



Contenido

1.	Editorial	1
2.	Sección Legislación	1
	Legislación Nacional	1
	Acuerdos Distritales	4
3.	Sección Jurisprudencia	9
5.	Sección Opinión	12

EDITORIAL

El Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá D.C, carta de navegación de la administración Petro, con las propuestas contenidas allí en relación con los alcances en salud, muestra los avances y presupuestos básicos para la eliminación de la pobreza, apuntando al primero de los propósitos propuestos “en septiembre de 2002, en el seno de las Naciones Unidas, donde 147 Jefes de Estado y de Gobierno se declararon “empeñados” en hacer realidad para todos el derecho al desarrollo y reconocieron que el progreso se basa en un crecimiento económico sostenible que debe concentrarse en los pobres y, particularmente, en los derechos humanos”. Aunque solo para este caso el marco elegido es salud, no cabe duda que se busca, realizar una equitativa distribución de los ingresos a través de la formulación de Políticas Públicas fomentando el respaldo y seguridad a la ciudadanía capitalina y por supuesto que los beneficiados con esta política no son otros que los estratos más desfavorecidos, marcados por la desigualdad, y que para este Gobierno Distrital se ha convertido en prioridad en su agenda económica. Esta Secretaría sin discusión alguna forma parte del gran propósito y los funcionarios serán los que abanderan el cumplimiento de ésta política.

Olga Lizarazo

atención comunitaria y equipos básicos de atención primaria en salud. Esto significa que la propuesta del Alcalde Gustavo Petro estaría enfocada en este marco legal, el cual dispone que el presupuesto para el mantenimiento de los CAD estarían a

1. SECCIÓN - LEGISLACIÓN

Legislación Nacional

El Congreso de la República, a través de la Ley 1542 del 5 de julio de 2012, reformó el Artículo 74 de la Ley 906 de 2004-Código de Procedimiento Penal. El Congreso dispuso que el delito de violencia contra la mujer así mereciera el endurecimiento de la pena, adicional a ello la mujer maltratada no puede desistir de la acción penal y cualquier persona puede denunciar el maltrato.

El Congreso de la República, mediante la Ley 1562 de julio 11 de 2012- por la cual se modifica el sistema de riesgos laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional. Con esta Ley se modifica el Sistema de Riesgos Laborales antes denominado Sistema de Riesgos Profesionales. Entre otros el contenido de la ley es más claro en materia conceptual, dispone que las personas que tienen contrato por prestación de servicios, deberán estar afiliadas al Sistema General de Riesgos Laborales, cuando la duración de este contrato sea superior a 1 mes.

Establece que la tabla de enfermedades profesionales, debe ser actualizada cada 3 años, por el Ministerio de Salud y la Protección Social. Indica que el monto de cotización oscilara entre 0.348% - 8.7% del Ingreso Base de Cotización (IBC).

Mediante la Ley 1566 del 31 de julio de 2012¹ el Congreso de la República promulga “normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional “Entidad Comprometida con la Prevención del Consumo, Abuso y Adicción a Sustancias Psicoactivas””. Esta ley, de iniciativa del senador Juan Manuel Galán, dispone que existan Centros de Atención a Drogadictos (CAD), a cargo de los programas de servicio amigables para adolescentes y jóvenes, unidades de salud mental, centros de

¹ Congreso de la República. Ley 1566 de julio 31 de 2012. Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional “Entidad Comprometida con la Prevención del Consumo, Abuso y Adicción a Sustancias Psicoactivas. Diario Oficial No. 48.508.



cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Ministerio de Salud y de la Protección Social, del Fondo para la Rehabilitación, Inversión Social y Lucha contra el Crimen Organizado (Frisco) y las entidades territoriales. Asimismo, conmina a las aseguradoras de riesgos profesionales, ARP, en la creación de proyectos institucionales preventivos en las empresas.

De igual forma, la posición de la Corte Constitucional, que ha sido expuesta en las sentencias C-221 de 1994, C-574 de 2011 y C-491 de 2012, con ponencias de los magistrados Carlos Gaviria Díaz, Juan Carlos Henao Pérez y Luis Ernesto Vargas, respectivamente, es que la persona narcodependiente “es un enfermo que debe ser sujeto de medidas de protección y rehabilitación, ajenas al ámbito opresor”, para el “cuidado integral de la salud de la persona y de la comunidad”, que involucren a la familia².

El Ministerio de Salud y Protección Social, mediante el Decreto 1464 de julio 5 de 2012, definió criterios para el incremento de UPC en el valor de los servicios de salud. Con un contenido expuesto en cuatro artículos, el Gobierno Nacional, estableció los criterios para la fijación de los incrementos del valor de los servicios de salud acordados o que se llegaren a acordar entre las EPS del régimen contributivo y subsidiado como con las IPS públicas o privadas.

