



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXII - N° 303

Bogotá, D. C., jueves, 13 de abril de 2023

EDICIÓN DE 32 PÁGINAS

DIRECTORES:

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

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PONENCIAS

INFORME DE PONENCIA POSITIVA PARA PRIMER DEBATE DEL PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA NÚMERO 320 DE 2022 CÁMARA – NÚMERO 06 DE 2022 SENADO ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NÚMERO 95 DE 2022 SENADO Y NÚMERO 109 DE 2022 SENADO

por medio de la cual se establecen medidas para prevenir, atender, rechazar y sancionar la violencia contra las mujeres en la vida política y hacer efectivo su derecho a la participación en todos los niveles.

Bogotá, D. C., 16 de marzo de 2023

Señor

JUAN CARLOS WILLS OSPINA

Presidente

Comisión Primera Constitucional Permanente

Cámara de Representantes

Asunto: Informe de Ponencia Positiva para Primer Debate del Proyecto de Ley Estatutaria número 320 de 2022 Cámara – número 06 de 2022 Senado acumulado con el Proyecto de ley número 95 de 2022 Senado y número 109 de 2022 Senado, por medio de la cual se establecen medidas para prevenir, atender, rechazar y sancionar la violencia contra las mujeres en la vida política y hacer efectivo su derecho a la participación en todos los niveles.

Respetado Presidente,

Atendiendo la designación de la Mesa Directiva de la Comisión Primera de la Cámara de Representantes y en virtud de las facultades constitucionales y las establecidas en la Ley 5ª de 1992, me permito poner a consideración de los Honorables Representantes de la Comisión I de la Cámara de Representantes, el Informe de Ponencia para Primer Debate del Proyecto de Ley Estatutaria número 320 de 2022 Cámara – número 06 de 2022 Senado acumulado con el Proyecto de ley número 95 de 2022 Senado y número 109 de 2022 Senado, *por medio de la cual se establecen medidas para prevenir,*

atender, rechazar y sancionar la violencia contra las mujeres en la vida política y hacer efectivo su derecho a la participación en todos los niveles.

Cordialmente,

CATHERINE JUVINAO CLAVIJO
Representante a la Cámara por Bogotá

DELCY ESPERANZA ISAZA BUENAVENTURA
Representante a la Cámara por el Tolima

JUAN CARLOS LOZADA VARGAS
Representante a la Cámara

HERNÁN DARIO CADAVID MARQUEZ
Representante a la Cámara

ALIRIO URIBE MUÑOZ
Representante a la Cámara

ASTRID SANCHEZ MONTÉS DE OCA
Representante a la Cámara

JAMES HERMENEGILDO MOSQUERA TORRES
Representante a la Cámara

ADRIANA CAROLINA ARBELAEZ GIRALDO
Representante a la Cámara

MARELEN CASTILLO TORRES
Representante a la Cámara

LUIS ALBERTO ALBAN URBANO
Representante a la Cámara

INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE EN LA COMISIÓN PRIMERA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DE LA CÁMARA DE REPRESENTANTES DEL PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA NÚMERO 320 DE 2022 CÁMARA – NÚMERO 06 DE 2022 SENADO ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NÚMERO 95 DE 2022 SENADO Y NÚMERO 109 DE 2022 SENADO

por medio de la cual se establecen medidas para prevenir, atender, rechazar y sancionar la violencia

contra las mujeres en la vida política y hacer efectivo su derecho a la participación en todos los niveles.

Colombia ha avanzado en la superación de las brechas de igualdad de género, sin embargo, los nuevos escenarios de participación de la mujer han permitido visibilizar conductas de violencia en relación con el género, una de ellas, corresponde a la llamada *violencia política contra la mujer*.

Alrededor del 64% de las mujeres que ostentan cargos de elección popular, han sufrido conductas relacionadas a la violencia política (NIMD)¹, siendo el acto de violencia más común la restricción en el uso de la palabra (23.8%), seguido de la ocultación de recursos financieros o administrativos durante la gestión (22.31%).

Esta iniciativa pretende abordar la violencia política contra la mujer en la vida política, como un fenómeno que se presenta en el acontecer del quehacer político diferente de las otras manifestaciones de violencia contra la mujer reconocidas en el ordenamiento jurídico vigente. Por tal motivo presentamos la ponencia positiva para primer debate en la Cámara de Representantes la cual se encuentra estructurada de la siguiente manera:

- I. Antecedentes legislativos.
- II. Objeto del proyecto.
- III. Trámite del proyecto de ley.
- IV. Justificación de la iniciativa.
- V. Conflicto de intereses.
- VI. Proposición.

I. ANTECEDENTES LEGISLATIVOS

• Este proyecto de ley estatutaria ha sido presentado en otras ocasiones ante el Congreso de la República bajo el Radicado número 050 de 2020 Cámara, *por medio de la cual se establecen medidas para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres en la vida política y se dictan otras disposiciones*, de autoría de las honorables Senadoras *Nadya Georgette Blel Scaff, Esperanza Andrade de Osso, Nora María García Burgos, Myriam Alicia Paredes Aguirre, Soledad Tamayo Tamayo* y las honorables Representantes *Adriana Magali Matiz Vargas, Diela Liliana Benavides Solarte, María Cristina Soto de Gómez y Nidia Marcela Osorio Salgado*, radicado el día 20 de julio de 2020 y publicado en la **Gaceta del Congreso** número 646 de 2020, el cual fue aprobado en primer debate y archivado por vencimiento de términos.

De esta iniciativa se realizó audiencia pública que tuvo lugar con ocasión de su trámite en la Comisión Primera Constitucional el día 9 de octubre de 2020, destacándose las siguientes intervenciones:

Doctora RAQUEL V. MUNT - Directora Ejecutiva de la Women's Democracy Network, WDN Argentina: Señaló que en Argentina 8 de cada 10 legisladoras ha sufrido violencia durante su carrera, y que el 50% está relacionada con violencia psicológica por amenazas y presiones en el marco de sus funciones. De igual manera, expuso que el 90% de las mujeres que apenas están iniciando su carrera política han sido víctimas de violencia política.

Doctora ADRIANA M. FAVELA HERRERA - Consejera del Instituto Nacional Electoral de México, INE, y Presidenta de la Asociación de Magistradas Electorales de las Américas (AMEA): Señaló que en México existe una ley para prevenir y combatir la violencia política contra las mujeres, la cual se caracteriza por contar con: i) una definición de la violencia política

en razón del género; ii) ámbito de protección a cargo de autoridades electorales; iii) un catálogo enunciativo de conductas que constituyen este tipo de violencia; iv) la previsión de medidas cautelares.

Doctora KATIA URIONA GAMARRA - Consultora Internacional, Expresidenta del Tribunal Supremo Electoral de Bolivia: Manifestó que en Bolivia cuentan con una regulación específica frente a la violencia y el acoso político, reconociendo este tipo de conductas como un delito electoral.

CAROLINA MOSQUERA – Delegada de Sisma Mujer: Destacó la importancia de este tipo de iniciativas, en la medida en que se dirigen a cumplir con mandatos constitucionales de paridad y de garantía de condiciones mínimas para la realización efectiva de los derechos políticos.

• **El Proyecto de ley número 06 de 2022 Senado** fue radicado el **día 20 de julio de 2022**, siendo autores los Senadores: *Nadia Blel Scaff, Angélica Lozano, Efraín Cepeda Sarabia, Soledad Tamayo Tamayo, Juan Samy Merheg Marín, Miguel Ángel Barreto Castillo, Carlos Andrés Trujillo, Diela Liliana Benavides Solarte, José Alfredo Marín Lozano, Liliana Bitar Castilla, Germán Blanco Álvarez, Marcos Daniel Pineda García; y los Representantes a la Cámara Juan Loreto Gómez Soto, Armando Zabaraín D'Arce, Yamil Hernando Arana Padauí, Juliana Aray Franco.*

• **El Proyecto de ley número 95 de 2022 Senado fue radicado el día 3 de agosto de 2022**, bajo la autoría de la Senadora *Piedad Córdoba Ruiz.*

• **El Proyecto de ley número 109 de 2022 Senado** fue radicado el día 8 de agosto de 2022, siendo autores los Senadores *María José Pizarro Rodríguez, Sandra Yaneth Jaimes Cruz, Clara Eugenia López Obregón, César Augusto Pachón Achury, Fabián Díaz Plata, Andrea Padilla Villarraga, Jahel Quiroga Carrillo, Gloria Inés Flórez Schneider, Esmeralda Hernández Silva, Martha Isabel Peralta, Epiyú, Aída Marina Quilcué Vivas, Robert Daza Guevara, Isabel Cristina Zuleta; y los Representantes a la Cámara María Fernanda Carrascal Rojas, Etna Támara Argote Calderón, Pedro José Suárez Vacca, Gabriel Becerra Yáñez, Santiago Osorio Marín, David Alejandro Toro Ramírez, Leider Alexandra Vásquez Ochoa, Jorge Cancimance López, David Ricardo Racero Mayorca, Juan Carlos Lozada Vargas, Gabriel Ernesto Parrado Durán, Eduard Sarmiento Hidalgo, Alirio Uribe Muñoz, Leyla M. Rincón, Jhon Jairo González, y otros.*

• El día 26 de octubre de 2022 la iniciativa fue aprobada en la Comisión Primera del Senado de la República.

• El día 28 de noviembre de 2022 la iniciativa fue aprobada en la plenaria del Senado de la República².

• **El día 8 de marzo de 2023** la Mesa Directiva de la Comisión Primera de Cámara de Representantes, designó como ponentes en primer debate a los Representantes a la Cámara *Delcy Esperanza Isaza Buenaventura, Catherine Juvinao Clavijo (Coordinadoras), Juan Carlos Lozada Vargas, Hernán Darío Cadavid Márquez, Alirio Uribe Muñoz, Astrid Sánchez Montes de Oca, James Hermenegildo Mosquera Torres, Adriana Carolina Arbeláez Giraldo, Marelen Castillo Torres y Luis Alberto Albán Urbano*³.

• El miércoles 29 de marzo de 2022 se llevó a cabo una mesa técnica de trabajo en la cual participaron los

¹ Instituto Holandés para la Democracia Multipartidaria (NIMD) - Encuesta de percepción Mujeres Electas 2012-2015 entre el 13 de mayo y el 15 de julio de 2016.

² **Gaceta del Congreso** de la República número 1545 del 30 de noviembre de 2022.

³ Oficio C.P.C.P. 3.1 – 0900-2023 del 8 de marzo de 2023.

ponentes coordinadores y organizaciones que integran el Observatorio de Violencia Contra las Mujeres en Política (Fundación Karisma, ONU MUJERES; OEA MAPP, CNE, entre otras), quienes realizaron valiosos aportes al proyecto los cuales fueron recogidos en esta ponencia.

II. OBJETO DEL PROYECTO DE LEY

El proyecto de ley tiene por objeto establecer medidas para la prevención, atención, rechazo y sanción de la violencia contra las mujeres en política, a fin de asegurar que ejerzan plenamente sus derechos políticos y electorales y participen en forma paritaria y en condiciones de igualdad en todos espacios de la vida política y pública incluidos los procesos de elección, participación ciudadana y representación democrática y en el ejercicio de la función pública en todos los niveles, especialmente tratándose de los cargos de elección popular y los ejercidos en los niveles decisorios de las diferentes ramas del poder público y demás órganos del Estado.

III. TRÁMITE DEL PROYECTO DE LEY

El artículo 152 de la Constitución Nacional señala que, mediante leyes estatutarias el Congreso de la República regula entre otros las materias de derechos y deberes fundamentales de las personas y los procedimientos y recursos para su protección, en consecuencia y como quiera que el proyecto de ley regula garantías para asegurar que las mujeres ejerzan plenamente sus derechos políticos y electorales y participen en forma paritaria y en condiciones de igualdad en todos los espacios de la vida política y pública incluidos los procesos de elección, participación y representación democrática y en el ejercicio de la función pública, especialmente tratándose de los cargos de elección popular y los ejercidos en los niveles decisorios de las diferentes ramas del poder público y demás órganos del Estado, el trámite que debe surtir el proyecto de ley presentado, es el de ley estatutaria.

IV. JUSTIFICACIÓN DE LA INICIATIVA

La generación de nuevos espacios de participación, producto de los avances logrados para la reducción de brechas género, han permitido visibilizar conductas violentas en el escenario político como, entre otras, la violencia política contra la mujer. Las cuales se presentan de la siguiente manera:

A) Antecedentes relevantes de iniciativas legislativas sobre la materia;

B) Violencia política contra la mujer - Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (MESECVI);

C) violencia política contra la mujer en el contexto colombiano;

D) Violencia política contra la mujer en el contexto colombiano una consideración relacionada con la exacerbación de la VCOMP.

