

Bogotá, 2025

Doctor

JULIAN LOPEZ

Presidente de la Cámara de Representantes de
Colombia

Doctor

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

Secretario General Cámara

de Representantes

Asunto: Radicación del Proyecto de Ley “Por medio del cual garantizar el derecho fundamental a la salud, la financiación adecuada y prioritaria de la promoción, prevención y atención de salud para la infancia y adolescencia, estableciendo subsidios de oferta y demanda y tarifas diferenciadas para los servicios obstétricos, pediátricos y neonatales, y promoviendo la creación de códigos específicos para el tratamiento de las gestantes, los recién nacidos, niños, niñas y adolescentes.”

Apreciado señor secretario.

Con toda atención me permito presentar ante la Honorable Cámara de Representantes el Proyecto de Ley “Por medio del cual garantizar el derecho fundamental a la salud, la financiación adecuada y prioritaria de la promoción, prevención y atención de salud para la infancia y adolescencia, estableciendo subsidios de oferta y demanda y tarifas diferenciadas para los servicios obstétricos, pediátricos y neonatales, y promoviendo la creación de códigos específicos para el tratamiento de las gestantes, los recién nacidos, niños, niñas y adolescentes.”



Olga Lucía Velásquez

Representante a la Cámara por Bogotá Partido Alianza Verde

PROYECTO DE LEY NO. ____ DE 2025

“Por medio del cual garantizar el derecho fundamental a la salud, la financiación adecuada y prioritaria de la promoción, prevención y atención de salud para la infancia y adolescencia, estableciendo subsidios de oferta y demanda y tarifas diferenciadas para los servicios obstétricos, pediátricos y neonatales, y promoviendo la creación de códigos específicos para el tratamiento de las gestantes, los recién nacidos, niños, niñas y adolescentes.”

Artículo 1. Objeto de la Ley. La presente ley tiene como objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, la financiación adecuada y prioritaria de la promoción, prevención y atención de salud para la infancia y adolescencia, estableciendo subsidios a la oferta y la demanda y tarifas diferenciadas para los servicios obstétricos, pediátricos y neonatales, y promoviendo la creación de códigos específicos para el tratamiento de las personas gestantes los recién nacidos, niños, niñas y adolescentes.

Artículo 2. Financiación Preferencial y Sostenibilidad de los Servicios. Con el fin de garantizar la salud de la persona gestante y del recién nacido, y como parte de las acciones afirmativas que se requieren para garantizar el derecho preferente a la salud de esta población de los niños, niñas, adolescentes y gestantes, el Estado otorgará una proporción prioritaria de los recursos destinados a la financiación de la atención en salud de esta población, con especial atención a los servicios obstétricos, perinatales, neonatales y pediátricos. Esta asignación privilegiada de recursos tiene como objetivo garantizar la calidad y la accesibilidad de los servicios médicos para esta población, especialmente en aquellas áreas rurales y de difícil acceso en el país. Para este propósito, el Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, implementará un esquema integral de estrategias económicas que aseguren la sostenibilidad financiera de los servicios obstétricos y perinatales, el cual incluirá como mínimo:

1. Analizar y determinar las contribuciones y/o impuestos que permitan garantizar el subsidio a la oferta necesario para la prestación de servicios de salud en neonatología, obstetricia, pediatría y demás servicios aplicables a la atención de niños, niñas y adolescentes.
2. La creación de un fondo especial de estabilización económica para unidades obstétricas y perinatales, destinado a cubrir déficits operativos, priorizando aquellas en riesgo de cierre o ubicadas en zonas rurales, dispersas y de difícil acceso.
3. La implementación de incentivos financieros a instituciones de salud que mantengan o expandan su oferta de servicios obstétricos y perinatales de alta calidad mediante subsidios a la oferta.
4. La adopción de contratos diferenciales con las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que reconozcan tarifas diferenciales de la atención obstétrica y perinatal, en concordancia con los estándares internacionales de sostenibilidad y cobertura.

Artículo 3. Créditos blandos a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. El Gobierno Nacional establecerá los requisitos y procedimientos para que a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), sean públicas, privadas o mixtas, accedan a créditos blandos con tasas compensadas, destinados a saneamiento financiero, estabilización y permanencia en el

Sistema de Salud.

Parágrafo 1. Se dará prioridad a aquellas instituciones que acrediten afectaciones financieras comprobadas derivadas de la liquidación o el proceso de liquidación de Entidades Promotoras de Salud (EPS) y que mantengan habilitados los servicios de pediatría, neonatología, cuidado intensivo pediátrico y / o obstetricia. Parágrafo 2. El Gobierno Nacional reglamentará la destinación, condiciones y mecanismos de control de estos créditos, asegurando criterios de transparencia, eficiencia y equidad en su otorgamiento.

Artículo 4. Modifíquese el artículo 2 de la Ley 1608 de 2013, el cual quedara así: “Artículo 2°. Uso de los Recursos de Saldos de las Cuentas Maestras. Los saldos de las cuentas maestras del régimen subsidiado de salud podrán usarse conforme a la prioridad de usos que se señala a continuación siempre y cuando no sean requeridos para garantizar los compromisos y contingencias derivados del Régimen Subsidiado de Salud: 1. Para asumir el esfuerzo propio a cargo de los municipios y distritos, que se deba aportar en la cofinanciación del Régimen Subsidiado de Salud, independiente de la vigencia de causación. Estos recursos se girarán directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, priorizando la destinación a cubrir la atención de personas gestantes, niños, niñas y adolescente mediante un subsidio a la oferta por cama habilitada disponible de los servicios de neonatología, pediatría y obstetricia. Para tal efecto el Ministerio de salud y protección social determinará en un máximo de 6 meses un estudio técnico para establecer el valor de dicha disponibilidad teniendo en cuenta las diferencias regionales. Tal estudio deberá contar con la participación de las organizaciones médicas especializadas en la atención pediátrica y obstétrica como en aquellas asociaciones sindicales del nivel nacional que agrupan este grupo de profesionales de salud. 2. En el pago de pasivos de Empresas Sociales del Estado a cargo de las entidades territoriales. Se deberán pagar en primera instancia las deudas con el talento humano en salud especializado en obstetricia, pediatría y especialidades pediátricas. 3. En la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el marco de la organización de la red de prestación de servicios, con énfasis en los servicios de obstetricia, pediatría, perinatología y unidades de cuidado intensivo perinatal”.