Dando cumplimiento al contenido de lo dispuesto en el artículo 21 del Decreto - Ley 019 de 2012, el cual establece que a partir del 1 de julio de 2012 la verificación de la supervivencia de una persona se hará consultando únicamente las bases de datos del Registro Civil de la Registraduría Nacional del Estado Civil, y en consecuencia, a partir de esa fecha no se podrán exigir certificados de la fe de vida-supervivencia, el Ministerio de Salud y Protección Social comunica que a partir de la fecha las entidades, que de acuerdo a lo contemplado en el citado decreto, requieran verificar la fe de vida -supervivencia- de una persona, podrán realizar la verificación MASIVA a través del aplicativo CDA LOCAL SUPERVIVENCIA del Ministerio de Salud y Protección Social.

Noticias de Salud

El Ministerio de Salud y Protección Social, en cabeza de la Ministra de Salud Beatriz Londoño Soto informó que “El Dengue es una patología que afecta a más de 50 millones de personas en todo el mundo y nuestra región no es la excepción, debido a nuestra posición geográfica y a que la mayoría de nuestros municipios quedan por debajo de 2.100 metros sobre el nivel del mar”, expresó la Ministra Beatriz Londoño Soto, previo a la semana contra el dengue que se lanzará el próximo 27 de julio en Neiva. Expuso que el 75 por ciento de los casos de dengue del país se concentran en diez departamentos. “Huila (16%), Meta (15%), Valle (7%), Santander (7%), Norte de Santander (6%), Caquetá (6%), Tolima (6%), Casanare (5%), Antioquia (4%) y Sucre (3%) tienen la mayor carga de la enfermedad afectando en el 55 por ciento de los casos a hombres y en el restante porcentaje a las mujeres (45%)”.³

El Ministerio de Salud y Protección Social - En el marco del foro “La verdad sobre las EPS. Juicio Crítico”, celebrado por la Academia Nacional de Medicina; la Ministra de Salud y Protección Social, Beatriz Londoño Soto, aseguró que las Secretarías de Salud del país y la Superintendencia Nacional de Salud, deberán informar a los pacientes, que serán trasladados de las EPS del régimen subsidiado que ya no prestarán más servicios a esta

² Xiomara Montañés Monsalve. Consultado en <http://www.elnuevodia.com.co/nuevodia/especiales/sucesos/156099-llego-la-hora-de-plantear-el-debate-sobre-la-drogadiccion-en-colombia>. el 31 de julio de 2012. Consultado el Bogotá, 5 de julio de 2012.

³ Ministerio de Salud y Protección Social (<http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Semana%20julio.aspx>)





población, las mejores opciones de Empresas Promotoras de Salud para que hagan su respectivo cambio y elijan la de su gusto con base en el mejor desempeño.⁴

A partir del 16 de julio de 2012 la atención en salud de los internos al interior de los centros de reclusión de todo el territorio nacional, se realizará a través de la Red de Hospitales Públicos del país. Este servicio lo pagará el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), que realizará el giro directo a los hospitales que asuman el servicio de salud intramural. En los lugares donde la Red de Hospitales Públicos no pueda prestar este servicio, Caprecom garantizará la atención en salud por medio de órdenes de prestación de servicios al personal de salud. Para fortalecer esta medida, el INPEC emitió la resolución número 1719 de mayo de 2012, en la que asigna funciones asistenciales a los funcionarios del área de salud de planta del Instituto, para que presten el servicio en los establecimientos que lo requieran. Con esta estrategia los Ministerios de Justicia y Salud y Protección Social, así como el INPEC y Caprecom garantizan la atención de las personas privadas de la libertad.⁵

El Ministerio de Salud y Protección Social informó que el próximo 25 de julio vence el plazo para que las Entidades Territoriales de Salud giren los respectivos recursos de la cuenta maestra para pagar la deuda reconocida de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) a los prestadores de servicios de salud.

El Ministerio de Trabajo mediante la Resolución 1356 de julio 18 de 2012, mediante la cual modifica la Resolución 652 de 2012 expedida en abril, donde se establecía la creación del Comité de Convivencia laboral, fue modificada por la Resolución 1356 de 2012, demostrándose nuevamente la improvisación de las personas que legislan en nuestro país. En adelante el número de personas que conformarán dichos comités, será de cuatro (4), dos (2) representantes del empleador y (2) dos de los trabajadores con sus respectivos suplentes. Para empresas que tengan menos de veinte (20) trabajadores el Comité estará conformado por un (1) representante de los trabajadores y uno (1) del empleador. Las quejas que presuntamente constituyan conductas de acoso laboral, deberán ser presentadas únicamente ante el Inspector de Trabajo de la Dirección Territorial donde ocurrieron los hechos. Se amplía el plazo para la creación del Comité de Convivencia Laboral, hasta el 31 de diciembre de 2012.