A. VIOLENCIA POLÍTICA CONTRA LA MUJER - CONVENCIÓN INTERAMERICANA PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER (MESECVI)

Reconociendo la violencia contra las mujeres como una conducta contraria al respeto de la dignidad humana, en el marco del Pleno de la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos fue adoptada en junio de 1994 la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (**‘Convención de Belém do Pará’**), la cual consagró el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia. Por medio de esta Convención, se prevén mecanismos de protección y defensa de los derechos

de las mujeres como fundamentales para luchar contra el fenómeno de la violencia contra su integridad física, sexual y psicológica, tanto en el ámbito público como en el privado, y su reivindicación dentro de la sociedad.

En este sentido, con ocasión de las acciones de seguimiento a la citada Convención, de la cual es parte el Estado colombiano, fue adoptado en el año 2015 el primer acuerdo regional integral sobre violencia contra las mujeres en la vida política: la Declaración sobre la Violencia y el Acoso Político contra las Mujeres. Teniendo en cuenta que esta Declaración compromete a los Estados miembros a adoptar normas, programas y medidas para la prevención, atención, protección y erradicación de la violencia en la vida política, el Comité de expertas del MESECVI adoptó una Ley Modelo con el propósito de avanzar en el proceso de armonización de la Convención de Belém do Pará con los marcos jurídicos nacionales frente a este tipo de violencia.

Lo anterior, entonces, explica la importancia de adoptar un texto normativo específico que reconozca los derechos y el mandato de actuar en cabeza de las autoridades, frente a conductas propias de violencia política contra la mujer.

B. VIOLENCIA POLÍTICA CONTRA LA MUJER EN EL CONTEXTO COLOMBIANO

La violencia política contra las mujeres ha generado una grave afectación a los procesos participativos y al fortalecimiento de la democracia en clave de género, pues la paridad no solo se mide a partir de la cantidad de mujeres en cargos de toma de decisión sino también con base en la garantía de las condiciones necesarias para el cabal ejercicio e igualitario de los derechos y funciones del cargo.

De esta manera, son varias las cifras que ponen en evidencia la dimensión de la violencia contra las mujeres en los escenarios de participación política:

- Por cada 10 mujeres electas 6.8 han sido víctimas de algún tipo de violencia por el hecho de ser mujer y estar en política⁴.

- El 47% de las mujeres encuestadas en cargos plurinominales, reportaron que la mayor parte de los perpetradores eran colegas de la corporación a la que pertenecían, el 34% reportó que eran miembros de su propio partido, el 32.9% afirmó que fueron servidores públicos, y el 31.87% fueron víctimas de actos por parte de ciudadanos. Entre las alcaldesas, el 43.7% reportó que le faltaron al respeto y el mismo porcentaje reportó que se le cuestionó su capacidad para ejercer su labor, fueron llamadas por apelativos y recibieron amenazas. El 31% fue objeto de acusaciones. En el caso de las alcaldesas, el 85.7% reportó ser víctima de acciones por parte de ciudadanos, el 42.86% por parte de miembros del Concejo, el 28.57% por miembros de la comunidad y un 12.43% por parte de miembros de su propio partido⁵.

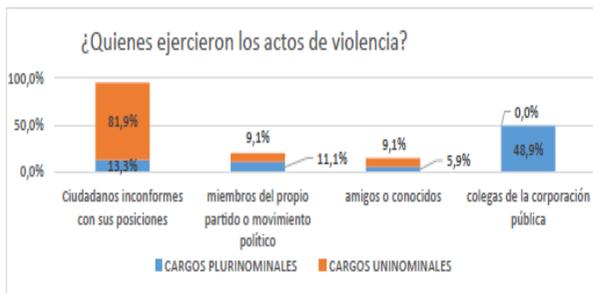
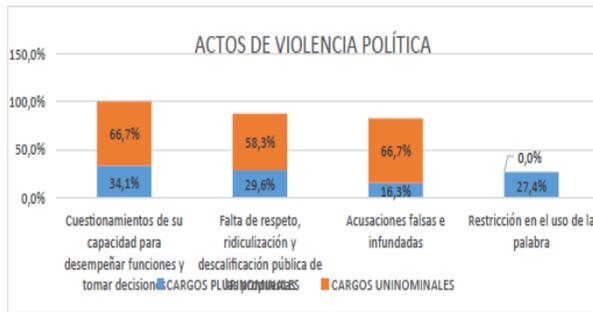
- Según el monitoreo violencia contra liderazgos realizado por el Observatorio MOE, entre el 1° de enero y el 13 de noviembre del 2021, se presentaron 439 vulneraciones, de las cuales 114 (el 26%) corresponden a agresiones contra lideresas políticas, sociales y

⁴ NETHERLANDS INSTITUTE FOR MULTIPARTY DEMOCRACY - (NIMD). “Mujeres y participación política en Colombia: el fenómeno de la violencia contra las mujeres en política”, 2017. Disponible en: <https://colombia.nimd.org/wp-content/uploads/2016/11/El-feno%CC%81meno-de-la-Violencia-contra-las-Mujeres-en-Poli%CC%81tica-Agosto-2017.pdf>

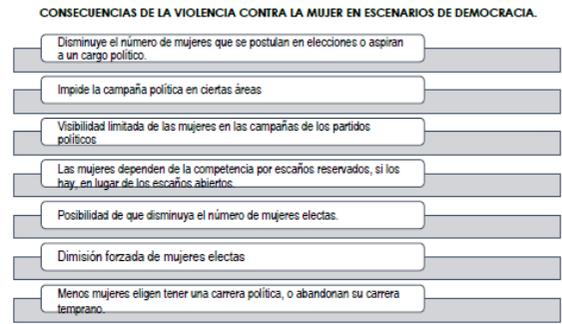
comunales; siendo las lideresas sociales las más afectadas, pues concentraron el 55.3% de los hechos⁵.

- Según el análisis de riesgos electorales para las elecciones 2022, la MOE advierte sobre un crecimiento en la violencia contra las mujeres desde el año 2006, señalando que el periodo del calendario electoral de 2022 ha sido el año con el mayor registro tanto de hechos violentos en general, como en hechos letales contra lideresas. Es decir, entre más mujeres participan en política en Colombia, más aumenta la violencia contra ellas. De las 516 vulneraciones registradas en los primeros 11 meses del calendario preelectoral, (13 marzo 2021- 13 febrero 2022), 137 de ellas (el 26.6%) corresponden a agresiones contra lideresas políticas, sociales y comunales, y casi una tercera parte de estas agresiones fueron letales⁶.

- Según el informe de la Organización Artemisas “En sus marcas: la carrera de las mujeres en la política”, en el periodo comprendido entre 1° de enero y 20 de marzo se evidenciaron conductas de violencia y discriminación como menosprecio de capacidades, roles y mandatos de género, alusiones al cuerpo y sexualidad, expresiones clasistas, expresiones racistas, desprecio feminista y desprestigio.



Lo anterior resulta aún más alarmante, si se tiene en cuenta el impacto negativo que genera la violencia contra la mujer en el ámbito democrático, pues, como lo ha destacado ONU Mujeres, este tipo de conductas disminuyen el número de mujeres que se postulan en elecciones o aspiran a un cargo político, impiden las campañas políticas en ciertas áreas, limitan las campañas de mujeres en los partidos políticos, y pueden generar la dimisión forzada de mujeres y el abandono temprano de la carrera política⁷.



Fuente. ONU Mujeres y PNUD

C. VIOLENCIA POLÍTICA CONTRA LA MUJER EN EL CONTEXTO COLOMBIANO UNA CONSIDERACIÓN RELACIONADA CON LA EXACERBACIÓN DE LA VCMP

De acuerdo con la Misión de Apoyo al Proceso de la Paz de la OEA en Colombia, las candidatas enfrentan diversas expresiones de la violencia contra las mujeres en política durante la contienda electoral; no obstante, esta manifestación de violencia basada en género adquiere conjugaciones e implicaciones de particular preocupación en contextos de dominio territorial por parte de grupos armados ilegales. Esto, en tanto la discriminación y violencia estructural política y sociocultural contra las mujeres se acrecienta con el accionar represivo y violento de los actores armados ilegales. Adicionalmente, la instrumentalización del dominio territorial del actor armado es percibido como un recurso de poder por parte de los contendores políticos de las candidatas (contendores al interior del partido o de otro partido), al que acuden para persuadir o hacer declinar su aspiración política.

D. FUNDAMENTOS CONSTITUCIONALES Y DEL BLOQUE DE CONSTITUCIONALIDAD

La violencia de género sobre la mujer ha sido entendida como aquella violencia ejercida sobre las mujeres por el hecho de serlo, esto es, por el rol y la posición asignada a las mujeres en virtud de una determinada concepción social y cultural. Se trata, en palabras de la Corte Constitucional de “(...) acciones u omisiones dirigidas intencionalmente a producir en una persona sentimientos de desvalorización e inferioridad sobre sí misma, que le generan baja de autoestima”. Y que impactan en “su integridad moral y psicológica, su autonomía y desarrollo personal y se materializa a partir de constantes y sistemáticas conductas de intimidación, desprecio, chantaje, humillación, insultos y/o amenazas de todo tipo”⁸.

Precisamente, por cuenta de la complejidad del fenómeno resulta indispensable adoptar un enfoque de protección multinivel que no solo se nutra de mecanismos internos de protección sino también de instrumentos de raigambre internacional como la Convención sobre los Derechos Políticos de la Mujer de 1953, la Declaración sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de 1967, que es el antecedente de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Cedaw) de 1981; y la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer de 1993, antecedente inmediato de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer –Convención de Belém do Pará.

En este sentido, es importante destacar que esta problemática no pasó inadvertida en el seno de la

⁵ MORNIG RODRÍGUEZ AGUIRRE & LUISA SALAZAR ESCALANTE. Informe de violencia política contra las mujeres, Observatorio Político Electoral de la Democracia MOE, 2021.

⁶ MISIÓN DE OBSERVACIÓN ELECTORAL. Aumentan las candidaturas de mujeres al Congreso: el mayor reto sigue siendo que resulten electas, Bogotá, 2022.

⁷ ONU MUJERES – PNUD. Prevenir la violencia contra las mujeres durante las elecciones: una guía de programación, 2017.

⁸ Corte Constitucional, Sentencia T-967 de 2014. M. P. Gloria Stella Ortiz Delgado.

Constitución Política de 1991 ni en el ordenamiento legal colombiano dentro de los cuales podemos encontrar que:

- **Artículo 2° CP.** Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo.

- **Artículo 13 CP.** Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación. El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva.

- **Artículo 43 CP.** La mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades. La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación. Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de este subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada. El Estado apoyará de manera especial a la mujer cabeza de familia.

- **LEY 1257 DE 2008, ARTÍCULO 2°.** “Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones”.

- **PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA NÚMERO 409 DE 2020 CÁMARA – 234 DE 2020 SENADO,** “*Por la cual se expide el Código Electoral Colombiano y se dictan otras disposiciones*”.

En el plano internacional la violencia contra la mujer ha sido abordada bajo una premisa fundamental: es una ofensa a la dignidad humana y una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres. Particularmente, la Convención de Belém do Pará, ratificada por Colombia mediante la Ley 248 de 1998, plantea la existencia de la violencia física, sexual y psicológica, tipologías de violencia que pueden presentarse en el ámbito privado (*v. gr.* dentro de la familia, la unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal), público (cuando la violencia es ejercida en la comunidad, el lugar de trabajo, instituciones educativas, entre otras) y aquella que es efectuada o tolerada por parte del Estado. De esta manera, en el marco de la Convención se establecen una serie de obligaciones a cargo de los Estados parte que implican: abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra la mujer y velar por que las autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación; **actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia contra la mujer; incluir en su legislación interna normas penales, civiles y administrativas, así como las de otra naturaleza que sean necesarias para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer y adoptar las medidas administrativas apropiadas que sean del caso;** adoptar medidas jurídicas para conminar al agresor a abstenerse de hostigar, intimidar, amenazar, dañar o poner en peligro la vida de la mujer de cualquier forma que atente contra su integridad o perjudique su propiedad; tomar todas las medidas apropiadas, incluyendo medidas de tipo legislativo, para modificar o abolir leyes y reglamentos vigentes, o para modificar prácticas jurídicas o consuetudinarias que respalden la persistencia o la tolerancia de la violencia contra la mujer;

establecer procedimientos legales justos y eficaces para la mujer que haya sido sometida a violencia, que incluyan, entre otros, medidas de protección, un juicio oportuno y el acceso efectivo a tales procedimientos; establecer los mecanismos judiciales y administrativos necesarios para asegurar que la mujer objeto de violencia tenga acceso efectivo a resarcimiento, reparación del daño u otros medios de compensación justos y eficaces⁹.