Artículo 5. Modifíquese el artículo 3° de la Ley 1797 de 2016, el cual quedará así: “Artículo 3. Destinación de los excedentes resultantes del proceso de saneamiento de aportes patronales financiados con recursos del situado fiscal y del Sistema General de Participaciones. Los recursos excedentes resultantes del proceso de saneamiento de aportes patronales, de que trata el artículo 85 de la Ley 1438 de 2011, correspondientes a las vigencias 1994 a 2016, financiados con recursos del Situado Fiscal y del Sistema General de Participaciones se destinarán, si las entidades territoriales lo consideran pertinente, al pago de la deuda por conceptos de servicios y tecnologías en salud prestados a la población migrante no afiliada, la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, y de no existir deudas por estos conceptos al saneamiento de deudas laborales de las Empresas Sociales del Estado, entre otros pasivos de estas entidades que requieran ser saneados para garantizar su operación, de acuerdo con lo que defina la respectiva entidad territorial. En todo caso, se hará con énfasis

en los servicios de obstetricia, pediatría, perinatología y unidades de cuidado intensivo perinatal. Los recursos excedentes que no fueron saneados y que se encuentren en poder de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), de las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), de las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), de las Entidades Administradoras de Pensiones y de las Administradoras de Fondos de Cesantías (AFC) serán girados a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES); estos recursos, junto con los que por este concepto tenga la ADRES, serán distribuidos entre los departamentos y distritos, conforme a los criterios definidos por el Ministerio de Salud y de Protección Social y se destinarán a los mismos conceptos previstos en el inciso anterior. En todo caso, se hará con énfasis en los servicios de obstetricia, pediatría, perinatología y unidades de cuidado intensivo perinatal”.

Artículo 6. Modifíquese el artículo 21 de la Ley 1797 de 2016, el cual quedara así: “Artículo 21. Usos de los recursos excedentes del sector salud. Con el fin de priorizar las necesidades en el saneamiento del sector salud se podrá disponer de los siguientes recursos: 1. Los excedentes y saldos no comprometidos en el uso de recursos de oferta de salud del Sistema General de Participaciones a 31 de diciembre de 2019 se destinarán para el pago de deudas por prestación de servicios de salud de vigencias anteriores, el pago de las deudas de la atención de urgencia de la población migrante no afiliada a cargo de los departamentos y distritos y, de no existir estas deudas, al pago de pasivos de las Empresas Sociales del Estado. En el caso de que el municipio haya perdido la competencia para administrar los recursos de prestación de servicios de salud o de no presentar deudas por concepto de prestación de servicios de vigencias anteriores, dichos saldos serán girados al departamento para financiar las actividades definidas en este numeral, con énfasis en los servicios de obstetricia, pediatría, perinatología y unidades de cuidado intensivo perinatal.

2. Los recursos recaudados de la estampilla prosalud de que trata el artículo 1o de la Ley 669 de 2001, se podrán destinar para el pago de las deudas por servicios y tecnologías de salud sin cobertura en el POS, prestados a los afiliados al régimen subsidiado de salud. Los recursos no ejecutados y/o los excedentes financieros podrán utilizarse para los mismos fines, distritos y, de no existir estas deudas, al saneamiento fiscal y financiero de las Empresas Sociales del Estado”.

Artículo 7. Cierre de Unidades Neonatales y Pediátricas. Con el fin de evitar el cierre de unidades de atención neonatal y pediátrica, en un plazo no mayor a seis (6) meses contados a partir de la vigencia de la presente ley, el Estado implementará políticas de sostenibilidad financiera que incluya incentivos fiscales y financieros, fijación de tarifas preferenciales y compensaciones que reconozcan el alto costo operativo y la baja rentabilidad de estos servicios y que promuevan la viabilidad económica de estas unidades, tanto en el sector público como privado. Estas políticas deberán garantizar que todos los niños, niñas y adolescentes, independientemente de su lugar de residencia, tengan acceso a una atención especializada de calidad.

Parágrafo. El cierre de unidades de atención neonatal y pediátrica en instituciones públicas o privadas, únicamente podrá autorizarse mediante acto administrativo motivado expedido

por la autoridad sanitaria competente, previa verificación de que la medida no afectará la garantía del derecho fundamental a la salud de los niños, niñas y adolescentes en el territorio. En todo caso, deberá demostrarse la existencia de una red alterna de servicios perteneciente a la EPS que asegure continuidad, oportunidad y calidad en la atención en el mismo territorio.

Artículo 8. Atención Preferente por Personal Especializado. Los niños, niñas y adolescentes deberán recibir atención preferente y obligatoria de personal médico y paramédico con entrenamiento y formación específicos en salud infantil y adolescente, garantizando que los tratamientos sean adecuados para cada etapa del desarrollo. Los profesionales de la salud deberán estar capacitados en el diagnóstico, tratamiento y manejo de enfermedades pediátricas, neonatales y de salud mental infantil. Además, las instituciones de salud deberán contar con la tecnología más avanzada disponible para garantizar la precisión en los diagnósticos y la eficacia en los tratamientos.

Artículo 9. Actualización de guías de práctica clínica, lineamientos o protocolos para la atención integral en salud materna y pediátrica. El Ministerio de Salud y Protección Social liderará los procesos para la actualización continua y permanente de las Guías de Práctica Clínica, protocolos y lineamientos, con base en buenas prácticas para el sistema de salud colombiano, con énfasis en la población materna y pediátrica. Para esto podrá, en virtud de los cambios al sistema que se derivan de la presente Ley, convocar a diferentes actores del sistema de salud incluyendo representantes de la academia, sociedades científicas, entidades gremiales, instituciones prestadoras de servicios de salud y pacientes.