La Comisión Nacional de Regulación mediante el Acuerdo No 032 de mayo 17 de 2012, estipuló que a partir del primero de julio de 2012, las prestaciones asistenciales en salud para la población de 18 a 59 años afiliados al régimen Subsidiado, serán las contenidas en el Plan de Beneficios del Régimen Contributivo. La unificación del POS significa que a partir del 1 de julio de 2012, 22 millones 514 mil 941 colombianos afiliados al Régimen Subsidiado pueden acceder a los mismos servicios de salud que tienen los afiliados al régimen contributivo. Significa que todos los colombianos de cualquier edad, tenemos el mismo Plan Obligatorio de Salud, sin importar si somos de régimen subsidiado o del contributivo. El POS estaba unificado para los menores de 18 y los adultos de 60 y más años del régimen subsidiado. Desde el 1 de julio de 2012, 11 millones 444 mil colombianos entre 18 y 59 años del régimen subsidiado tienen acceso a los beneficios de la UNIFICACIÓN del POS⁶.

⁴ Ministerio de Salud y Protección Social. <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Secretarías%20de%20Salud%220de%20EPS%20a.aspx>. Consultado el Bogotá, julio 13 de 2012.-

⁵ Ministerio de Salud y Protección Social. <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Reclusos%0Hospitales%20Públicos.aspx>, consultado el Bogotá, julio 16 de 2012

⁶ Comisión Nacional de Regulación. (<http://www.cres.gov.co/Portals/0/acuerd32.pdf>)



El Concejo de Bogotá con publicación en el registro distrital 4909 de junio 14 de 2012, adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá D.C. 2012-2016 (Acuerdo 489 de 2012)

BOGOTÁ

Tiene como objetivo general “mejorar el desarrollo humano de la ciudad, dando prioridad a la infancia y adolescencia con énfasis en la primera infancia y aplicando un enfoque diferencial en todas sus políticas. Se buscará que en Bogotá se reduzcan todas las formas de segregación social, económicas, espaciales y culturales, por medio del aumento de las capacidades de la población para el goce efectivo de los derechos, del acceso equitativo al disfrute de la ciudad, del apoyo al desarrollo de la economía popular, así como también buscará aliviar la carga del gasto de los sectores más pobres y la promoción de políticas de defensa y protección de los derechos humanos de los ciudadanos y las ciudadanas.

A su vez, el plan contribuirá al ordenamiento del territorio alrededor del agua, minimizando las vulnerabilidades futuras derivadas del cambio climático y protegiendo en forma prioritaria la estructura ecológica principal de la ciudad, como base de un nuevo modelo de crecimiento urbano basado en la sostenibilidad ambiental, que incluye la revitalización de los espacios urbanos y rurales como expresión del uso democrático del suelo, y la promoción de un sistema de transporte multimodal.

El plan distrital de desarrollo Bogotá Humana también fortalecerá lo público como principio del Estado social de derecho, mediante el fomento de la participación y decisión de la ciudadanía, la eficacia y eficiencia administrativa, la transparencia y lucha contra la corrupción y la seguridad ciudadana como baluarte de la convivencia.”

Uno de sus ejes es lograr “Una ciudad que supera la segregación y la discriminación: el ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo” para el cumplimiento de este eje se ha propuesto “1. Reducir la desigualdad y la discriminación social, económica y cultural. Modificar las condiciones que restringen la formación de las personas, el acceso a condiciones de salud y nutrición adecuadas para su desarrollo integral, al conocimiento científico, tecnológico y estético, y a la producción y consumo de bienes culturales, así como al conocimiento y apropiación de valores culturales que les permitan asumir sus proyectos de vida sin recibir presiones o amenazas, ni ser discriminados por su orientación sexual, identidad de género, religión, política, pertenencia étnica o cultural”. (Negrillas fuera de texto)

Además en materia de salud se destacan los siguientes proyectos calificados como prioritarios. (Acuerdo 489 de 2012, artículo 7 y siguientes)

“1. Creciendo saludables. Fortalecimiento de la promoción de la salud y garantía del acceso, igualdad y disponibilidad de una alimentación sana y equilibrada para todos los niños y niñas desde la gestación, mediante la identificación de los riesgos en materia de seguridad alimentaria que pueden incidir en forma negativa en el desarrollo y la supervivencia; la valoración nutricional; el control a crecimiento y desarrollo de la primera infancia, la detección y la prevención de la enfermedad favoreciendo la información y educación familiar y comunitaria en los territorios, e incorporando enfoques diferenciales para familias, mujeres, grupos étnicos; afrodescendientes, palenqueros, raizales, indígenas y Rrom, las víctimas y personas con discapacidad y en general de los grupos poblacionales discriminados y segregados. Se una atención integral en salud mental para los niños, las niñas.