De forma posterior, reconociendo la necesidad de avanzar en una definición de la violencia y acoso políticos contra las mujeres, fue adoptada el 15 de octubre de 2015 la **Declaración sobre la violencia y el acoso políticos contra las mujeres**, cuyo texto plantean compromisos como:

i) la adopción de normas, programas y medidas para la prevención, atención, protección, erradicación de la violencia y el acoso políticos contra las mujeres, que permitan la adecuada sanción y reparación de estos actos, en los ámbitos administrativo, penal, electoral;

ii) fomentar la inclusión en las políticas públicas de prevención, atención y sanción de la violencia y el acoso políticos contra las mujeres;

iii) promover que las políticas públicas que se diseñen en materia de violencia y el acoso político contra las mujeres faciliten la igualdad sustantiva, el fortalecimiento de sus liderazgos y su permanencia en los espacios de toma de decisiones;

iv) incentivar a los partidos políticos, las organizaciones políticas, sociales y sindicatos a que creen sus propios instrumentos y mecanismos internos para prevenir y combatir la violencia y el acoso político contra las mujeres.

Otros instrumentos internacionales asociados a esta iniciativa son:

- Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948.

- Declaración sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (1967).

- la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José) 1969

- La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (1981);

- Declaración sobre la Eliminación de la Violencia en contra de la Mujer (1993);

- Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994);

- Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995);

- En América Latina: Convención Interamericana para Prevenir, Castigar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer (1995); y

⁹ Artículo 7° Convención de Belém do Pará. En similar sentido, la Resolución de la Comisión de Derechos Humanos 2005/41 de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los derechos humanos, exhorta a los Estados a que: “Adopten todas las medidas necesarias para potenciar a las mujeres y fortalecer su independencia económica y para proteger y promover el pleno disfrute de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, de modo que las mujeres y las niñas puedan protegerse mejor contra la violencia y, a este respecto, den prioridad y promuevan la participación plena e igualitaria en la vida pública y política de la mujer, garantizando también su pleno e igual acceso a la educación, la formación, las oportunidades de generación de ingresos y el progreso económico”.

- Resolución del Fondo de Población de Naciones Unidas, en la que se declara la violencia contra la mujer como una “Prioridad de Salud Pública” (1999).

F. DERECHO COMPARADO

En el contexto latinoamericano, son varios los países que han adoptado medidas normativas frente a la violencia política contra las mujeres, sea mediante leyes específicas sobre el tema o a través de leyes que abordan de forma integral todo tipo de violencia contra las mujeres:

<p>MÉXICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La Ley General de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, define la violencia política contra las mujeres como toda acción u omisión, incluida la tolerancia, basada en elementos de género y ejercida dentro de la esfera pública o privada, que tenga por objeto o resultado limitar, anular o menoscabar el ejercicio efectivo de los derechos políticos y electorales de una o varias mujeres, el acceso al pleno ejercicio de las atribuciones inherentes a su cargo, labor o actividad, el libre desarrollo de la función pública, la toma de decisiones, la libertad de organización, así como el acceso y ejercicio a las prerrogativas, tratándose de precandidaturas, candidaturas, funciones o cargos públicos del mismo tipo. • Establece un listado de conductas que configuran este tipo de violencia, como por ejemplo Incumplir las disposiciones jurídicas nacionales e internacionales que reconocen el ejercicio pleno de los derechos políticos de las mujeres; o difamar, calumniar, injuriar o realizar cualquier expresión que denigre o descalifique a las mujeres en ejercicio de sus funciones políticas, con base en estereotipos de género, con el objetivo o el resultado de menoscabar su imagen pública o limitar o anular sus derechos.
<p>BOLIVIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La Ley contra el Acoso y Violencia Política hacia las Mujeres fue aprobada el 28 de mayo de 2012. • El objeto de la ley es establecer mecanismos de prevención, atención y sanción contra actos individuales (una sola persona) o colectivos (más de una persona) de acoso y/o violencia política hacia las mujeres. • Define el acoso político como uno o varios actos de presión, persecución, hostigamiento y amenaza cometidos por una persona o un grupo de personas en contra de mujeres candidatas, mujeres ya elegidas como autoridades, mujeres en función pública – política y las familias de estas mujeres. • Define la violencia política como las acciones o hechos de agresión física, psicológica o sexual cometidos por una persona o un grupo de personas en contra de Define el acoso político como uno o varios actos de presión, persecución, hostigamiento y amenaza cometidos por una persona o un grupo de personas en contra de mujeres candidatas, mujeres ya elegidas como autoridades, mujeres en función pública – política y las familias de estas mujeres. • La ley busca: i) Eliminar actos, conductas o hechos (individuales o colectivos) de acoso y violencia política que afecten a las mujeres en ejercicio político; ii) Garantizar, es decir, asegurar el ejercicio de los derechos políticos de mujeres candidatas, electas y en ejercicio de funciones públicas; y iii) Desarrollar, diseñar y ejecutar políticas y estrategias públicas para la eliminación de toda forma de acoso y violencia política contra las mujeres.
<p>ARGENTINA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La violencia política por razones de género fue incorporada en el año 2022 en la Ley 26.485 de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. • Se entiende por violencia contra las mujeres toda conducta, por acción u omisión, basada en razones de género, que, de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, participación política, como así también su seguridad personal.
<p>COSTA RICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La Ley 10235 de 2022 tiene por objeto prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en la política como práctica discriminatoria por razón de género, que es contraria al ejercicio efectivo de los derechos políticos de las mujeres, todo en concordancia con el principio de igualdad ante la ley de todas las personas, establecido en el artículo 33 de la Constitución Política del país.
<p>PERÚ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La Ley 31.155 de 2021 tiene por objeto establecer mecanismos de atención, prevención, erradicación y sanción del acoso contra las mujeres, por su condición de tales, en la vida política, con la finalidad de garantizar el ejercicio pleno de sus derechos políticos y que participen en igualdad de condiciones.

V. CONFLICTOS DE INTERÉS

El artículo 286 de la Ley 5ª de 1992 define el conflicto de interés como una situación donde la discusión o votación de un proyecto de ley, acto legislativo o artículo, pueda resultar en un beneficio particular, actual y directo a favor del congresista. En tal sentido, la jurisprudencia del Consejo de Estado ha precisado que tal conflicto de interés se configura cuando se observa: “a) la existencia de un interés particular –de cualquier orden, incluso moral– del congresista en la deliberación o decisión de un tema específico a cargo del Congreso; b) que efectivamente participe en la deliberación o decisión de ese tema en específico; c) que ese interés sea directo, no eventual o hipotético; d) que además el interés

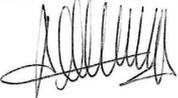
sea actual, y e) que el beneficio recibido no sea general sino particular”¹⁰.

De esta manera, con relación al presente proyecto de ley se considera que no se configura conflicto de interés alguno pues para que exista un conflicto de interés debe existir un beneficio particular, actual y directo del congresista, de modo que, para que el beneficio genere un conflicto de interés debe este ser individual y concreto¹¹.

Finalmente, se recuerda que la descripción de los posibles conflictos de interés que se puedan presentar frente al trámite del presente proyecto de ley, conforme a lo dispuesto en el artículo 291 de la Ley 5ª de 1992, no exime al Congresista de identificar otras causales adicionales.

VI. PROPOSICIÓN

Con fundamento en las razones aquí expuestas, proponemos de manera respetuosa a los honorables representantes de la Comisión Primera de la Cámara de Representantes, dar primer debate al Proyecto de Ley Estatutaria número 320 de 2022 Cámara – número 06 de 2022 Senado acumulado con el Proyecto de ley número 95 de 2022 Senado y número 109 de 2022 Senado, por medio de la cual se establecen medidas para prevenir, atender, rechazar y sancionar la violencia contra las mujeres en la vida política y hacer efectivo su derecho a la participación en todos los niveles, conforme al texto propuesto para primer debate.

 CATHERINE JUVINAC CLAVIJO Representante a la Cámara por Bogotá	 DELCY ESPERANZA ISAZA BUENAVENTURA Representante a la Cámara
 JUAN CARLOS LOZADA VARGAS Representante a la Cámara	 HERNAN DARIO CADAVID MARQUEZ Representante a la Cámara
 AURIO URIBE MUÑOZ Representante a la Cámara	 ASTRID SANCHEZ MONTES DE OCA Representante a la Cámara
 JAMES HERMENEGILDO MOSQUERA TORRES Representante a la Cámara	 ADRIANA CAROLINA ARBELAEZ GIRALDO Representante a la Cámara
 MARELEN CASTILLO TORRES Representante a la Cámara	 LUIS ALBERTO ALBAN URBANO Representante a la Cámara

VIII. TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE

PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA NÚMERO 320 DE 2022 CÁMARA – NÚMERO 06 DE 2022 SENADO ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NÚMERO 95 DE 2022 SENADO Y NÚMERO 109 DE 2022 SENADO

por medio de la cual se establecen medidas para prevenir, atender, rechazar y sancionar la violencia contra las mujeres en la vida política y hacer efectivo su derecho a la participación en todos los niveles.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

CAPÍTULO I

Disposiciones Generales

Artículo 1º. Objeto. La presente ley tiene por objeto establecer medidas para la prevención, atención, rechazo y sanción de la violencia contra las mujeres en política, a fin de asegurar que ejerzan plenamente sus derechos políticos y electorales y participen en forma paritaria y en condiciones de igualdad en todos espacios de la vida política y pública incluidos los procesos de elección, participación ciudadana y representación democrática, democracia interna de las organizaciones políticas y representación democrática y en el ejercicio de la función pública, especialmente tratándose de los cargos de elección popular y los ejercidos en los niveles decisorios de las diferentes ramas del poder público y demás órganos del Estado.

La presente ley tendrá desarrollo en todos los niveles de la estructura y organización del Estado: En lo nacional, departamental, municipal, local y comunitario.

Artículo 2º. Violencia contra las mujeres en política. Se entiende por violencia contra las mujeres en política, toda acción, conducta u omisión realizada de forma directa o a través de terceros en el ámbito público o privado que, basada en elementos de género, cause daño o sufrimiento a una o varias mujeres o a sus familias, sin distinción de su afinidad política o ideológica, que tenga por objeto o resultado menoscabar, impedir, desestimular, dificultar o anular el reconocimiento, goce, ejercicio de sus derechos políticos, en el marco de los procesos electorales, de participación ciudadana y representación democrática y el ejercicio de la función pública.

La violencia contra las mujeres en política puede incluir, entre otras, violencia física, sexual, psicológica, moral, económica, digital o simbólica.

Parágrafo. Se entenderá que las acciones, conductas u omisiones se basan en elementos de género, cuando se dirijan a una mujer por su condición de mujer, le afecten desproporcionadamente o tengan un impacto diferenciado en ella o en la población que representa.

Artículo 3º. Para los efectos de la aplicación de la presente ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

- **Violencia por razón de género contra las mujeres:** Es la violencia contra la mujer basada en roles y estereotipos de género que perpetúa su posición subordinada con respecto al hombre, como en el caso de las amenazas y agresiones verbales sexistas, el acoso y la violencia sexual; y que vulnera sus derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural civil, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.

- **Expresiones de odio:** son las expresiones o discursos destinados a intimidar, oprimir o incitar al odio o la violencia o cualquier otra acción ilegal similar contra

¹⁰ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Primera, Sentencia de 2 de diciembre de 2021. Exp. 73001-23-33-000-2021-00220-01(PI). CP. Roberto Augusto Serrato Valdés.

¹¹ CONSEJO DE ESTADO, SALA PLENA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. Radicado, 11001-03-15-000-2020-04535-00(PI) (8 de septiembre de 2021). C.P. Guillermo Sánchez Luque.

una persona o grupo de personas por razón de género, sexo, raza, edad, religión, nacionalidad, orientación sexual, discapacidad u otra característica.