Artículo 10. Creación de Códigos Específicos de Atención. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá códigos de atención específicos para los tratamientos de los recién nacidos, niños, niñas y adolescentes, que permitan un monitoreo más efectivo de la calidad de la atención y de los recursos destinados a cada población. Estos códigos deberán estar alineados con los estándares internacionales de atención pediátrica, y se deberá asegurar su implementación efectiva a nivel nacional, con una especial atención en las zonas más vulnerables.

Artículo 11. Protección Especial para Niños, niñas y adolescentes con Enfermedades Huérfanas. Los niños, niñas y adolescentes con enfermedades huérfanas serán atendidos de manera integral y prioritaria, tal como lo establece la Ley 1392 de 2010 y las normas posteriores que la modifiquen o sustituyan. El Ministerio de Salud y Protección Social implementará programas específicos para garantizar el acceso a diagnóstico, tratamiento y seguimiento, sin discriminación ni barreras económicas y con el uso racional y pertinente de recursos económicos. Asimismo, se promoverá la colaboración con organizaciones internacionales para la investigación y desarrollo de tratamientos para enfermedades raras que afecten a la población infantil y adolescente. Parágrafo. En el marco de la prevención de la morbilidad infantil y adolescente, se asignarán incentivos a los centros de referencia, en virtud de la Resolución 651 del 2018 y las normas posteriores que la modifiquen o sustituyan, que garanticen estándares de calidad en la atención de pacientes con enfermedades huérfanas. Dichos incentivos estarán condicionados al cumplimiento de indicadores de

gestión, tales como la disminución de la mortalidad y la morbilidad, la mejoría en la calidad de vida, reducción de discapacidad, disminución en la consulta a urgencias y hospitalizaciones por complicaciones prevenibles. Los recursos asignados tendrán como propósito asegurar una atención integral, humanizada y de alta calidad, con énfasis en la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes con enfermedades huérfanas dentro del sistema de salud.

Artículo 12. Inversión en Salud Preventiva Infantil. Se priorizarán los programas de salud preventiva dirigidos a la infancia y adolescencia, con énfasis en la promoción de hábitos saludables, vacunación, salud mental y bienestar emocional. El Ministerio de Salud, en conjunto con las entidades territoriales, coordinará campañas educativas para sensibilizar a la población sobre la importancia de la salud en los primeros años de vida. Estas campañas deberán diseñarse e implementarse, en virtud del principio de corresponsabilidad de que trata el artículo 10° de la Ley 1098 de 2006 y las normas posteriores que la modifiquen o sustituyan, en coordinación con instituciones educativas, organizaciones comunitarias, familias, asociaciones científico-gremiales y otros actores del entorno de los niños, niñas y adolescentes, asegurando la inclusión de enfoques diferenciales por edad, género, pertenencia étnica y condición de discapacidad.

Artículo 13. Reducción de la Mortalidad materna, infantil y adolescente. El Estado implementará estrategias para reducir la mortalidad materna, infantil y adolescente en el país, así como la atención de la población de gestantes, neonatos y población pediátrica garantizando una atención prenatal de calidad, la mejora de los servicios de atención prenatal y del parto, y la disponibilidad de atención médica de emergencia en áreas rurales y apartadas. Se dará prioridad a la atención a las personas gestantes, niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad.

Artículo 14. Inclusión de la Salud obstétrica, infantil y adolescente en los Planes de Desarrollo Territorial. Las autoridades locales deberán incorporar estrategias de salud en sus Planes de Desarrollo Territoriales (PDT), destinando recursos suficientes para garantizar el acceso a la atención en salud, incluyendo objetivos claros para la mejora de la infraestructura y la calidad de la atención obstétrica, infantil y adolescente, así como la inclusión del enfoque en salud mental de la Ley 2460 de 2025 y las normas posteriores que la modifiquen o sustituyan.

Artículo 15. Plan Nacional para el Fortalecimiento del Talento Humano en Salud Infantil y Adolescente. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Ministerio de Educación Nacional y las asociaciones científico-gremiales, diseñará e implementará un plan nacional para la formación, actualización, contratación, permanencia, garantía de pago oportuno y condiciones laborales dignas del personal especializado en salud materna, infantil y adolescente, priorizando zonas rurales, dispersas y de difícil acceso, implementando incentivos económicos, académicos y de bienestar dirigidos al talento humano en salud que desempeña sus funciones en estas áreas.

Parágrafo 1. Formalización laboral en las ESE. Las ESE o la entidad que haga sus veces vincularán laboralmente a personas que desarrollen actividades misionales, propias y permanentes a la entrada en vigencia de la presente Ley, siempre que sea voluntad expresa de quien presta los servicios de salud. Esta vinculación se realizará en concordancia con la formalización del empleo público y bajo los criterios de meritocracia y vocación de permanencia establecidos en el artículo 82 de la Ley 2294 de 2023 (Plan Nacional de Desarrollo 2022 – 2026), priorizando los trabajadores más antiguos y los vinculados a los servicios de maternidad y pediatría, sin importar la modalidad de vinculación previa.

Artículo 16. Coordinación con Organizaciones Internacionales. Colombia fortalecerá su cooperación con organismos internacionales, como la OMS, UNICEF y otros relacionados con la salud infantil, con el fin de adoptar las mejores prácticas en la atención de la infancia y adolescencia y asegurar la optimización de los recursos destinados a estos servicios.