2. Corresponsabilidad de las familias, maestros, maestras, cuidadores y cuidadoras, madres comunitarias, sustitutas y FAMI de ICBF y otros agentes educativos y

Com - Olga Lucila Lizarazo Salgado.
Aprob. Carmen Lucía Trstancho-
Luz Elena Rodríguez Quimbayo



culturales en la generación de condiciones para el desarrollo integral de los niños y las niñas. Acciones encaminadas en la cualificación y formación del talento humano educativo, y el fortalecimiento del papel educativo de la familia y de sus vínculos afectivos, de manera que se potencie el desarrollo de los niños y las niñas en los diferentes escenarios de su vida cotidiana; así como la movilización social de la ciudadanía, para garantizar ambientes adecuados para niños y niñas de primera infancia, y la promoción de una cultura de cuidado y del buen trato para la prevención de accidentes, mediante la implementación de proyectos desde lo afectivo, social y emocional.

3. Ambientes adecuados para el desarrollo de la primera infancia. Construir condiciones de seguridad para los niños y las niñas en primera infancia. Incluye la construcción y adecuación de equipamientos, de manera segura, acogedora, accesible, tanto para los infantes como para las madres lactantes, así como el enriquecimiento de otros escenarios como parques y ludotecas.

4. Educación inicial diferencial, inclusiva y de calidad para disfrutar y aprender desde la primera infancia. Acciones pedagógicas, seguimiento al desarrollo y estructuración de orientaciones que privilegien oportunidades para el desarrollo de las capacidades de los niños y las niñas, de acuerdo con sus condiciones y características particulares; a través de su vinculación en las diferentes modalidades de atención integral que contempla como pilares de la educación inicial el arte, la literatura, la exploración del medio y el juego y la formación de públicos activos y críticos en arte cultura y patrimonio. Los niños y las niñas accederán con equidad a servicios de calidad, que se enmarquen en lineamientos y estándares que promuevan igualdad de oportunidades para el desarrollo infantil. Se implementará la educación inicial (pre escolar) pública de tres grados.

Parágrafo primero. La prioridad de la intervención social propuesta serán los niños y niñas que no se encuentren atendidas por ningún programa para la primera infancia tanto nacional como distrital. Se implementarán acciones para evitar la duplicidad de población atendida por los diferentes programas existentes.

Artículo 8. Territorios saludables y red de salud para la vida desde la diversidad

Este programa tiene el propósito de asegurar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de la población, para modificar positivamente las condiciones que determinan su calidad de vida por medio del desarrollo de un modelo de salud humanizado y participativo, basado en la atención primaria y las redes integradas de servicios con altos niveles de calidad, transparencia, innovación y sostenibilidad.

Busca también fortalecer la promoción de la salud, la detección y la prevención de la enfermedad, para favorecer la información y educación familiar y comunitaria en los territorios, incorporar 11 enfoques diferenciales para la atención integral de víctimas del conflicto armado y reconocer las prácticas de los grupos étnicos.

Garantiza la atención universal de salud al hacer énfasis en la equidad sanitaria y la salud pública, así como la promoción de entornos saludables y la prevención de enfermedades, velando porque el financiamiento del sistema sanitario sea equitativo.

Se compromete con el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio al incluir entre las metas estructurales del programa y de los proyectos que lo integran: la reducción de la mortalidad infantil, disminución de la mortalidad materna, reducción de los embarazos en adolescentes, prevención y control de enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH y el sida, y aportar al fortalecimiento de la equidad de género e igualdad entre los géneros.

Al identificar las diversidades poblacionales, se diseñan e implementan estrategias articuladas al interior del sector salud y coordinadas intersectorialmente para eliminar



las brechas de inequidad de los diferentes grupos en condición de vulnerabilidad, como población infantil y personas mayores, indígenas, afro descendientes, Rrom y raizales, ciudadanos y ciudadanas en situación de desplazamiento, personas en condición de discapacidad, población LGBTI, en situación de trabajo sexual y habitantes de calle, entre otros.

Los proyectos prioritarios de este programa son:

1. Salud para el buen vivir. Fortalece la promoción de la salud, la detección y la prevención de la enfermedad para favorecer la información y la educación familiar y comunitaria en los territorios, e incorporar enfoques diferenciales. Esto se hace mediante la implementación de un modelo de salud humanizado y participativo, basado en la atención primaria, y las redes integradas de servicios para desarrollar acciones que contribuyan a mejorar la calidad de vida y, por ende, la salud de las personas, acercar y facilitar el acceso a los servicios de atención sanitaria según lo establecido en el plan obligatorio de salud, promover la participación social de actores en procura de reconocer la corresponsabilidad de la sociedad en la construcción de políticas saludables, y establecer una propuesta de operación territorial.