- **Interseccionalidad:** Simultaneidad de la violencia contra las mujeres basada en género con otros ejes de discriminación, como raza, etnia, religión o creencia, estatus socioeconómico, discapacidad, edad, clase, víctimas del conflicto armado y orientación sexual que hace que impacten de forma agravada y diferenciada.

- **Participación ciudadana:** Para efectos de la presente ley se entiende participación ciudadana como el derecho fundamental de la ciudadanía para intervenir en los asuntos públicos de manera complementaria a los procesos electorales. Estos espacios de participación ciudadana tienen funciones que van desde la consulta e iniciativa, hasta la toma de decisión, gestión y fiscalización.

- **Estereotipo de género:** Se considera estereotipo de género una opinión o un prejuicio generalizado acerca de atributos o características que mujeres y hombres poseen o deberían poseer o de las funciones sociales que ambos desempeñan o deberían desempeñar.

- **Riesgo extraordinario de género:** Cuando las amenazas sean contra mujeres, lideresas y defensoras de derechos humanos debe aplicarse la presunción de riesgo extraordinario de género, conforme con la jurisprudencia constitucional y especialmente el Auto número 098 de 2013 y sucesivos. Esta presunción “a favor de las lideresas debe concretarse en que, en los eventos en que ellas acudan a las autoridades para solicitar protección, la autoridad competente debe partir de que la solicitante, en efecto, se encuentra en riesgo extraordinario contra su vida, seguridad e integridad personal y tales riesgos se concretarían con actos de violencia de género”.

Artículo 4º. *Ámbito de aplicación.* La presente ley aplica a todas las mujeres en ejercicio o goce de sus derechos políticos en el marco de procesos electorales, de participación democrática y el ejercicio de funciones públicas.

Artículo 5º. *Interpretación y aplicación.* Para la interpretación y aplicación de la presente ley se tendrán en cuenta las disposiciones vinculantes para el Estado colombiano de: la Convención sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la Mujer (Cedaw), la Resolución número 1325 de 2000 de Mujeres Paz y Seguridad, la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH), la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención Belém do Pará), la Recomendación General número 35 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité Cedaw) sobre la violencia por razón de género, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y la Convención sobre derechos Políticos de las Mujeres.

Artículo 6º. *Categorías de violencia contra las mujeres en la vida política.*

a. **Violencia psicológica:** Acción u omisión destinada a degradar y/o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de las mujeres, por medio de coerción, difamación, acoso, boicot social, amenazas verbales y/o escritas de violencia física y/o violencia sexual en su contra o en contra de su familia, entre otras de violencia física.

También se considera violencia psicológica la creación de un espacio de trabajo hostil contra las mujeres, en donde los chistes, imágenes, y comentarios sexistas y/o de carácter sexual son tolerados.

b. **Violencia simbólica:** Es aquella que a través de actos recurrentes refuerza los estereotipos de género

usando imágenes, gestos, comentarios, íconos o signos que reproducen la idea de dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad y limitando su derecho a participar.

La violencia simbólica afecta principalmente a las mujeres de manera colectiva y a sus agendas políticas.

c. **Violencia económica:** Acciones y omisiones que buscan controlar, restringir y/o anular el acceso a los recursos económicos y patrimoniales por parte de las mujeres para ejercer la política.

d. **Violencia física:** Acciones que generan afectaciones a la integridad física de una mujer o de su familia. Se refiere a lesiones, homicidios, feminicidios, secuestros, desapariciones, maltratos, con el objetivo de limitar la actividad política.

e. **Violencia sexual:** Cualquier acto de naturaleza sexual que se causa y/o tiene consecuencias en el contexto del ejercicio de la política, y a su vez resulta, o es probable que resulte, en daño físico, psicológico y emocional. Asimismo, estas acciones pueden tener como objetivo obligar a las mujeres a “intercambiar” favores sexuales para ganar una candidatura en el partido o movimiento político; o conseguir financiación para la campaña o acceso a recursos patrimoniales de la colectividad.

f. **Violencia digital:** toda manifestación o acto de violencia por razón de género contra la mujer o que la afecta en forma desproporcionada cometido, con la asistencia, en parte o en su totalidad, del uso de las TIC o agravado por este; a través del uso de redes sociales, plataformas digitales, correo electrónico, aplicaciones móviles, celular o cualquier medio desde el que se pueda acceder a internet o a otros entornos digitales.

Parágrafo. En el ámbito de violencia contra mujeres en política puede presentarse la concurrencia de violencias, es decir, que diferentes tipos de violencia presentes en esta ley se configuren en contra de una misma persona de forma simultánea en un mismo contexto y en uno o varios ámbitos.

Artículo 7º. *Derecho de las mujeres a participar en la vida política libre de violencia.* El derecho de las mujeres a una vida política libre de violencia incluye, entre otros derechos reconocidos en las disposiciones vigentes:

a. El derecho a la no discriminación por razón de sexo o género, en el goce y ejercicio de sus derechos políticos y electorales.

b. El derecho a la libertad de expresión, la libertad de reunión y la libertad de asociación.

c. El derecho a vivir libre de patrones, estereotipos de comportamiento y de prácticas políticas, sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación.

Se considera que los estereotipos de género afectan la participación de las mujeres cuando generan desventaja o limitan sus posibilidades de elección en cualquier instancia representativa o ciudadana, restringen su libertad de expresión o cumplimiento de tareas en el ejercicio del mandato o función pública, atentan contra su intimidad y privacidad, lesionan injustificadamente su imagen pública.

Artículo 8º. *Manifestaciones de violencia contra las mujeres en política.* Las acciones, conductas u omisiones constitutivas de violencia contra las mujeres en política pueden manifestarse de manera física, sexual, psicológica, simbólica, digital y/o económica, y tendrán el propósito de limitar, restringir o menoscabar la representación política o su liderazgo, capacidad

electoral o imagen pública de las mujeres, siendo algunas de ellas las siguientes:

1. Aquellas conductas que atenten contra la vida e integridad personal de las mujeres con el objeto de limitar, anular o restringir sus derechos políticos o electorales, tales como: las agresiones físicas, el homicidio, el secuestro, la tentativa de homicidio, actos discriminatorios, hostigamiento, presión indebida, presión indebida con objeto ilícito entre otras.

2. Aquellas conductas que atenten contra la libertad, integridad y formación sexual con el objeto de limitar, anular o restringir sus derechos políticos o electorales, tales como: acoso, proposiciones, tocamientos, agresión sexual, invitaciones que influyan en sus aspiraciones políticas o las condiciones de su actividad política, entre otras.

3. Aquellas conductas que atenten contra la integridad moral con el objeto de limitar, anular o restringir sus derechos políticos o electorales, tales como: injuriar, calumniar, reproducir mensajes de odio, realizar expresiones que denigren, desacrediten o desclasifiquen, restringir los canales de comunicación en cualquier medio virtual o físico, divulgar material o información íntima o privada, entre otras.

4. Aquellas conductas que atenten contra los Derechos políticos y mecanismos de participación democrática con el objeto de limitar, anular o restringir sus derechos políticos o electorales, tales como: restringir o anular el derecho al voto libre y secreto, proporcionar intencionalmente a las mujeres, a las autoridades administrativas, electorales información falsa, errónea o incompleta, obstaculizar en razón del género, los derechos de asociación y afiliación a todo tipo de organizaciones políticas y civiles, entre otras.

5. Aquellas conductas que atenten contra la debida administración de justicia de las mujeres con el objeto de limitar, anular o restringir sus derechos políticos o electorales, tales como: usar indebida o temerariamente la denuncia en un proceso administrativo o judicial, obstaculizar o impedir el acceso a la justicia para proteger sus derechos políticos, electorales o desconocer las decisiones adoptadas, imponer sanciones injustificadas o abusiva, entre otras.

6. Aquellas conductas que atenten contra la libertad de expresión con el objeto de limitar, anular o restringir sus derechos políticos o electorales, tales como: restringir o anular su libertad de expresión en los canales de comunicación, entre otras.

7. Suministrar intencionalmente a las mujeres que aspiran u ocupan un cargo de elección popular o en el ejercicio de sus derechos políticos, información falsa, errada, incompleta o imprecisa u omitir información a la mujer, que impida o induzca al incorrecto ejercicio de sus atribuciones o de sus derechos políticos o electorales en condiciones de igualdad e impedir que asistan a cualquier actividad que implique toma de decisiones.

8. Limitar o negar arbitrariamente el uso de cualquier recurso y/o atribución inherente al cargo político que ocupa la mujer, incluido el pago de salarios y de prestaciones asociadas al ejercicio del cargo en condiciones de igualdad.

9. Restringir el uso de la palabra de las mujeres en ejercicio de sus derechos políticos o electorales, impidiendo el derecho a voz de acuerdo a la normativa aplicable y en condiciones de igualdad.

10. Discriminar a las mujeres en el ejercicio de sus derechos políticos, por encontrarse en estado de embarazo, parto, puerperio, o el ejercicio de la maternidad, impedir o restringir su reincorporación al cargo tras hacer uso de

la licencia de maternidad, o de cualquier otra licencia contemplada en la normatividad relacionada.

11. Imponer con base en estereotipos de género la realización de actividades y tareas ajenas a las funciones y atribuciones de su cargo o posición, o que tengan como resultado la limitación del ejercicio de la función política.

12. Obligar a la mujer a permanecer dentro del proceso electoral en contra de su voluntad, incluyendo la continuación de trámites sin su consentimiento y que comprometan sus derechos políticos.

13. Obstaculizar en razón del género, los derechos de asociación y afiliación a todo tipo de organizaciones políticas y civiles.

14. Propagar información falsa o engañosa, o manipular información verdadera o distorsionada, incluso la difusión de información incompleta que tergiversar las posturas o los pronunciamientos de la mujer o con el objetivo o el resultado de menoscabar o afectar negativamente su candidatura, imagen pública y/o limitar o anular sus derechos políticos electorales.

15. Suplantar la identidad de una mujer por cualquier medio incluyendo entornos digitales con el objetivo o el resultado de menoscabar o afectar negativamente su candidatura, imagen pública y/o limitar o anular sus derechos políticos o electorales.

Parágrafo 1º. Las manifestaciones descritas en el presente artículo no son exhaustivas, pueden ser concurrentes y los hechos deberán analizarse e investigarse por las autoridades competentes con enfoque de género, con seguimiento al principio de debida diligencia y a las medidas de protección de los derechos humanos de las mujeres.

Parágrafo 2º. Las autoridades competentes que inicien la indagación sobre alguna de las manifestaciones aquí descritas u otras vigentes en la legislación, deberán identificar expresamente que se trata de un hecho que vulnera los derechos políticos de la presunta víctima.

Parágrafo 3º. Las entidades que concurren en la protección y garantía del derecho a la participación política, así como en la transparencia e integridad de los procesos electorales, podrán solicitar la intervención de las autoridades competentes cuando tengan conocimiento de la ocurrencia de alguna de las manifestaciones señaladas y la aplicación de las medidas necesarias para que cese la afectación.