Artículo 17. Seguimiento, evaluación y rendición de cuentas en salud infantil y adolescente. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá implementar un sistema nacional de seguimiento y evaluación anual sobre la calidad, cobertura, oportunidad y financiamiento de los servicios de salud materna, infantil y adolescente. Este informe será público y se presentará a la ciudadanía. Indicadores trazadores mortalidad perinatal, obstétrica, enfermedades crónicas prevenibles en menores, otros indicadores

Artículo 18. Vigencia. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga las disposiciones legales que le sean contrarias.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS La infancia y la adolescencia son las etapas más críticas para el desarrollo integral de cualquier ser humano. De la salud de los niños, niñas y adolescentes depende el futuro de la nación. Sin embargo, desde hace más de una década, en Colombia se ha venido presentando una creciente preocupación: el cierre de unidades de atención neonatal y pediátrica, especialmente en el sector privado, debido a la baja rentabilidad de estos servicios. Este fenómeno ha tenido como resultado un déficit en la cobertura de atención médica infantil, afectando la calidad de vida de los más pequeños y aumentando la desigualdad en el acceso a la salud. El Sindicato Nacional de Pediatría (SICOLPED) ha documentado desde 2020 el cierre de unidades pediátricas, de gineco-obstetricia y de cuidados intensivos pediátricos. Estos cierres repercuten negativamente en la cobertura y calidad de la atención infantil: el sindicato señala que provocar demoras, negación de servicios y congestión de urgencias, con riesgo para el derecho fundamental a la salud de los niños, niñas y adolescentes. A su vez, en la actualidad hay alrededor de 9.604 camas de hospitalización general pediátrica, cuando la OMS estima que debería haber unas 30.000 camas (2,5 por mil habitantes), condición que no se cumple en el país, existiendo un déficit de más de 20.000. La Constitución Política de Colombia, en el artículo 44 establece que los derechos de los niños son derechos fundamentales, y que gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales

ratificados por Colombia. En este sentido, la Convención de los Derechos de los Niños, ratificada a través de la Ley 12 de 1991, se convierte en el marco jurídico más importante para la protección de los menores de 18 años, en donde además se establece el interés superior de los niños y niñas, que traduce en que “... todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño”. Por otro lado, El Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, en su observación general sobre el derecho del niño a la salud, recomienda a los Estados partes que: a) Legislen la asignación de una parte determinada del gasto público a la salud del niño y creen un mecanismo de acompañamiento que permita una evaluación sistemática e independiente de dicho gasto; b) Cumplan el gasto mínimo en salud por habitante recomendado por la Organización Mundial de la Salud y den prioridad a la salud del niño en las asignaciones presupuestarias; c) Aseguren la visibilidad de la inversión en la infancia en el presupuesto estatal mediante una recopilación detallada de los recursos que se le asignan y se gastan; y d) Pongan en marcha un sistema de seguimiento y análisis presupuestario basado en los derechos, así como evaluaciones del impacto infantil relativas a la forma en que las inversiones, especialmente en el sector de la salud, pueden redundar en el interés superior del niño. Por último, el Comité en sus últimas observaciones a Colombia en el 2015 expresó su preocupación por lo siguiente: a) La legislación y las políticas sanitarias se aplican de forma deficiente; b) Las tasas de mortalidad infantil y materna siguen siendo muy elevadas, especialmente entre las poblaciones rurales, indígenas y afrocolombianas; c) A los niños que no están registrados en un proveedor de servicios de salud a menudo se les niegan los servicios de atención médica; d) El 20% de la población infantil no ha recibido todas las vacunas programadas; e) La desnutrición crónica persiste, en particular entre los niños indígenas y afrocolombianos; f) La lactancia materna exclusiva disminuyó en 2010 y persisten prácticas inadecuadas de alimentación infantil. Además, recomienda que Colombia debe: a) Garantizar la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud para todos los niños, en particular los niños de zonas rurales, indígenas y afrocolombianos, mediante la asignación de recursos adecuados y la supervisión de la aplicación de las políticas pertinentes, (...) e) Fortalecer los recursos administrativos para los niños cuyo derecho a la salud haya sido vulnerado. Por otra parte, téngase en cuenta que, además de la Constitución Política, existen leyes que promueven la protección del derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes, dentro de las cuales se encuentra la Ley 1751 de 2015, en cuyos elementos y principios del derecho fundamental a la salud se distingue la prevalencia de los derechos de los NNA, en virtud de la cual se obliga al Estado a “implementar medidas concretas y específicas para garantizar la atención integral a niñas, niños y adolescentes” y a formularlas de acuerdo con los ciclos vitales: “prenatal hasta seis (6) años, de los siete (7) a los catorce (14) años, y de los quince (15) a los dieciocho (18) años”. (artículo 6, literal f). Así mismo, el artículo 11 incluye a los NNA como sujetos de especial protección. Por último, el artículo 27 de la Ley 1098 de 2006 señala como derecho de los NNA la salud integral, la cual incluye “un estado de bienestar físico, psíquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad”. La falta de inversión adecuada en los servicios de salud para niños, niñas y adolescentes compromete el acceso a atención especializada. Además, la natalidad infantil en Colombia ha mostrado una tendencia a la baja, lo que hace aún más urgente la necesidad de garantizar

que cada niño reciba atención médica oportuna y de calidad. Enfoque: Este proyecto de ley propone una solución integral: establecer una financiación preferencial para los servicios de salud infantil, garantizando que los recursos destinados a la atención pediátrica sean en proporciones superiores a los actualmente destinados. De esta manera, se busca priorizar la atención de los niños, niñas y adolescentes en el sistema de salud, asegurando que el país invierta en el futuro de sus generaciones. Además, se hace énfasis en la creación de códigos de atención específicos para el tratamiento de recién nacidos, niños, niñas y adolescentes, y se reitera el valor de la inversión en salud infantil, respaldada por la afirmación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de que cada dólar invertido en un niño genera un retorno de 17 dólares para la sociedad.

1. OBJETO DEL PROYECTO La presente ley tiene como objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, la financiación adecuada y prioritaria de la promoción, prevención y atención de salud para la infancia y adolescencia, estableciendo subsidios de oferta y demanda y tarifas diferenciadas para los servicios obstétricos, pediátricos y neonatales, y promoviendo la creación de códigos específicos para el tratamiento de las gestantes, los recién nacidos, niños, niñas y adolescentes.