Desde la coordinación intersectorial y el reconocimiento de la diversidad, da respuesta a necesidades de poblaciones en condición de vulnerabilidad (personas con discapacidad, población víctima del conflicto armado, con enfermedades crónicas), así como a eventos prioritarios en salud pública, como la salud mental, la sexualidad, la seguridad alimentaria y nutricional, la salud oral, el fomento de la actividad física y la prevención del consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales incluido el tabaco, en desarrollo de la política pública vigente en esta materia y en cumplimiento del Acuerdo 376 de 2009.

2. Acceso universal y efectivo a la salud. El proyecto avanza en la garantía del derecho a la salud en Bogotá, mediante la combinación de dos grandes estrategias: la implementación de una reorganización del sector que permitirá universalizar la atención integral en salud, desde un modo promocional de la calidad de vida y la salud; y por otra parte, el fortalecimiento del ejercicio de la rectoría territorial del sistema general de seguridad social en salud, y en particular, sobre las EPS para garantizar el acceso oportuno y con calidad del servicio.

El proyecto comprende el aseguramiento de la población y la garantía de la calidad para la prevención y atención de daños en salud, realizar interventoría a la calidad de la prestación de servicios de salud por parte de las EPS-S a sus afiliados, asegurar el acceso de manera gratuita a los servicios en aquellas poblaciones vulnerables, mantener la cobertura de los servicios de salud demandados para la población pobre no asegurada y los servicios no POS, promoviendo así la universalización del aseguramiento y la nivelación del plan obligatorio de salud para los habitantes de la ciudad. Fortalecer y reorientar la gestión de la EPS-S Capital Salud para garantizar el acceso integral a servicios.

La equidad que busca el modelo se fortalece con el proceso de equiparación del plan obligatorio de salud (POS) al del régimen contributivo para el distrito capital, humaniza la atención, y se orienta hacia la eliminación de barreras de acceso relacionadas con la atención especializada, el acceso de medicamentos seguros y de calidad, y la atención inmediata para los casos de urgencia.

3. Redes para la salud y la vida. Superar la fragmentación del sistema, mediante la integración de las instituciones públicas y privadas prestadoras de servicios de salud, a partir de una red integrada para disminuir las barreras de acceso y las deficiencias en la calidad de la prestación de los servicios; mejorar la oportunidad, la continuidad, la pertinencia y la seguridad en la atención en salud; y ofrecer servicios humanizados y con calidez.

Com - Olga Lucila Lizarazo Salgado.
Aprob. Carmen Lucía Trstancho-
Luz Elena Rodríguez Quimbayo



Organizar las redes prioritarias que corresponden a servicios que no son rentables, pero que deben garantizarse porque son fundamentales para la vida de las personas (red de bancos de sangre y servicios transfusionales y red de donación y trasplantes), así como las redes de eventos de interés en salud pública (pediátricos, materno infantil, rehabilitación funcional, oncología en consonancia con la Ley 1438 de 2010 y salud mental). La administración pondrá en marcha estrategias que permitan fortalecer la cobertura y niveles de servicio en el área de pediatría, a través de la red pública distrital y el estímulo y ejercicio de la competencia de rectoría del sistema de salud frente a los prestadores privados.

Modernizar las empresas sociales del Estado, implementar tecnologías de punta y fortalecer el primer nivel de complejidad, a través de los centros de salud y desarrollo humano, como puerta de entrada al sistema de salud en la ciudad, y especialización del tercer nivel para constituir centros de excelencia.

Respetar la diversidad cultural, desarrollar estrategias para la recuperación y el fortalecimiento de los conocimientos ancestrales y la medicina tradicional, así como para la inclusión de medicinas y terapias alternativas a la alopática.

4. Hospital San Juan de Dios. Previa concertación con la Nación y el Departamento se reabrirá y dará inicio a la operación del Hospital San Juan de Dios, para crear las condiciones que permitan llevarlo a un cuarto nivel de complejidad y excelencia que además de prestar los servicios que le son connaturales, se dedicará a la investigación y a la docencia y trabajará en coordinación con la red hospitalaria, en el marco del proyecto Ciudad Salud Región.

5. Modernización e infraestructura de salud. Actualizar la distribución territorial de la oferta de servicios de salud en el distrito capital ante el constante cambio de las condiciones urbanas y de sus estructuras, mediante la ampliación de la oferta pública de servicios de primero, segundo y tercer nivel de complejidad, considerar la viabilidad, coherencia y pertinencia de los mismos con las necesidades de oferta y demanda de servicios detectadas.

En concordancia con el modelo de atención primaria en salud, los centros de salud y desarrollo humano buscan fortalecer la presencia institucional en los territorios de la ciudad, integrar actividades individuales, colectivas e intersectoriales, brindar el soporte para el desarrollo de actividades que afecten positivamente determinantes, superar barreras de acceso a servicios de salud y otros servicios sociales de toda índole para la población.