CAPÍTULO II

De las medidas de prevención y atención y entes responsables

Sección I

Ministerio del Interior

Artículo 9º. El Gobierno nacional a través del Ministerio del Interior en coordinación con la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer o quien haga sus veces, y articulados con las Secretarías Departamentales, Municipales y Distritales de Gobierno y de la Mujer y demás instancias que tengan a su cargo la promoción y garantía de los derechos políticos de las y los ciudadanos, diseñarán e implementarán las políticas, planes, programas y proyectos necesarios para promover el derecho de las mujeres a participar en la vida pública y política del país en condiciones de igualdad y libre de toda forma de violencia. Los lineamientos que orientarán el desarrollo de estas acciones serán:

a. Diseñar un mecanismo para recopilar los casos y denuncias de violencia contra las mujeres en política. Para ello, las entidades del Estado con competencia para recibir denuncias o casos de violencia de género que afectan el derecho a la participación en los términos de

esta ley deberán realizar un registro de los mismos y reportarlos al Ministerio del Interior y al Observatorio Colombiano de las Mujeres.

b. El mecanismo deberá apoyarse en las guías estadísticas del DANE y reportarse incluyendo las variables: filiación partidaria, edad, pertenencia étnico-racial, discapacidad, descripción sumaria de los hechos, y demás criterios que permitan hacer un registro detallado de las formas como se presenta la violencia.

c. Llevar un registro anual de los casos de violencia contra las mujeres en política, de los cuales tenga conocimiento y darlos a conocer al mecanismo que se diseñe.

d. Promover la formación de liderazgos políticos de mujeres y el fortalecimiento de las redes de mujeres políticas.

e. Formular estrategias de prevención y mitigación de riesgos de violencia contra la mujer en política.

f. Promover al interior de las entidades y de manera interinstitucional, la definición de procedimientos, rutas y protocolos de atención oportuna para las mujeres víctimas de violencia, y asegurar la protección eficaz de sus derechos políticos y electorales.

g. Fortalecer los mecanismos de observación y acompañamiento en los procesos electorales con perspectiva de género.

h. Promover en los espacios de comunicación institucional, el reconocimiento y respaldo del trabajo desempeñado por las mujeres en ejercicio de cargos públicos y las agendas de representación y participación política.

i. Suscitar espacios de sensibilización y prevención de la violencia contra las mujeres en la vida política, así como campañas de conocimiento y aplicación de esta ley, teniendo en cuenta el enfoque diferencial.

j. Instar a toda la institucionalidad garante del derecho a la participación al nivel nacional y territorial a rechazar todo acto de violencia contra las mujeres en política, sin perjuicio de las conductas que por su naturaleza sean objeto de sanción electoral, penal, civil, disciplinaria u otra.

k. Promover en las organizaciones políticas una cultura de la no violencia contra las mujeres y acompañar la elaboración de marcos regulatorios y protocolos tendientes a prevenir, atender y sancionar la violencia contra las mujeres en el ámbito político.

l. Rechazar pública y oportunamente cualquier forma de violencia contra las mujeres en política y hacer llamados a la opinión pública para no tolerar y denunciar cualquier forma de discriminación y violencia contra ellas.

m. A través de la secretaría técnica (la cual se encuentra bajo responsabilidad del Ministerio del Interior) de la Comisión Intersectorial para la Respuesta Rápida a las Alertas Tempranas para la Respuesta Rápida (CIPRAT), tendrá en cuenta y seguirá lo establecido en el artículo 11 del Decreto número 2124 de 2017 focalizando las reacciones rápidas y las alertas tempranas hacia las sujetas para la que la presente ley va dirigida.

Parágrafo transitorio. Durante la vigencia de las Circunscripciones Transitorias Especiales de Paz, las mismas instituciones deberán coordinar, hacer seguimiento y evaluar mecanismos para el fortalecimiento de la participación política y la igualdad de género dentro de las organizaciones sociales postulantes de las listas, así como en el ejercicio mismo de su acción parlamentaria.

Artículo 10. Formación y Capacitación para Prevenir la Violencia contra las Mujeres en Política. El

Ministerio del Interior en coordinación con la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer o quien haga sus veces, y los partidos políticos, incluirán en su estrategia de formación y capacitación en derechos electorales, políticos y de participación ciudadana dirigidos a los distintos grupos poblacionales, una línea referente a la prevención e identificación de la violencia contra las mujeres en política.

Sección II

De las Autoridades Electorales

Artículo 11. Corresponde al Consejo Nacional Electoral o quien haga sus veces promover, garantizar y proteger los derechos políticos de las mujeres y atender y resolver, en los casos de su competencia las denuncias de actos de violencia contra mujeres en política, que limiten el ejercicio de sus derechos políticos o electorales.

Parágrafo. El Consejo Nacional Electoral o quien haga sus veces dará traslado a las autoridades competentes cuando conozca de hechos de violencia contra mujeres en política que deban ser investigados y sancionados por otras autoridades.

Artículo 12. El Consejo Nacional Electoral o quien haga sus veces promoverá las medidas de prevención de violencia contra las mujeres en política, durante la actividad electoral, los procesos y campañas electorales e instará a las entidades garantes de la transparencia y la integridad del proceso electoral a prevenir, investigar y sancionar las conductas de violencia política.

En el marco de esta competencia deberá adoptar las siguientes medidas:

a. Regular internamente los procedimientos y competencias para atender, investigar y sancionar los casos de violencia contra las mujeres en la vida política/electoral de su competencia.

b. El Grupo de Género, Etnias y Democracia Inclusiva liderará una línea de seguimiento de las denuncias de violencia política contra las mujeres a efectos de presentar recomendaciones para su atención.

c. Inspeccionar, vigilar y garantizar el cumplimiento de las medidas que establezcan las organizaciones políticas para la prevención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres en política y aplicar las sanciones correspondientes en caso de incumplimiento, de acuerdo con la normativa vigente.

d. Conocer la impugnación contra las decisiones tomadas por los órganos sancionatorios de los partidos y movimientos políticos, relacionados con violencia contra mujeres en política.

e. Concurrir en la elaboración y seguimiento del mecanismo encargado de llevar un registro oficial de los casos de violencia contra mujeres en política, garantizando que la información incluya variables y criterios geográficos, étnicos, pertenencia a agrupación política, cargo, calidad o tipo de liderazgo, entre otras.

f. Llevar registro anual de los casos y denuncias reportadas por las organizaciones políticas en concurrencia con la Registraduría Nacional del Estado Civil. En este registro se incluirá la variable de renuncia de las mujeres a los diferentes cargos de elección y, en lo posible, la causa de renuncia.

g. Implementar y divulgar campañas o estrategias periódicas de prevención y capacitación frente a la violencia contra las mujeres en política, en especial durante las etapas del proceso electoral.

h. Acompañar a las organizaciones políticas en la elaboración de marcos regulatorios internos que prevengan, atiendan, rechacen, investiguen y sancionen

la violencia contra las mujeres en política y verificar que se haga en el tiempo previsto por esta ley.

i. Adoptar las medidas necesarias para verificar el cumplimiento y eficacia de las acciones afirmativas dispuestas en la legislación en favor de la participación política de las mujeres y demás poblaciones subrepresentadas.

j. El Consejo Nacional Electoral o quien haga sus veces podrá imponer multas a las organizaciones políticas que omitan la investigación de casos en los cuales tenga competencia o incurran en prácticas o actuaciones que den lugar a la violencia contra las mujeres en política en los términos de esta ley. El monto será el establecido en el numeral 7 del artículo 12 de la Ley 1475 de 2011.

k. Las demás medidas que establezca la presente ley.

Parágrafo. El Consejo Nacional Electoral o quien haga sus veces y sus consejos seccionales podrán solicitar a las autoridades competentes el otorgamiento de las medidas preventivas y de protección a que haya lugar en los casos de violencia contra mujeres en política.

Parágrafo transitorio. El Consejo Nacional Electoral o quien haga sus veces deberá adoptar la regulación interna para prevenir, atender, rechazar investigar y sancionar los casos de violencia contra las mujeres en la vida política/electoral, en el término de doce (12) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

Artículo 13. La Registraduría Nacional del Estado Civil, en su calidad de garante de la transparencia del proceso electoral, deberá promover el derecho de las mujeres a elegir y ser elegidas libres de toda forma de discriminación y violencia.

En tal sentido, la Registraduría deberá:

A. Rechazar pública y oportunamente cualquier hecho de violencia contra mujeres en política durante los procesos electorales.

B. Concurrir con el Consejo Nacional Electoral o quien haga sus veces en la consolidación del mecanismo que se defina para la identificación y registro de los casos de violencia contra las mujeres en política.

Artículo 14. Los Tribunales Seccionales de Garantías y Vigilancia Electoral, en ejercicio de las funciones que les corresponde para identificar posibles amenazas y vulneraciones a los procesos electorales deberán:

a. Hacer seguimiento y llamados a los partidos y agrupaciones políticas para que exista eficacia material de los principios de paridad, alternancia y universalidad, en la conformación de las listas de candidatas(os).

b. Efectuar llamado a los partidos y agrupaciones políticas para que exista distribución equitativa entre candidatas(os) en los espacios de radio, televisión, vallas, internet y avisos.

c. Realizar seguimiento a las campañas políticas, a fin de evitar conductas que inciten a la violencia de género, la discriminación o los discursos de odio.

d. Informar a las autoridades competentes sobre hechos de acoso, amenazas, afectación al buen nombre y dignidad, violación, abuso, acoso sexual, lesiones, destrucción de bienes, homicidio, violencia digital, etc., que afectan el derecho a la participación electoral de candidatas y mujeres que hacen parte del proceso electoral.

e. Dar aviso al Consejo Nacional Electoral sobre la existencia de propaganda electoral y publicidad política física o virtual discriminatoria contra mujeres y candidatas.

f. Informar al Consejo Nacional Electoral y demás autoridades competentes sobre los casos que conozcan a solicitud de parte sobre acoso en línea o a través de redes sociales contra mujeres en ejercicio de sus derechos políticos en el contexto electoral.

g. Dar a conocer al Consejo Nacional Electoral o quien haga sus veces sobre casos de violencia contra mujeres en política que se den en el contexto electoral.

h. Presentar recomendaciones ante las Comisiones de Coordinación y Seguimiento Electoral sobre casos de especial atención de violencia política que afecte a las mujeres.

i. Aportar en la recolección y sistematización de los casos de violencia contra mujeres en política para que sean incluidos dentro del mecanismo.

Parágrafo transitorio. Estas disposiciones también aplicarán para los Tribunales Electorales Transitorios dispuestos por el Artículo Transitorio número 10 del Acto Legislativo número 02 de 2021.

Sección III

De las Organizaciones Políticas

Artículo 15. Los partidos y movimientos políticos, con el acompañamiento de la dependencia de género o del organismo facultado para ello, deberán generar acciones de prevención, atención y sanción de la violencia contra las mujeres en política, de acuerdo a sus estatutos y/o códigos de ética, sin afectar su autonomía y procesos internos. Las demás organizaciones políticas como grupos significativos de ciudadanos, los movimientos sociales que participan en las diferentes circunscripciones especiales y todas aquellas con derecho de postulación en los procesos electorales, incluyendo, prácticas y procesos organizativos juveniles, deberán adoptar protocolos para la prevención y atención de la violencia contra las mujeres en política.

En las disposiciones estatutarias y protocolos, las Organizaciones Políticas garantizarán los compromisos mínimos de:

a. Rechazar, investigar y sancionar cualquier expresión que implique violencia contra las mujeres en política ejercida por los militantes, miembros y directivos de la Organización Política.

b. Promover la participación política paritaria y en igualdad de condiciones desde sus máximas estructuras de decisión y organización y el respeto a las acciones afirmativas en favor de las mujeres establecidas en la ley.

c. Adelantar procesos de formación en derecho electoral y participación política con perspectiva de género dirigida a las personas afiliadas, militantes y simpatizantes y a los órganos de dirección de la Organización Política.

d. Disponer de mecanismos para la denuncia y seguimiento de casos de violencia contra las mujeres en la vida política al interior de la Colectividad. Estos mecanismos deben garantizar la confidencialidad y tener lineamientos para los casos en que existan conflictos de intereses entre quien recibe la denuncia y la denunciante.

e. Disponer de mecanismos de acceso a la información de forma abierta y pública sobre la rendición de cuentas detallada sobre los recursos destinados para la inclusión efectiva de las mujeres en política.

f. Determinar sanciones para los militantes, miembros y directivos, en cuya investigación en casos de violencia contra las mujeres en política, sean encontrados como culpables.

g. Los partidos y movimientos políticos podrán establecer sanciones por actuaciones de violencia

contra las mujeres en política que pueden llegar hasta la expulsión del partido o movimiento político.

h. Establecer términos pertinentes, eficaces y razonables para llevar a cabo las respectivas investigaciones y seguimientos de casos de violencia contra las mujeres en política y para la implementación de las sanciones, en caso de ser necesarias.

i. Adoptar dentro de los valores éticos que rigen la Organización Política, la no tolerancia y el rechazo de toda forma de violencia y discriminación especialmente hacia las mujeres.

j. Incluir en la propaganda de la Organización Política mensajes que promuevan la participación política de mujeres y hombres en condiciones de igualdad.

k. Asesorar legalmente y acompañar a las víctimas de violencia contra mujeres en política, pertenecientes al partido o movimiento político, para que denuncien ante las autoridades pertinentes, incluyendo las direcciones territoriales.

l. Llevar un registro propio de los casos de violencia contra las mujeres en política sobre los cuales haya tenido conocimiento con ocasión al trámite interno o cuando la víctima fuere militante o simpatizante de la colectividad.

m. Reportar anualmente al Consejo Nacional Electoral o quien haga sus veces y otras entidades de acuerdo a su competencia las denuncias interpuestas al interior de la organización o de aquellas que conozca, en las cuales sus militantes sean víctimas.