2. MARCO JURÍDICO DEL PROYECTO DE LEY

a. Constitución Política de Colombia. La Constitución Política de Colombia, en su artículo 44, señala como derechos fundamentales de los niños la vida y la salud. Así mismo, gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. Señala a su vez 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” y que tales derechos prevalecen sobre los de los demás, lo que obliga al Estado, la Sociedad y la familia a protegerlos de manera prioritaria. El artículo 13 de la Constitución Política consagra el principio de igualdad, que obliga al Estado a adoptar medidas positivas en favor de los grupos especialmente protegidos, como la infancia y la adolescencia. A su vez, el artículo 49 que consagró la salud como un servicio público a cargo del Estado, que debe garantizar el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, servicio que posteriormente fue incluido y reconocido por la Sentencia C-313/2014 de la Honorable Corte Constitucional como derecho fundamental autónomo, en el cual prevalece el principio pro-homine como centro del derecho, por encima de cualquier otro interés. Posteriormente con base en la sentencia C-313 de 2014 el derecho es normado en el artículo 2 de la Ley Estatutaria de salud 1751 de 2015 en la cual se ratifica su carácter de derecho fundamental autónomo, irrenunciable en lo individual y colectivo que comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, mejoramiento y la promoción en salud. La Ley Estatutaria señala además en su artículo 6. El Estado garantizará la atención preferente y diferencial a las personas y grupos en situación de vulnerabilidad, entre ellos: los niños, niñas y adolescentes, las mujeres gestantes....”. En esta sentencia la Corte Constitucional reiteró el principio de prevalencia de los derechos de los niños conforme al artículo 44 de la Constitución Política y señaló en materia de salud: “ los niños, niñas y adolescentes tienen un derecho prevalente a recibir atención oportuna en salud, integral y de calidad y el Estado debe adoptar medidas afirmativas para garantizarlo (C-313 de 2014, fundamento jurídico 6.5). Por último, el artículo 93 de la Constitución Política integra al orden interno los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia,

dentro del denominado bloque de constitucionalidad. b. Instrumentos internacionales radicados por Colombia. La Convención de los Derechos de los Niños, ratificada a través de la Ley 12 de 1991, se convierte en el marco jurídico más importante para la protección de los menores de 18 años, en donde además se establece el interés superior de los niños y niñas, que traduce en que “... todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño”. Por otro lado, El Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, en su observación general sobre el derecho del niño a la salud, recomienda a los Estados partes que:

- a) Legislen la asignación de una parte determinada del gasto público a la salud del niño y creen un mecanismo de acompañamiento que permita una evaluación sistemática e independiente de dicho gasto;
- b) Cumplan el gasto mínimo en salud por habitante recomendado por la Organización Mundial de la Salud y den prioridad a la salud del niño en las asignaciones presupuestarias;
- c) Aseguren la visibilidad de la inversión en la infancia en el presupuesto estatal mediante una recopilación detallada de los recursos que se le asignan y se gastan; y
- d) Pongan en marcha un sistema de seguimiento y análisis presupuestario basado en los derechos, así como evaluaciones del impacto infantil relativas a la forma en que las inversiones, especialmente en el sector de la salud, pueden redundar en el interés superior del niño.

Por último, el Comité en sus últimas observaciones a Colombia en el 2015 expresó su preocupación por lo siguiente:

- a) La legislación y las políticas sanitarias se aplican de forma deficiente;
- b) Las tasas de mortalidad infantil y materna siguen siendo muy elevadas, especialmente entre las poblaciones rurales, indígenas y afrocolombianas;
- c) A los niños que no están registrados en un proveedor de servicios de salud a menudo se les niegan los servicios de atención médica;
- d) El 20% de la población infantil no ha recibido todas las vacunas programadas;
- e) La desnutrición crónica persiste, en particular entre los niños indígenas y afrocolombianos;
- f) La lactancia materna exclusiva disminuyó en 2010 y persisten prácticas inadecuadas de alimentación infantil.

Además, recomienda que Colombia debe:

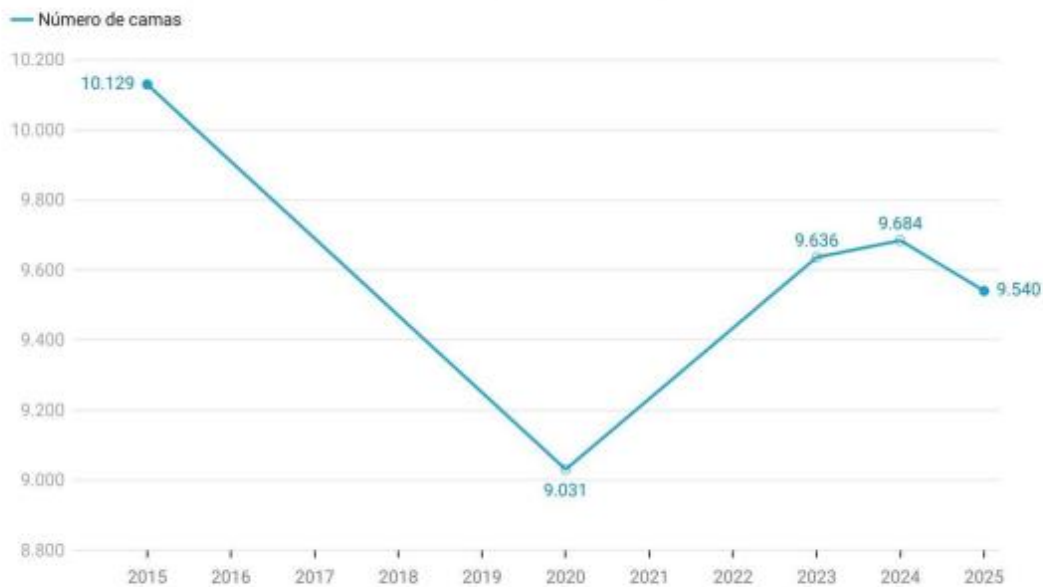
- a) Garantizar la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud para todos los niños, en particular los niños de zonas rurales, indígenas y afrocolombianos, mediante la asignación de recursos adecuados y la supervisión de la aplicación de las políticas pertinentes, (...)
- e) Fortalecer los recursos administrativos para los niños cuyo derecho a la salud haya sido vulnerado.