6. Ampliación y mejoramiento de la atención pre hospitalaria. Fortalecer un servicio público articulado con el Sistema Distrital de Gestión del Riesgo, que permite dar respuestas a las urgencias, emergencias y desastres presentadas en el distrito capital siendo vital la estrategia de preparar al sector salud frente a situaciones de emergencia y desastres. Para ello se deben desarrollar acciones de articulación intersectorial con los actores del sistema distrital de Gestión del Riesgo, programas de entrenamiento para el fortalecimiento de las competencias, que permitan dar respuesta frente a situaciones de urgencia, emergencia y eventuales desastres en diferentes escenarios dirigidos a la comunidad en general y personal del sector salud, por medio de un modelo general e integrado de seguridad pública y de atención en salud.

El programa también incluye la prestación de servicios de urgencia pre hospitalarios y la prestación de servicios de transporte, el cual requiere del desarrollo de componentes de infraestructura y proceso para lograr una respuesta efectiva, de acuerdo con lo dispuesto para proyecto Fortalecimiento del sistema Distrital de Gestión del riesgo.



7. Centro Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación para la Vida y la Salud humana. Servicio especializado para suplir las necesidades de células madre, hemocomponentes, tejidos humanos, hemoderivados, entre otros insumos, para la adecuada prestación de servicios de salud en la red de prestadores; además orientar, coordinar y facilitar el desarrollo de terapias innovadoras en salud, así como la aplicación de la investigación y la biotecnología en la atención de prioridades en salud de la población, que genere conocimiento en la formación, capacitación y desarrollo del talento humano.

8. Salud en Línea. Mejorar la oportunidad, veracidad y consistencia de la información con enfoque diferencial para la toma de decisiones de gestión en salud del distrito capital, facilitar los flujos de información y comunicaciones los niveles intrainstitucional, intersectorial y fortalecer la incorporación de las tecnologías a los procesos de salud en los territorios con énfasis en la promoción de la salud, la detección y la prevención de la enfermedad.

2. SECCIÓN – ORGANISMOS INTERNACIONALES

Parágrafo primero. Plan distrital de salud de Bogotá D.C. El plan distrital de salud de Bogotá D.C. 2012-2016 es concordante con el presente plan de desarrollo, en cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto 3039 de 2007, en el artículo 2 de la Resolución 425 de 2008 y en la circular 0005 de enero 26 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo segundo. Saneamiento hospitales. Con el fin de garantizar la sostenibilidad fiscal de la red hospitalaria pública, el Distrito podrá otorgar créditos condonables previa la suscripción de un plan de desempeño institucional, fiscal y financiero por parte de la respectiva Empresa Social del Estado –ESE. La Secretaria Distrital de Hacienda en coordinación con la Secretaria Distrital de Salud elaborará un diagnóstico integral para cada una de las ESE, definiendo los indicadores y las medidas de saneamiento correspondientes a implementar.”

No hay duda que ésta es la carta de navegación de la administración Petro, los alcances en salud van acorde con presupuestos para una sociedad verdaderamente civilizada. Es uno de los presupuestos para la eliminación de la pobreza apuntando al primero de los

HUANA

propósitos propuestos “en septiembre de 2002, en el seno de las Naciones Unidas, donde 147 Jefes de Estado y de Gobierno se declararon “empeñados” en hacer realidad para todos el derecho al desarrollo y reconocieron que el

progreso se basa en un crecimiento económico sostenible que debe concentrarse en los pobres y, particularmente, en los derechos humanos”⁷. Aunque solo para este caso el marco elegido es salud, no cabe duda que se busca, realizar una equitativa distribución de los ingresos a través de la formulación de Políticas Públicas fomentando el respaldo y seguridad a la ciudadanía capitalina y por supuesto que los beneficiados con esta política no son otros que los estratos más desfavorecidos, marcados por la desigualdad, y que para este Gobierno Distrital se ha convertido en prioridad en su agenda económica, esta Secretaria sin discusión alguna forma parte de el gran propósito y los funcionarios serán los que abanderan el cumplimiento de ésta política.

⁷ http://www.archive.org/details/con_animo_de_lucro_version_castellano_divx



La Corte Constitucional, declaró la EXEQUIBILIDAD de los artículos 6º de la Ley 50 de 1990 y 28 de la Ley 789 de 2002, por los cargos analizados en la presente sentencia. Bajo los siguientes argumentos:

CORTE CONSTITUCIONAL

1. “La Corte consideró que la supresión de la alternativa de reintegro del trabajador despedido sin justa causa después de 10 años de servicio continuo con el mismo empleador constituye un ejercicio válido desde la perspectiva constitucional, de la potestad de configuración del legislador en materia laboral. En efecto, la medida adoptada por el artículo 6º de la Ley 50 de 1990 tuvo el propósito de impedir que trabajadores antiguos no fuesen despedidos antes de cumplir los 10 años de servicio, por el temor del empleador a la acción de reintegro en el futuro, objetivo que se mantuvo en la Ley 789 de 2002, normatividad mediante la cual se dictaron medidas para apoyar el empleo y ampliar la protección social.
2. Reiteró que, como lo ha señalado la jurisprudencia, la estabilidad laboral para la permanencia en el empleo no es absoluta, como también que la acción de reintegro no es el único medio adoptado por el legislador para garantizar este tipo de estabilidad, de manera que haberla excluido de las alternativas a decidirse por el juez laboral (vgr. indemnización), no implica el incumplimiento de una exigencia constitucional. Al mismo tiempo reafirmó lo señalado por la Corte Suprema de Justicia en fallo de constitucionalidad proferido ya en vigencia de la Constitución de 1991 y ratificado por la Corte Constitucional en sentencias C-569/93 y C-038/04, en cuanto determinó que la acción de reintegro no constituía una especie de derecho adquirido inmodificable por el legislador, toda vez que no se trataba de una situación concreta y consolidada sino de una regulación abstracta, de una mera expectativa, que bien podía ser objeto de modificación por la ley, pues nadie tiene derecho a que se mantenga de manera perpetua y sin modificación alguna, una reglamentación de sus eventuales derechos y obligaciones.
3. La Corporación aclaró que estas consideraciones no se extienden a otro tipo de reintegros por protección laboral reforzada, que se fundamentan en presupuestos de raigambre constitucional, como es la estabilidad de las trabajadoras en estado de embarazo, las personas con discapacidad o alguna limitación o en aplicación del denominado retén social o de otra situación que deba ser protegida en aplicación estricta de la Constitución.

En consecuencia, la Corte encontró que los cargos de inconstitucionalidad planteados por el demandante contra los artículos 6º de la Ley 50 de 1990 y 28 de la Ley 789 de 2002, no estaban llamados a prosperar y, por ende, procedió a declarar su exequibilidad en relación con los mismos”⁸.

La decisión cuenta con salvamento de voto de los magistrados Adriana María Guillén Arango y Luis Ernesto Vargas Silva salvaron el voto, “toda vez que en su concepto la demanda no cumplía con los requerimientos exigidos para que la Corte pudiera entrar a proferir una decisión de fondo acerca de la presunta omisión legislativa relativa planteada por el actor, como quiera que no expuso los argumentos en que se sustentaba

⁸ Corte Constitucional. Sentencia C-533/12. Magistrado Ponente Nilson Pinilla Pinilla- consultado en comunicado de prensa No 26 de julio 11 de 2012.



el supuesto deber constitucional omitido por el legislador. En estas condiciones, la decisión ha debido ser inhibitoria.

Los magistrados María Victoria Calle Correa y Humberto Antonio Sierra Porto se reservaron la posibilidad de presentar eventuales aclaraciones de voto respecto de algunos de los aspectos del análisis de fondo realizado por la Corte”.

Mediante sentencia C-537 de 2012, la Corte Constitucional decide declarar EXEQUIBLE el artículo 10 de la Ley 1474 de 2011 “Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública”, por los cargos analizados en esta sentencia, bajo los siguientes argumentos:

1. “A partir del estudio del procedimiento legislativo seguido en el debate y aprobación del artículo 10 de la Ley 1474 de 2011, la Corte llegó a las siguientes conclusiones: (i) el tema de la limitación presupuestal a la publicidad que hacen las entidades del Estado estuvo presente en todos los debates, tanto en comisiones como en plenarias. A pesar de que no hizo parte del proyecto original, fue introducido durante el trámite en la Comisión Primera del Senado. Con tal objeto, se puso en conocimiento de los congresistas durante la exposición oral y entrega del documento contentivo del articulado acordado por una subcomisión accidental conformada para el efecto. Un procedimiento similar fue efectuado en el trámite en cuarto debate, instancia en la que se encargó a una subcomisión la formulación de un texto para el conocimiento de la plenaria por el coordinador de ponentes; (ii) el texto fue aprobado sin mayores alteraciones en primer y segundo debate surtidos en la Comisión Primera y la plenaria del Senado de la república. Con todo, el artículo sufrió adiciones importantes en el tercer debate, en el que se amplió la restricción presupuestal no solo respecto del gasto realizado en época electoral, sino que tomó la forma de una restricción general al presupuesto para el rubro de publicidad. Estas limitaciones se hicieron aún más extensas en el cuarto debate, en el que no solo se fijaron limitaciones específicas a determinadas modalidades de publicidad, sino que también se determinó una fórmula de disminución progresiva del rubro presupuestal en comento; (iii) lo anterior conduce a que no se configura una violación del principio de consecutividad e identidad flexible, por cuanto el tema de limitación al presupuesto público destinado a publicidad fue una preocupación constante durante todo el trámite legislativo, al punto que distintas formulaciones normativas sobre el tópico fueron aprobadas en cada uno de los debates, tanto en comisiones como en las plenarias de las cámaras.
2. A juicio de la Corte, si bien a partir del tercer debate se introdujeron modificaciones a la norma, incluso intensas, al texto aprobado por el Senado, las mismas solo fueron de grado y no desnaturalizaron el contenido de la medida legislativa. Reiteró que desde el inicio del trámite el marco de referencia se mantuvo constante en la limitación del gasto en publicidad oficial y las diferentes versiones del artículo demandado están enmarcadas en ese tópico general, que a su vez se inscribe en el propósito central del proyecto de ley, de eliminar la corrupción a través de diversas estrategias, entre ellas, la optimización en la ejecución del gasto público.
3. De otro lado, la Corte recordó que la jurisprudencia constitucional ha reconocido la validez de diversas modalidades de comunicación a los congresistas del contenido de las proposiciones al articulado, circunscritas a