Parágrafo transitorio. La reforma estatutaria o del código de ética para la prevención, atención y sanción de la violencia contra mujeres en política deberá llevarse a cabo por los partidos y movimientos políticos, en el término de seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley. Los protocolos por parte de las demás organizaciones políticas serán exigibles en el momento de la inscripción de sus candidaturas a los respectivos procesos electorales.

Artículo 16. Es obligación de los aspirantes, precandidatos, candidatos o personas electas en los cargos de elección popular, militantes o directivas de las Organizaciones Políticas, abstenerse de cualquier acción u omisión que implique violencia contra las mujeres en política, en los términos de la presente ley.

Dichas conductas serán sancionadas en los términos del estatuto y/o Código de Ética del partido o movimiento político al que pertenezca y estos deberán garantizar el derecho a la doble conformidad.

Lo anterior, sin perjuicio de acudir al Consejo Nacional Electoral por vulneración al debido proceso o garantías constitucionales en los mismos términos de la impugnación consagrada en el artículo 11 de la Ley 1475 de 2011.

Artículo 17. *Modificación al artículo 10 de la Ley 1475 de 2011.* Adiciónese el numeral 10 al artículo 10 de la Ley 1475 de 2011:

10. Incurrir en actos discriminatorios que afecten el derecho a la participación en política en razón de ser mujer, pertenecer a un pueblo étnico, tener una orientación sexual diversa, tener una condición de discapacidad o cualquier otra identidad históricamente excluida, y omitir su investigación o sanción.

Parágrafo transitorio. Incumplir con la adopción o implementación de un protocolo o modificaciones estatutarias para la atención, prevención y sanción de la violencia política contra las mujeres.

Artículo 18. *Modificación el artículo 12 de la Ley 1475 de 2011.* Adiciónese el numeral 7 al artículo 12:

7. Sanción monetaria de 20 a 50 salarios mínimos mensuales legales vigentes a aquellos partidos que incumplan lo establecido en el numeral 10 del artículo 10.

Sección IV

De las Corporaciones Públicas

Artículo 19. Las corporaciones públicas de elección popular incorporarán en sus reglamentos normas para el debate democrático que prevengan, rechacen y sancionen la violencia contra las mujeres en política, así como los mecanismos de protección en favor de las víctimas. Las mesas directivas deberán verificar que estas normas se cumplan.

Artículo 20. Las Corporaciones Públicas deberán garantizar canales de atención para todas las mujeres en ejercicio o goce de sus derechos políticos, de participación democrática y funcionarias públicas, incluyendo aquellas que trabajan en los equipos de trabajo de las personas electas y/o designadas en cargos de elección popular, en cargos públicos de máximo nivel decisorio y otros niveles decisorios, para la recepción, atención y sanción de las denuncias por casos de violencia contra las mujeres en política al interior de la corporación.

Sección V

Del Ministerio Público y Organizaciones Sociales

Artículo 21. La Procuraduría General de la Nación, la Defensoría del Pueblo y las Personerías Municipales o Distritales y demás órganos de defensa de los derechos humanos, prestarán acompañamiento y asesoría legal en los casos de violación de la presente ley, y de los derechos en ella consagrados con el fin de garantizar y proteger el ejercicio de los derechos políticos o electorales de las mujeres víctimas de violencia de género en política.

Artículo 22. La Procuraduría General de la Nación adelantará con especial diligencia las investigaciones contra los servidores públicos, contra los particulares que ejerzan funciones públicas o manejen dineros del Estado que incurran en faltas disciplinarias relacionadas con hechos de violencia contra las mujeres en política.

Artículo 23. Todas las organizaciones sociales, sindicatos, organizaciones estudiantiles, movimientos ciudadanos, entre otras, que adelanten actividades de participación ciudadana con fines de representación política, deberán incorporar en sus normas de funcionamiento las siguientes obligaciones:

a. Prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en política;

b. Adoptar todas las medidas a su alcance para lograr la participación política paritaria de mujeres y hombres en igualdad de condiciones.

Sección VI

Comisión de Regulación de Comunicaciones

Artículo 24. La Comisión de Regulación de Comunicaciones (CRC) o el organismo que haga sus veces, en ejercicio de sus competencias, en especial las asociadas a la garantía del pluralismo informativo y la defensa de derechos de los televidentes, retirará inmediatamente la publicidad que, con base en estereotipos de género, denigren a las mujeres en política, cuando así lo ordene el Consejo Nacional Electoral en aplicación de lo dispuesto en el literal a) del artículo 27 de la presente ley.

La Comisión de Regulación de Comunicaciones (CRC) o el organismo que haga sus veces, también deberá garantizar la difusión, por los mismos medios, de la publicidad que se retracte de aquella que fue retirada. Sección VI Propaganda Electoral.

Artículo 25. Queda prohibida toda propaganda física o virtual que constituya apología del odio con base en el género y/o sexo, que incite a la violencia por razón de género, o cualquier otra acción ilegal similar contra las mujeres o grupo de mujeres que participan en política, por motivos de sexo y/o género.

El Consejo Nacional Electoral o quien haga sus veces, como medida cautelar de protección, podrá ordenar el retiro inmediato de la propaganda electoral divulgada por cualquier medio físico o virtual, en la que se consoliden discursos de odio o discriminación, y sancionar a los responsables en virtud de la normativa aplicable.

u participación política, en los periodos legales de campaña electoral.

CAPÍTULO III

De las garantías de protección y reparación

Sección I

Disposiciones Comunes

Artículo 26. Las mujeres víctimas de violencia en política, en lo que resulte aplicable, tendrán derecho a las medidas de prevención, protección y atención consagradas en la ley 1257 de 2008 o las disposiciones que hagan sus veces. Además de ellas y cuando las autoridades competentes lo consideren necesario podrán dictar:

a. Medidas cautelares de restitución de los derechos limitados o menoscabados con ocasión a la conducta constitutiva de violencia contra la mujer, mientras se toma una decisión en firme frente al caso de denuncia.

b. Medidas de restitución inmediata de los derechos limitados o menoscabados con ocasión a la conducta constitutiva de violencia contra la mujer en política.

c. Vinculación al Programa Integral de Garantías a Lideresas Defensoras de Derechos Humanos en cabeza del Ministerio del Interior, en los términos de las disposiciones que lo regulen.

d. Vinculación al Programa de Prevención y Protección a la vida, la libertad, la integridad y la seguridad de personas, grupos y comunidades, en cabeza de la Unidad Nacional de Protección, la Policía Nacional y el Ministerio del Interior, en los términos del Decreto número 4912 de 2011, o las disposiciones que hagan sus veces.

e. La restitución inmediata en el cargo o función al que fue obligada a renunciar por motivos de violencia política. Tratándose de miembros de corporaciones públicas procederá la restitución siempre y cuando no haya sido efectuado el reemplazo por vacancia absoluta.

f. Retracción o rectificación y disculpa pública de los actos constitutivos de violencia contra mujeres en política empleando el mismo despliegue, relevancia y trascendencia que tuvo la agresión.

Parágrafo. Además de las medidas de reparación existentes en la legislación para la Violencia por razón de género contra las mujeres, para efectos de la presente ley la reparación comprende la adopción de garantías para continuar en el ejercicio de participación en condiciones de igualdad, eliminar situaciones de desventaja, intervenir los espacios hostiles y discriminatorios y garantizar la libertad de expresión, el acceso a la información, y acciones para restablecer la imagen pública cuando esta se vea lesionada.

En la identificación y definición de las medidas de reparación, deberán concurrir las entidades que ejercen autoridad, seguimiento y vigilancia sobre instancias de participación ciudadana, según corresponda.

Artículo 27. Durante el periodo legal de campaña electoral, el Consejo Nacional Electoral o quien haga sus veces, protegerá de forma especial a la mujer candidata que manifieste ser víctima de violencia política, y tomará todas las medidas necesarias para que la situación de violencia cese y no perjudique las condiciones de la competencia electoral.

Dentro de otras medidas de protección, podrá interponer las siguientes:

a. Retirar la propaganda electoral, incluyendo aquella que se difunde por medios digitales, que constituya violencia contra mujeres en política, haciendo públicas las razones. La campaña política responsable deberá financiar una nueva publicidad que manifieste el respeto a los derechos políticos de las mujeres.

CAPÍTULO IV

De la responsabilidad y las sanciones

Sección I

De las Faltas

Artículo 28. Las conductas constitutivas de violencia contra las mujeres en política darán lugar a responsabilidad ética, electoral, disciplinaria y penal, en consonancia con la normatividad vigente.

Parágrafo. La aplicación de las sanciones administrativas o disciplinarias se cumplirá sin perjuicio de la acción penal, cuando corresponda. En caso de que en el proceso interno administrativo o disciplinario, se encuentren indicios de responsabilidad penal, el hecho deberá ser remitido a la Fiscalía General de la Nación de manera inmediata.

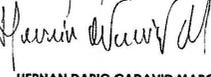
Artículo 29. En todos los casos en que se tenga conocimiento de la comisión de conductas que afectan el goce y ejercicio de los derechos políticos de las mujeres y que pueden constituir violencia contra ellas, las autoridades electorales, antes de control y judicialización y los partidos y movimientos políticos, deberán actuar para prevenir, investigar y sancionar, conforme al principio de debida diligencia consagrado en el artículo 7° literal b) de la Convención de Belém do Pará, ratificada por el Estado colombiano mediante la Ley 248 de 1995.

CAPÍTULO V

Disposiciones finales

Artículo 30. Vigencia. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Cordialmente.

 CATHERINE JUVINAO CLAVIJO Representante a la Cámara por Bogotá	 DELCEY ESPERANZA/ISAZA BUENAVENTURA Representante a la Cámara
 JUAN CARLOS LOZADA VARGAS Representante a la Cámara	 HERNAN DARIO CADAVID MARQUEZ Representante a la Cámara
 ALIRIO URIBE MUÑOZ Representante a la Cámara	 ASTRID SANCHEZ MONTES DE OCA Representante a la Cámara
 JAMES HERMENEGILDO MOSQUERA TORRES Representante a la Cámara	 ADRIANA CAROLINA ARBELAEZ GIRALDO Representante a la Cámara
 MARELEN CASTILLO TORRES Representante a la Cámara	 LUIS ALBERTO ALBAN URBANO Representante a la Cámara

* * *

**INFORME DE PONENCIA POSITIVA
PARA PRIMER DEBATE EN CÁMARA DE
REPRESENTANTES AL PROYECTO DE
LEY ESTATUTARIA NÚMERO 346 DE 2023
CÁMARA**

por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a ajustar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizar a toda la población el derecho fundamental a la salud consagrado en la Ley 1751 de 2015, mejorar los resultados en salud, aumentar la satisfacción del usuario y garantizar la sostenibilidad del Sistema de Salud.

Bogotá, D. C., 12 de abril de 2023

Honorable Representante

JUAN CARLOS WILLS OSPINA

Presidente

Comisión Primera de la Cámara de Representantes

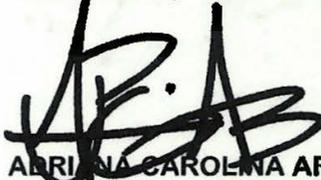
Ciudad

Referencia: Informe de Ponencia para Primer Debate en Cámara de Representantes al Proyecto de Ley Estatutaria número 346 de 2023 Cámara, por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a ajustar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizar a toda la población el derecho fundamental a la salud consagrado en la Ley 1751 de 2015, mejorar los resultados en salud, aumentar la satisfacción del usuario y garantizar la sostenibilidad del Sistema de Salud.