c. Fundamento jurisprudencial En la sentencia T-507 de 2024, la Sala Cuarta de Revisión de la Corte Constitucional estudió la acción de tutela interpuesta a favor de la adolescente Valeria, una paciente con trasplante de corazón, condición de inmunosupresión y situación de discapacidad, debido a la presunta vulneración de su derecho a la salud por parte de Sanitas EPS, al haber interrumpido la atención integral que recibía en una institución de cuarto nivel especializada en falla cardíaca y trasplante pediátrico: “La Sala concluyó que, contrario a lo decidido por el juez de tutela de segunda instancia, a la agenciada le fue vulnerado su derecho fundamental a la salud porque el cambio de modelo de atención, al pasar a una atención segregada en distintas IPS que no cuentan con capacidad de ofrecer servicios de alta complejidad cardiovascular, no tuvo en consideración (i) la condición de sujeto de especial protección constitucional que se predica de Valeria, (ii) la necesidad, no desvirtuada, de recibir una atención concentrada en una institución médica altamente especializada y (iii) las limitaciones jurisprudenciales a la libertad de elección de que gozan

las EPS para seleccionar y contratar su red de prestadores de servicios”. A su vez, en el mismo fallo recordó la aplicabilidad del principio de continuidad en el servicio de salud “90. Al derecho a la salud se vinculan un conjunto de garantías específicas, tal y como es el caso del principio de continuidad, mismo que ha sido ampliamente reconocido en la jurisprudencia constitucional y en la Ley Estatutaria de la Salud. Ciertamente, la Ley Estatutaria de la Salud, en su artículo 6, dispone que el derecho a la salud se encuentra comportado, entre otros, por el principio de continuidad, el cual ordena que “Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas”, posición que ha sido replicada en la jurisprudencia de esta Corporación, en la que se ha sentado con claridad que, se deben descartar cuestiones de índole presupuestal o administrativo, para privar del servicio de salud a las personas, inclusive, aún en los casos en que la interrupción del servicio no sea arbitraria e intempestiva[62]. 91. La aplicación de este principio, especialmente respecto de tratamientos en curso, supone el seguimiento por parte de las Entidades Prestadoras de Salud, de tres criterios para su correcto acatamiento: “(i) las prestaciones en salud, como servicio público esencial, deben ofrecerse de manera eficaz, regular, continua y de calidad, (ii) las entidades que tienen a su cargo la prestación de este servicio deben abstenerse de realizar actuaciones y de omitir las obligaciones que supongan la interrupción injustificada de los tratamientos, (iii) los conflictos contractuales o administrativos que se susciten con otras entidades o al interior de la empresa, no constituyen justa causa para impedir el acceso de sus afiliados a la continuidad y finalización óptima de los procedimientos ya iniciados”. d. Leyes de la República. Ley 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. La Ley Estatutaria reconoce la salud como derecho fundamental autónomo, imponiendo al Estado el deber de adoptar políticas que aseguren la atención integral según los ciclos vitales y la prevalencia de los derechos de los niños, niñas y adolescentes (art. 6, literal f). Así mismo, e. pertinentes (100/93, 1098/2006, 1122/2007, 1164/2007, 1392 de 2010, 1438/2011, Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015, Ley 2294 de 2023 -Plan de Desarrollo-, entre otras), en los artículos pertinentes para el alcance del PL. 3. JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTO GENERAL (incluir datos estadísticos sobre cierre de servicios de unidades pediátricas, perinatales, obstétricas y de cuidados intensivos pediátricos. Cifras sobre número de camas existentes, cerradas y faltantes en relación con las recomendadas por OMS. Lo mismo en cuanto al THS de las áreas afectadas). Indicadores trazadores. Mortalidad evitable. En los últimos años, hemos sido testigos del cierre de camas en unidades de pediatría en diversos hospitales del país. Esto no es solo la punta del iceberg; es un reflejo de una problemática estructural mucho más profunda que afecta directamente la atención pediátrica en Colombia. Según datos del Ministerio de Salud y del REPS (Registro Especial de Prestadores de Salud), el déficit en camas hospitalarias pediátricas es alarmante: • Déficit de camas de obstetricia: 29,316. • Déficit de camas de hospitalización pediátrica básica: 33,500. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los países deben contar con entre 2.5 - 4 camas de hospitalización general para cada 1,000 habitantes menores de 18 años. Con una población infantil de aproximadamente 14 millones de niños, el país debería contar con casi 43,000 camas pediátricas de hospitalización general para 2025. Sin embargo, a la fecha contamos con apenas 9,500 camas de hospitalización general en pediatría. Incluso, si sumamos las camas totales de atención

pediátrica y neonatal (cuidado intensivo e intermedio, básico, e incluso unidad de quemados pediátricos) se tendría un total de 15,979. Este número revela la urgencia de una reforma que asegure el crecimiento y la sostenibilidad de la atención pediátrica en todos los niveles del sistema de salud. (Gráfica 1) Es fundamental recordar que la mayoría de los pacientes pediátricos requieren atención en unidades de hospitalización básica, no necesariamente en unidades de cuidados intensivos. Sin embargo, el déficit afecta tanto a las camas pediátricas generales como a las de unidad de cuidado intensivo neonatal, esenciales para la atención de recién nacidos en estado crítico. (Gráfica 2) Así mismo, a pesar del descenso en la tasa de natalidad en Colombia, la demanda de servicios de pediatría y obstetricia es mayor al 10% entre 2018 y 2023. (Gráfica 3)