la idoneidad del mecanismo escogido. Dentro de esas fórmulas está la exposición oral del contenido de la iniciativa dentro del debate parlamentario, a condición que esta tuviera carácter específico. En el presente caso, el representante a la Cámara, Germán Varón Cotrino, coordinador de ponentes, explicó en la plenaria de la Cámara, los aspectos centrales de la iniciativa. De igual modo, existe evidencia que los congresistas estaban enterados del contenido puntual del artículo, pues no de otra manera puede explicarse que luego de la exposición del coordinador de ponentes, algunos representantes procedieron a formular preguntas y observaciones sobre aspectos específicos de la proposición normativa. Ninguno de estos congresistas increpó a la mesa directiva o al coordinador de ponentes acerca del desconocimiento del texto discutido, sino que, antes bien, intervinieron con argumentos sustitutivos sobre el alcance del articulado.

Por consiguiente, la Corte Constitucional constató que el principio de publicidad fue acatado en el caso particular del debate en la plenaria de la Cámara de Representantes en torno de la norma acusada, pues se contó con un mecanismo idóneo para comunicar a los congresistas el contenido específico de las proposiciones al articulado, de modo que fue suficientemente discutido, mediante la formulación de opiniones sustantivas sobre el mismo.

3. SECCIÓN – OPINIÓN

En consecuencia, la Corte procedió a declarar exequible el artículo 10 de la Ley 1474 de 2011, en relación con el cumplimiento cabal de los principios de consecutividad, identidad flexible y publicidad exigidos por la Constitución en el debate y aprobación de todo proyecto de ley”⁹.

La Corte Constitucional ante demanda de inconstitucionalidad en contra de algunos apartes de la Ley 1437 de 2011, decide: “Primero.- ESTARSE A LO RESUELTO en la sentencia C-816 de 2011, en relación con las expresiones “EXTENSIÓN DE LA JURISPRUDENCIA DEL CONSEJO DE ESTADO A TERCEROS POR PARTE DE LAS AUTORIDADES”, “sentencia de unificación jurisprudencial dictada por el Consejo de Estado” y, “sentencia de unificación” del artículo 102 de la Ley 1437 de 2011. Segundo.- Declarar la CONSTITUCIONALIDAD de la expresión “Exponiendo clara y razonadamente los argumentos por los cuales las normas a aplicar no deben interpretarse en la forma indicada en la sentencia de unificación. En este evento, el Consejo de Estado se pronunciará expresamente sobre dichos argumentos y podrá mantener o modificar su posición, en el caso de que el peticionario acuda a él, en los términos del artículo 269”, contenida en el numeral 3º del artículo 102 de la Ley 1437 de 2011. Tercero.- Declarar la CONSTITUCIONALIDAD de la expresión “sentencia de unificación” del artículo 102 de la Ley 1437 de 2011 y, de las expresiones “PROCEDIMIENTO PARA LA EXTENSIÓN DE LA JURISPRUDENCIA DEL CONSEJO DE ESTADO A TERCEROS” y “la administración podrá oponerse por las mismas razones a que se refiere el artículo 102 de este código”, contenida en el artículo 269 de la Ley 1437 de 2011. Cuarto.- Declarar la CONSTITUCIONALIDAD del artículo 270 de la Ley 1437 de 2011, por los cargos analizados en la presente sentencia”¹⁰.

⁹ *Ibidem*.

¹⁰ *Op cit*.



OPINA

Si desea colaborar activamente en este boletín recibo su información al correo electrónico ollizarazo@saludcapital.gov.co (Envío de artículos, comentarios)

Fuentes de consulta para la compilación de este documento:

- 1. Página web Presidencia de la República-Normatividad*
- 2. Página web Ministerio de Salud y Protección Social*
- 3. Página web Cres*
- 4. Página web Concejo de Bogotá*
- 5. Página web Corte Constitucional*
- 6. Página web Imprenta Nacional*

*Com - Olga Lucila Lizarazo Salgado.
Aprob. Carmen Lucía Trstancho-
Luz Elena Rodríguez Quimbayo*