Respetado señor Presidente:

Atendiendo a la designación que me hizo la Mesa Directiva, en cumplimiento del mandato constitucional y de lo dispuesto por la Ley 5ª de 1992, por la cual se expide el Reglamento del Congreso, de la manera más atenta, por medio del presente escrito y dentro del término establecido para el efecto, me permito rendir Informe de **Ponencia Positiva** para Primer Debate en la Comisión Primera de la Cámara de Representantes al Proyecto de Ley Estatutaria número 346 de 2023 Cámara, *por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a ajustar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizar a toda la población el derecho fundamental a la salud consagrado en la Ley 1751 de 2015, mejorar los resultados en salud, aumentar la satisfacción del usuario y garantizar la sostenibilidad del Sistema de Salud.*

Cordialmente,



ADRIANA CAROLINA ARBELÁEZ
Representante a la Cámara

**INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER
DEBATE EN LA COMISIÓN PRIMERA DE
LA CÁMARA DE REPRESENTANTES AL
PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA NÚMERO
346 DE 2023 CÁMARA**

El presente informe de ponencia consta de la siguiente estructura:

- I. ANTECEDENTES DEL PROYECTO
- II. OBJETIVO DEL PROYECTO
- III. CONTENIDO DE LA INICIATIVA
- IV. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

a. Evolución y fortalecimiento del esquema de aseguramiento en salud.

b. Aumento en las demandas de salud, nuevas dinámicas y necesidades de ajustes y evolución.

c. Ajustes transversales necesarios para la evolución del Sistema.

d. Modelo de atención integral y diferenciado.

e. Planeación integral de la salud pública.

f. Integralidad en la gestión del riesgo.

g. Territorialización del aseguramiento.

h. Mecanismos de pago en función de resultados en salud y calidad en la atención.

i. Giro Directo

j. Modelo de atención y Prestación de servicios de salud

k. Talento humano suficiente y resolutivo.

l. Disponibilidad de Especialidades y su distribución sobre los territorios.

m. Sostenibilidad financiera del sistema de salud.

V. FUNDAMENTOS JURÍDICOS

VI. CONFLICTO DE INTERESES

VII. PROPOSICIÓN

I. ANTECEDENTES DEL PROYECTO

El Proyecto de Ley Estatutaria número 346 de 2023 (Cámara) fue radicado en Cámara de Representantes el 28 de febrero de 2023 teniendo como coautores a los honorables Senadores: *Jorge Enrique Benedetti Martelo, José Luis Pérez Oyuela, Antonio Luis Zabarain Guevara, Carlos Fernando Motoa Solarte, Carlos Abraham Jiménez, Didier Lobo Chinchilla, Édgar Jesús Díaz, Carlos Mario Farelo Daza, David Andrés Luna Sánchez y Carlos Julio González Villa* y los honorables Representantes: *Hernando González, Víctor Andrés Tovar Trujillo, Bayardo Gilberto Betancourt Pérez, Sandra Milena Ramírez Caviedes, Jaime Rodríguez Contreras Julio César Triana Quintero Gersel Luis Pérez Altamiranda Mauricio Parodi Díaz Modesto Enrique Aguilera Vides, Néstor Leonardo Rico Rico, Óscar Rodrigo Campo Hurtado, Betsy Judith Pérez Arango Javier Alexander Sánchez Reyes, Jairo Humberto Cristo Correa John Édgar Pérez Rojas y Adriana Carolina Arbeláez.*

Este proyecto fue publicado en la **Gaceta del Congreso** número 109 del 3 de marzo de 2023 y repartido por competencia a la Comisión Primera Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes. Mediante Oficio número CPCP3.1-0928 -2023 de fecha 21 de marzo de 2023, fui designada como única ponente del proyecto.

II. OBJETIVO DEL PROYECTO

El presente proyecto de ley estatutaria busca realizar ajustes al sistema de salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se desarrolla lo consagrado en la Ley 1751 de 2015, y se dictan medidas para garantizar a toda la población el derecho fundamental a la salud, mejorar los resultados en salud, aumentar la satisfacción del usuario y del talento humano en salud, y garantizar la sostenibilidad del Sistema.

III. CONTENIDO DE LA INICIATIVA

La presente iniciativa legislativa consta de un total de 42 artículos, incluida su vigencia, los cuales se encuentran comprendidos según la estructura que se expone a continuación: El Capítulo I (artículos 1º, 2º, 3º, 4º y 5º) contempla el objeto y alcance, Sistema General de Seguridad Social en Salud, funciones esenciales del sistema de salud, la territorialización del sistema y

la atención primaria en salud. El Capítulo II (artículo 6° y 7°) se refiere a la gobernanza y la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Capítulo III (artículos 8°, 9°, 10 y 11) establece los determinantes sociales de salud. El Capítulo IV (artículos 12 y 13) regula lo relacionado con la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS). El Capítulo V (artículos 14, 15, 16, 17, 18, 19 y 20) se refiere al aseguramiento. El Capítulo VI (artículos 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30 y 31). Hace referencia al modelo de atención en salud y prestación de servicios. El Capítulo VII (artículos 32, 33, y 34) refuerza lo relacionado con el talento humano en salud. El Capítulo VIII (artículos 35, 36, 37, 38 y 39) regula la financiación. El Capítulo IX (artículos 40 y 41) inspección, vigilancia y medidas antievasión y el Capítulo X (artículo 42) hace alusión al período de transición y la vigencia.

IV. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La discusión sobre el avance de Colombia en diversos indicadores de salud pública ha sido compleja por decir poco, se ha caracterizado por ignorar los logros alcanzados y desconocer los avances de un sistema dinámico que constantemente se ve exigido a adaptarse a las crecientes demandas en salud, y preferir plantear la noción de sistema fracasado y en crisis que debe ser reemplazado. Para bien de las justas proporciones, una revisión precisa a la evolución de distintos datos empíricos a lo largo de estos 30 años permite exponer un sistema con notables logros en salud y materia social, pero con una serie de problemas y retos por afrontar, lo que nos obliga a definir, ajustar y orientar el funcionamiento del Sistema de Salud, solucionando los problemas actuales y acumulados del Sistema, sin perder de vista los avances y ganancias sociales alcanzadas hasta ahora como son la cobertura universal, el financiamiento progresivo del sistema, la protección financiera de los hogares y el mayor acceso a los servicios.

a. Evolución y fortalecimiento del esquema de aseguramiento en salud.

En Colombia al igual que los demás países del contexto latinoamericano, durante la última década del siglo XX se llevaron a cabo diferentes iniciativas de reforma a los sistemas de salud. Para ese entonces, el sistema de salud operante, conocido como Sistema Nacional de Salud, se caracterizaba por grupos de riesgo atomizados, poca eficiencia, ausencia de subsidios públicos para los pobres, grandes desembolsos directos de particulares, y una enorme desigualdad, pues la población pobre era la más afectada. (Escobar, Giedion, Giuffrida & Glassman, 2010).

En 1992 alrededor del 80% de la población rural y el 45% de la urbana no estaba cubierta por sistema alguno y dependían únicamente de los servicios prestados por las entidades públicas de salud. Además de esta inequidad en la cobertura, la poca que había se materializaba a través de la prestación de servicios inequitativos, como lo refleja que el 12% de las hospitalizaciones y 20% de las cirugías hechas por el sector público, eran percibidas por el quintil más rico de la población (Zapata, 2012). En este contexto la reforma a la salud de 1993 (Ley 100) apuntó principalmente a dos objetivos: la universalización de la cobertura de sistema y el logro de la equidad en el acceso entre grupos sociales (Ruiz, 2010) mediante unos nuevos arreglos contractuales que alentarían la eficiencia y estimularían la calidad (Londoño y Frenk, 1997 citado en Escobar et al., 2010).

Teniendo de presente las limitaciones que se han presentado en la implementación de este sistema y sus objetivos, que de hecho motivan en parte esta iniciativa, una importante literatura especializada ha hecho referencia

a la efectividad de esta reforma sobre el incremento de la cobertura, especialmente para la población más vulnerable, sobre el incremento en el acceso de los servicios y sobre los avances en protección financiera de los hogares y reducción del gasto catastrófico. A su vez, el avance normativo que ha implicado el reconocimiento de la salud como derecho fundamental, la cobertura casi universal por encima del 98% no solo para nacionales sino para residentes, la ampliación de beneficios, el aumento en la oferta en prestación de servicios y la mejoría de los resultados en salud de la población.

A pesar de lo anterior, persisten serios problemas en la calidad, oportunidad e integralidad de la atención médica y en el desarrollo y formalización del talento humano. Barreras para el acceso a procedimientos, especialistas o medicamentos, que pueden ser aún mayores en ciertas regiones, la baja detección del riesgo en el ciudadano y discontinuidad en el paciente, el cual enfrenta un sistema fragmentado, y la baja tasa de consultas de promoción y prevención dan muestra de las tareas inacabadas y retos a solucionar por parte de la institucionalidad rectora y que son objeto de abordaje por parte de las propuestas definidas en la presente iniciativa legislativa.

Cobertura del aseguramiento.

Para 1991, solo se reportaban como beneficiarios de la seguridad social a través del Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS) al 28% de la población (DNP, 2000)¹, mientras que hoy se habla de una cobertura del 97,6%. (Min Salud, 2020)². De igual forma esta cobertura se caracterizaba por enfocarse en la población con mayor capacidad económica, en detrimento de la afiliación de los sectores más vulnerables. Mientras el 47% del quintil poblacional más rico tenía cobertura en salud mientras que solo el 4.3% del quintil más pobre tenía este tipo de protección.

En los primeros años de implementación de la reforma, durante 1993 y 1997 la cobertura del aseguramiento pasó del 20 al 57 por ciento de la población debido a la extensión de la cobertura a los dependientes o grupo familiar de los individuos que cotizaban a una de más de 1000 instituciones de seguridad que existían con anterioridad a 1993; y, el otorgamiento de subsidios a cerca de 7,0 millones de colombianos. (Céspedes Londoño, Jaramillo & Castaño, 2002)³. En contraste, el SNS solo afilió al 18% de los dependientes de sus afiliados.

La afiliación al SGSS se ha incrementado en todos los quintiles de ingreso, pero más intensamente en los quintiles de menor ingreso, en los cuales predomina el régimen subsidiado. Para el año 2008 y tras 15 años de operación del sistema, la cobertura total, llegó al 90% de la población, principalmente por el crecimiento de la afiliación al régimen subsidiado, a partir del año 2003, explicado en gran medida por el aumento en la cobertura de la población sin capacidad de pago, pues en este periodo de tiempo el régimen subsidiado creció 2,8 veces más que el régimen contributivo.

¹ DNP. (2000). Gasto Público en Salud 1990-1999. Claudio René Karl. Unidad de Análisis Macroeconómico

² Min Salud (2020). SERIE ANUAL DE AFILIACIÓN A NIVEL NACIONAL 1995-2020 (octubre). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/serie-departamental-afiliados-contributivo-2005-2016.pdf>

³ Céspedes Londoño, J. Jaramillo I & Castaño, R. (2002). Impacto de la reforma del Sistema de Seguridad Social sobre la Equidad en los Servicios de Salud en Colombia.

La cobertura también ha sido equitativa, superando la situación en la que se encontraba la población más pobre cincuenta puntos porcentuales más abajo que la del quintil de más altos ingresos en 1995. Tras la implantación del esquema de aseguramiento las brechas de cobertura entre la población con distintos niveles de ingreso se han venido disminuyendo. Para 2004 la cobertura del seguro en el grupo de ingresos más bajo se había multiplicado unas 18 veces respecto del nivel de 1993, mientras que la cobertura en el grupo de ingresos más altos aumentó 1,4 veces. (Giedion, Díaz & Savedoff, 2010). Para el 2016, tanto el 92,6% de la población con menores ingresos como el 91,1% de la población con mayores ingresos contaba con cobertura de afiliación al SGSSS. (Min, Salud 2017)⁴.

A su vez ha sido un elemento que ha incidido sobre el cierre de las brechas regionales. En 11 departamentos (Cauquetá, La Guajira, Sucre, Amazonas, Nariño, Arauca, Putumayo, Chocó, Guainía, Vaupés y Vichada) que corresponden a su vez a zona rural o alta dispersión y con presencia de grupos de especial protección, más del 80% de la población afiliada es atendida por el régimen subsidiado. (DANE-ECV, 2019)

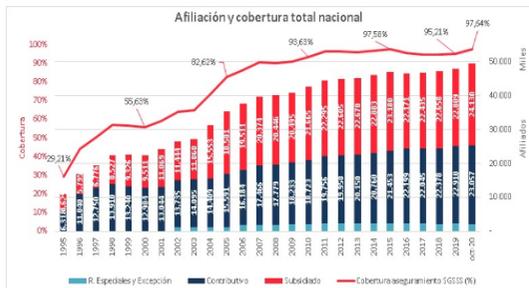


Gráfico 1. Cobertura del aseguramiento 1995-2020.

Fuente. MinSalud, 2020

En últimas se puede evidenciar cómo la cobertura de aseguramiento ha venido aumentando en todos los grupos de ingresos desde 1993. Dicha mejora ha sido especialmente pronunciada entre los más pobres y en las regiones menos desarrolladas.

Protección financiera.