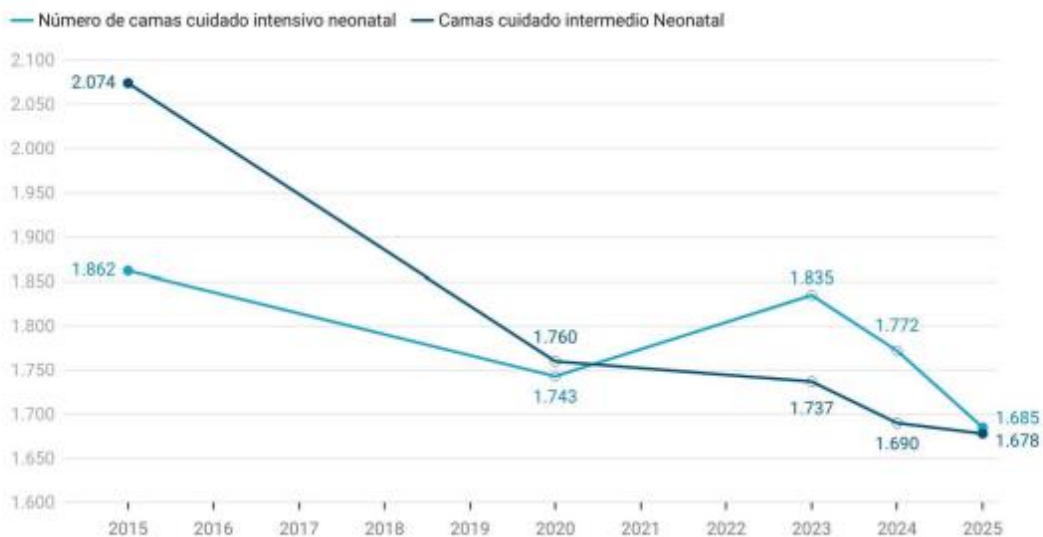
Camas Hospitalización Pediatría (2015-2025)



Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios -DPSAP- REPS corte 22 de julio años 2019 a 2025 – Proyección de población DANE menores de 14 años- Proyección de población DANE mujeres entre 15 a 49 años

Gráfica 2.

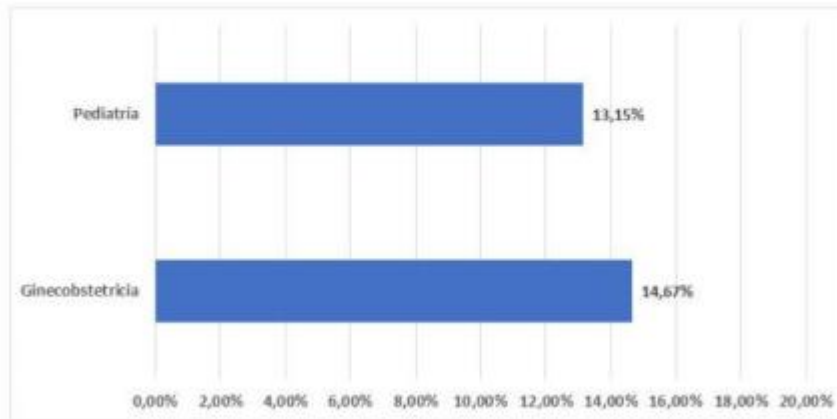
Camas Cuidado Intensivo e Intermedio Neonatal (2015-2025)



Fuente: REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud) – Ministerio de salud, julio de 2025

Gráfica 3.

Variación de la demanda de servicios hospitalarios de Ginecobstetricia y Pediatria durante el periodo analizado



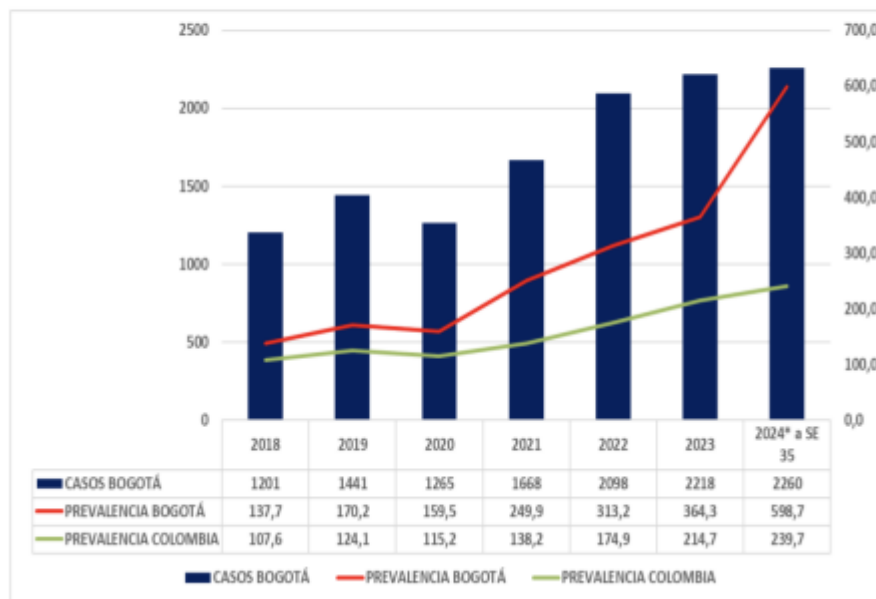
FUENTE: Información reportada por Instituciones afiliadas a la ACHC.

En cuanto al talento humano especializado en pediatría, la situación también es preocupante. En 2022, Colombia contaba con 5,187 pediatras. Sin embargo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el país debería tener al menos un pediatra por cada 10,000 habitantes, lo que implica un déficit de aproximadamente 13,000 pediatras. Esto resalta la falta de personal capacitado para cubrir las necesidades de salud infantil en todo el país. Es imperativo resaltar que pese a la disminución progresiva de los indicadores de mortalidad tanto materna como perinatal, como infantil, ello representa un desafío en cuanto a que ello incrementa el número de diagnósticos realizados de patologías complejas como las enfermedades congénitas y otras que por su parte muestran un incremento en la presentación de enfermedades y/o secuelas que requieren atención permanente en servicios especializados. Es así que en cuanto a mortalidad materna, el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) en su último reporte de estadísticas vitales realizado para septiembre del 2025, evidenció un descenso en el número de defunciones relacionadas al embarazo de 513 en el 2021 a 208 en el 2024, asimismo la razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos presentó disminución de 83,2 en el 2021 a 45,8 en el 2024. Con respecto a mortalidad perinatal la mayor tasa registrada en los últimos 5 años se reportó en el 2022 (15,7/1.000) a partir de entonces ha presentado disminución con una tasa de mortalidad perinatal para el 2024 de 13,7. Asimismo, el DANE en su último reporte de estadísticas vitales realizado para septiembre del 2025, registra un descenso en la tasa de mortalidad neonatal de 7,3 (2022) a 6,7 (2024) y la tasa de mortalidad infantil presenta un comportamiento similar con un descenso de 11,7 (2022) a 10,5 (2024). Paralelamente a la disminución de la mortalidad, los avances y mejoras para el diagnóstico han mostrado un aumento en la prevalencia de los defectos congénitos de forma importante en el país pasando 107,6 a 239,7 por 10.000 nacidos vivos entre 2018 y 2024 respectivamente (Gráfica 5), lo cual representa un desafío pues cada diagnóstico es un paciente que requiere servicios especializados de atención en salud con oportunidad, calidad, integralidad y continuidad en su tratamiento. Ello se ejemplifica en la ciudad de Bogotá por su mayor capacidad de diagnosticar este tipo de

