta por medicina especializada, tratamientos, medicamentos y demás asistencias necesarias para el diagnóstico y atención oportuna de toda aquella enfermedad que puedan afectar el bienestar y la morbilidad del paciente.

**Artículo 10. Sistema de participación ciudadana:** En cabeza de la superintendencia delegada para la protección de los usuarios, se creará el sistema de participación ciudadana, el cual será de libre acceso, con posibilidad de toma de





decisiones y medidas correctivas en tiempo real, y con criterios de transparencia e información de carácter público.

**Artículo 11. Mecanismo de garantía de acceso a servicios de salud en lugar diferente al domicilio.** En los casos en los que no exista la oferta adecuada de IPS en los territorios, las EPS deberán reconocer al paciente el valor del desplazamiento y demás gastos que se generen por concepto de traslado y estadía para consultas especializadas y ayudas diagnósticas especializadas. La superintendencia nacional de salud, será la encargada de vigilar que este tipo de gastos sean cubiertos por parte de las EPS en un plazo no mayor a 1 mes, y que sean reintegrados a la IPS responsable de prestar el servicio. (según lo contemplado en el art. 2 de la Ley estatutaria de salud y la sentencia T-259 de 2019).

**Parágrafo:** En los seis (6) meses siguientes a la promulgación de esta Ley, el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará este mecanismo.

**Artículo 12.** En un plazo no mayor a seis (6) meses a partir de promulgada la presente ley, las EAPB en conjunto con el Ministerio de Salud y Protección Social, diseñarán estrategias comunicativas en las que se dé a conocer a los pacientes los plazos adecuados para acceder a consulta especializada, condiciones para el acceso y/o negación de tratamientos y medicamentos, y demás aspectos que hacen parte de la normatividad vigente; los cuales que hablan de la obligatoriedad para la garantía en calidad y oportunidad de los servicios de salud.

**Artículo 13. Vigencia y derogatorias.** La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

De los honorables congresistas,

**LUIS ALBERTO ALBÁN URBANO**  
Representante a la Cámara  
Partido Comunes

**OMAR DE JESÚS RESTREPO**  
Senador de la República  
Partido Comunes



**BANCADA  
COMUNES**



**JULIÁN GALLO CUBILLOS**

Senador de la República  
Partido Comunes

**PABLO CATATUMBO TORRES**

Senador de la República  
Partido Comunes

**SANDRA RAMÍREZ**

Senadora de la República  
Partido Comunes

**CARLOS ALBERTO CARREÑO**

Representante a la Cámara  
Partido Comunes

**JAIRO REINALDO CALA**

Representante a la Cámara  
Partido Comunes

**IMELDA DAZA COTES**

Senadora de la República  
Partido Comunes

**PEDRO BARACUTAO**

Representante a la Cámara  
Partido Comunes

**GERMÁN GÓMEZ**

Representante a la Cámara  
Partido Comunes