patologías, lo que ha mostrado una tendencia sostenida en la ciudad, pasando de 137,7 a 598,7 por 10.000 nacidos vivos entre 2018 y 2024 respectivamente. Estos incrementos sugieren una mejora en la detección, pero también evidencia la necesidad urgente de fortalecer la atención neonatal y la capacidad instalada para el manejo integral de los recién nacidos y posteriormente del paciente pediátrico con patologías congénitas. Garantizar la disponibilidad de unidades obstétricas, de cuidado intensivo neonatal y pediátrico con personal especializado resulta fundamental para reducir la mortalidad evitable y asegurar el derecho a la salud y la vida de esta población altamente vulnerable, que goza de derechos preferentes Constitucionales.

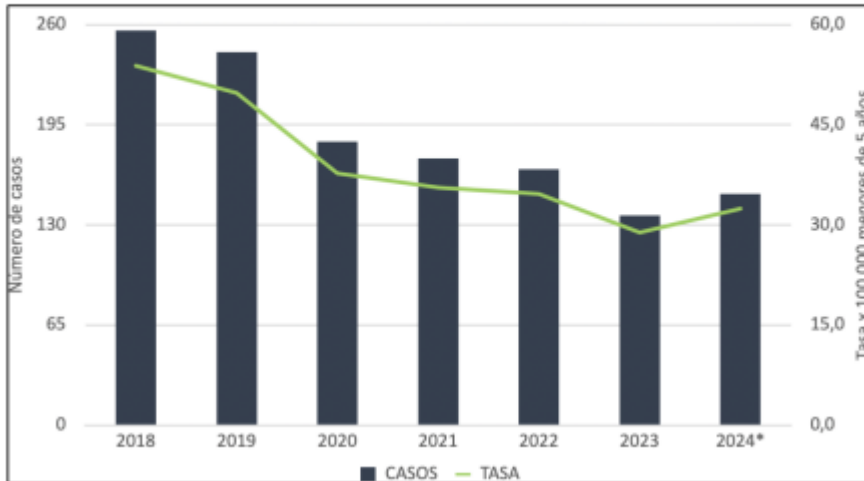
Gráfica 5

Casos y prevalencia de los defectos Congénitos en Bogotá VS
prevalencia nacional, años 2018 -2023 y 2024* a SE 35



Fuente: Base SIVIGILA evento 215 años 2018 a 2023 (finales) y año 2024 a SE 35 (preliminares). DANE 2012–2022. RUAF – ND, nacimientos 2023-2024 datos preliminares. SIVIGILA, 2012-2022, 2023 y (a PE IX 2024) datos preliminares Las mejoras en diagnóstico también han conllevado a que en la actualidad a una mayor detección de cardiopatías congénitas que se convierten hoy en una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en menores de cinco años, con un impacto especialmente alto en menores de 5 años, periodo en el cual requieren atención permanente, oportuna y especializada para sobrevivir y reducir secuelas. Según cifras del DANE, aunque se presentó un descenso en la tasa de mortalidad por esta patología en Bogotá entre 2018 a 2023, se observa un incremento de la misma entre 2023 y 2024 de 28.9 a 32.4 por 100.000 menores de cinco años (Gráfica 4), estas cifras reflejan una carga importante de enfermedad que podría ser prevenible con una atención oportuna y especializada, y que en todo caso requieren de atención oportuna, integral, continua y especializada una vez realizado el diagnóstico de lo cual resulta su posibilidad de sobrevida y/o las secuelas a enfrentar. Gráfica 4

Casos y tasas de mortalidad en menores de 5 años por defectos congénitos en Bogotá D.C, años 2018 a 2024*



FUENTE 2018 - 2023: Fuente: Base DANE-Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES-Publicados 16-12-2024 FUENTE 2024: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 13-01-2025 Adicionalmente, entre 2015 a 2024 se ha evidenciado un incremento en la tasa de enfermedades con alto impacto en el desarrollo infantil a largo plazo como parálisis cerebral espástica, trastornos del aprendizaje, trastorno del neurodesarrollo, trastorno de déficit de atención e hiperactividad y desnutrición. Estas patologías ameritan una intervención temprana, continua y especializada en el ciclo vital para mitigar la carga de discapacidad. (Gráfica 6)

Grafica 6



Fuente: Registros individuales de prestación de servicios de salud – RIPS corte Julio años 2015-2024


IMPACTO FISCAL

Es de aclarar que de acuerdo con la ley 819 de 2003 en su artículo 7 se prevé:

ARTICULO 7o. ANALISIS DEL IMPACTO FISCAL DE LAS NORMAS. “En todo momento, el impacto fiscal de cualquier proyecto de ley, ordenanza o acuerdo, que ordene gasto o que otorgue beneficios tributarios, deberá hacerse explícito y deberá ser compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo.

Para estos propósitos, deberá incluirse expresamente en la exposición de motivos y en las ponencias de trámite respectivas los costos fiscales de la iniciativa y la fuente de ingreso adicional generada para el financiamiento de dicho costo...”

De acuerdo a lo anterior la administración puede implementar la presente iniciativa a través de los recursos que se asignen al plan territorial de salud 2020- 2024. *Propósito 1. Hacer un nuevo contrato social para incrementar la inclusión social, productiva y política.*



Olga Lucía Velásquez

Representante a la Cámara por Bogotá Partido Alianza Verde