La protección financiera en salud implica que, las personas indistintamente de sus condiciones socioeconómicas y políticas puedan obtener los servicios de atención médica que requieren sin experimentar dificultades financieras o comprometer su capacidad adquisitiva. Es tal su importancia en cualquier sistema de salud que ha sido incluido dentro de los Objetivos de Desarrollo Sustentables - ODS-2030-. (OPS, 2020)⁵

Una de las principales barreras para acceder a la atención y servicios de salud surge de los gastos de bolsillo en salud, pues si este gasto sobrepasa cierto umbral del ingreso disponible de los hogares, puede ser un generador potencial de pobreza, adoptando la definición de gasto catastrófico. Un alto nivel de estos gastos es indicador de sistemas de salud débiles, niveles más bajos de cobertura de servicios y, en general, un peor escenario de referencia para enfrentar coyunturas como la pandemia actual. (OCDE, 2020).

⁴ Ministerio de Salud. (2017). Boletín del Aseguramiento en Salud.

⁵ OPS. (2020). La OPS trabaja con los países para desarrollar capacidades para calcular e informar indicadores de protección financiera para el desarrollo de políticas.

Colombia, a pesar de su desigualdad e inequidad histórica, ha logrado reducir dicho gasto a un nivel más que reconocible, pasando de 52% en 1993 a un 16% en la actualidad, valor muy inferior al promedio de Latinoamérica y el Caribe (LAC) donde representa el 34% del gasto total en salud, e incluso muy por debajo del 21% en los países OCDE que contrasta en gran medida con el promedio regional. (OCDE, 2020).

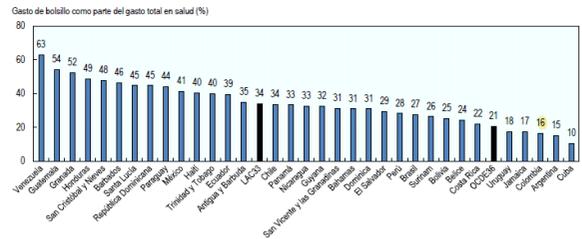


Gráfico 2. Gasto de bolsillo en Colombia, Latinoamérica y promedio OCDE

Fuente: OCDE. (2020). Repositorio Global de Gasto en Salud, OMS 2020.

Con el aumento en la cobertura y alta protección financiera, el país también avanzó en la atención y prestación de servicios de salud. Por ejemplo, en 1993, de las personas que manifestaron haber estado enfermas, el 60% no asistió a un servicio médico por falta de dinero, a 2016 este porcentaje solo llegaba al 6,7%. (Min Salud, 2017).

Esta mejora ostensible de la protección financiera ha implicado el esfuerzo en la consecución e inversión de recursos por parte del Estado, el cual con el pasar de los años ha venido aumentando, ubicándose en la actualidad en un 7,2% del PIB, inversión superior al promedio regional que para el año 2017 (última medición) alcanzó el 6,6% del PIB. (OCDE, 2020).



Gráfico 3. Gasto en salud como porcentaje del PIB Colombia. Fuente MinSalud.

Ampliación de beneficios.

La ampliación de la cobertura de aseguramiento hizo notable la obtención de beneficios en salud para la población, especialmente para la que se encontraba en condición de pobreza. Independientemente de su capacidad de aporte al Sistema, desde 1993 hasta el 2011, el Sistema se enfocó en la cobertura total de condiciones específicas para dicho régimen y en la cobertura parcial del plan de beneficios. En este sentido se dio la adopción del manual de medicamentos en 1997 y su posterior actualización en 2002, la política de atención integral de patologías de alto costo en 2003 y la aclaración y compilación de los contenidos del POS subsidiado en 2005. Para el 2009 el contenido del POS del régimen subsidiado representaba cerca del 60% del que tenía el régimen contributivo. (Restrepo-Zea, Casas & Espinal, 2018).⁶

⁶ Cobertura universal y acceso efectivo a los servi-

Para los años 2011 y 2012, como respuesta las limitaciones de años previos, se dio la unificación para toda la población del Plan de Beneficios (PBS antes POS), primero mediante la unificación plan de beneficios entre mayores de 60 años y luego para la población entre los 18 y 59 años y desde 2017 se definió un listado explícito de exclusiones que implica la cobertura de prestación de servicios y tecnologías estructurados sobre una concepción integral de la salud, independiente de la capacidad de pago del afiliado.

Dicha ampliación de beneficios estuvo acompañada de ajustes en la Unidad de Pago por Capitación del régimen subsidiado, de manera que esta pasó del 56,3% de la UPC contributiva en 2008 al 89,5% en 2018. (Restrepo-Zea, Casas & Espinal, 2018). Para la fecha, el reto del sistema es obtener los recursos que permitan la puesta en marcha de los instrumentos técnicos para la nivelación plena de la UPC.

Aumentado en la oferta y acceso a servicios de salud.

Para finales de 1993 cuando entraba en vigor la reforma, la prestación de servicios para la población se caracterizaba por la limitada infraestructura para la prestación de los servicios y la discordancia entre la oferta hospitalaria y los subsidios destinados a cubrir estos costos que a su vez no reflejaban las necesidades y demandas de la población. La implantación del aseguramiento ha traído consigo una mayor oferta y acceso a atenciones y procedimientos médicos por medio de la reducción en las barreras socioeconómicas en el acceso y la dotación de infraestructura que limitaban el modelo de salud previo a la reforma.

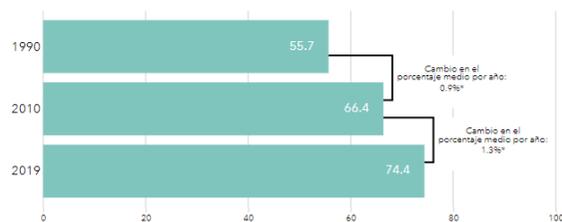
En términos de acceso a estos servicios, como lo señala Escobar, et al., (2010) si bien el esquema normativo definía que los hospitales públicos debían ser gratuitos y dar cobertura a los pobres y a personas sin cobertura de seguro, tan solo el 20% de las admisiones a hospitales públicos correspondía a población situada en el quintil más pobre y el 91% de los pacientes más pobres hospitalizados debía afrontar costos directos.

En este sentido, el instrumento de subsidio público era ineficiente y regresivo pues beneficiaba a pacientes con capacidad económica. Casi un 60% de las admisiones a hospitales públicos correspondía a personas de los quintiles cuarto y quinto de ingresos, pero tan solo el 69% de los pacientes con más recursos que estaban hospitalizados realizaba desembolsos directos (Molina et al., 1993, citado en Escobar et al., 2010). Así, las principales razones por las cuales la población enferma no accedía a estos servicios era el costo de los servicios y la limitada oferta hospitalaria, pues los primeros niveles de atención en los centros existentes no daban solución a las necesidades de las personas y en los niveles superiores eran rechazados por su capacidad de pago u ocupación. (DNP, 2000).

Para los años previos a la implementación del modelo de aseguramiento social, casi el 35% de los colombianos más pobres no iba ni una vez al médico y casi el 60% de las personas que reportaron una enfermedad que requería consulta en un centro de salud en 1993 no utilizó estos servicios debido a los altos costos que esto implicaba.

Esta situación se ha corregido y a la fecha el 96% de las personas que enferman consultan a través del SGSSS. (Min Salud, 2020) De este total el 66% de las personas considera que es fácil o muy fácil acceder a un servicio de salud, lo que significa un avance en la percepción de acceso a los servicios de salud pues en los últimos 5 años pues en el 2015 solo el 43% lo consideraba.

En este sentido, como lo evidencian distintos estudios y evidencia, Colombia ha presentado importantes avances medibles, tal como lo refleja el índice de cobertura efectiva de la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) que representa la cobertura de servicios para todas las necesidades sanitarias poblacionales y la medida en que esos servicios podrían contribuir a mejorar la salud, que para 1990 llegaba a un 55.7% y para 2019 alcanza el 74,4%.

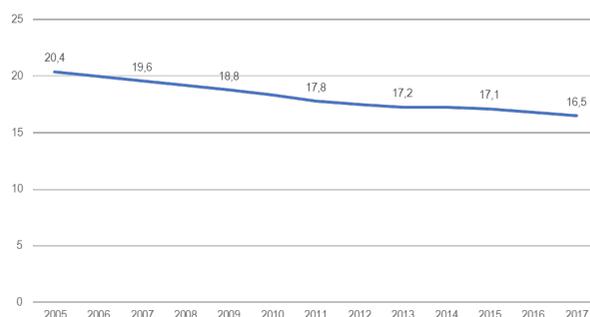


Gráfica 4. Avance en cobertura sanitaria universal CSU

Fuente: IHME. 2020 ¿Qué tan bien proporciona este país o territorio servicios de salud esenciales y eficaces?

Resultados en salud.

Las anteriores secciones demuestran como a lo largo de estos 29 años de implantación del esquema de aseguramiento social en Colombia, ha habido una mejora sistemática en la mayoría de los indicadores de salud pública. En palabras del Banco Mundial (2019)⁷ la Cobertura Universal en Salud está sólidamente arraigada. Los resultados han mejorado en mortalidad materna, mortalidad infantil y tasas de vacunación.



Gráfica 5. Tasa de mortalidad infantil (ajustada) x 1000 N.V.

Fuente: Min Salud. 2020

Además, Colombia ha avanzado en la puesta en marcha del programa de vacunación más extenso de la región con 21 biológicos para 26 eventos inmunoprevenibles, con cobertura que ha ido aumentando desde el año 2000, superando el 90% en varios casos.

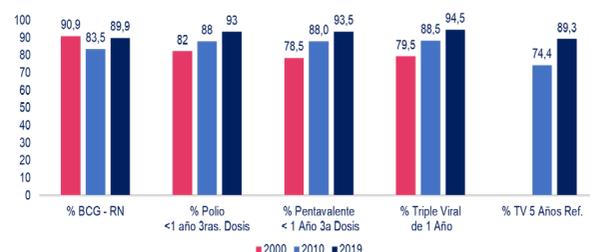


Gráfico 6. Cobertura de vacunas trazadoras

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

cios de salud: ¿Qué ha pasado en Colombia después de diez años de la Sentencia T-760?

⁷ Banco Mundial. (2019). Evaluación Externa de la Calidad de la Atención en el Sector Salud en Colombia.

El aumento en la cobertura de los programas de vacunación y la mejoría general de las condiciones de vida de las personas han permitido disminuir indicadores trazadores como, como es la mortalidad en menores de 5 años por infección respiratoria aguda la cual pasó de 35 niños por cada 100.000 en dicha década a 11,7 en 2019.

Los distintos indicadores trazadores al mirarse de forma completa inciden en uno de los indicadores de la salud del país dado como es la expectativa de vida de las personas. En este sentido Colombia ha venido mejorando de forma importante la expectativa de vida de su población a un ritmo similar al de otros países de la región.

PERIODO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
1985-1990	64,65	71,52	67,99
1990-1995	65,34	73,37	69,25
1995-2000	67,07	74,95	70,90
2000-2005	69,00	76,31	72,56
2005-2010	70,67	77,51	74,00
2010-2015	72,07	78,54	75,22
2015-2020	73,08	79,39	76,15

Gráfico 7. Expectativa de vida al nacer. 1985-2020

Fuente DANE. (1993, 2020)

Derecho fundamental.

Este es tal vez uno de los aspectos en el que, si bien hay avances notorios y marcos de acción definidos, el camino por recorrer es amplio. Si bien la Constitución de 1991 en su artículo 49 planteó que todos los ciudadanos tienen acceso a los servicios de salud y que es responsabilidad del Estado su provisión, y nunca se habló de un derecho a la salud, la exigibilidad del derecho a los servicios de salud a través de las cortes por mecanismos expeditos para su reclamo como la tutela, sentó las bases para un reconocimiento a través de jurisprudencia en donde la Corte Constitucional estableció el derecho a la salud como un derecho fundamental en conexidad con la vida y la dignidad y por lo tanto tutelable (Lamprea, 2017; Gutiérrez. 2018).⁸

Este protagonismo de la salud como derecho fundamental autónomo se cristalizó en las Sentencias C-463 de 2008 y T-760 de 2008, en donde se definió el derecho a la salud como “la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser”. (Corte Constitucional. Sentencia T-760 de 2008).

Los anteriores avances sentaron las bases para que en 2015 se adoptara la Ley Estatutaria número 1751 de 2015 en la que el legislador definió, reconoce y regula los elementos esenciales de este derecho fundamental, específicamente, su naturaleza y el alcance de esta garantía, la definición de sistema de salud, las obligaciones del Estado, sus elementos esenciales y sus principios, los derechos y deberes específicos, así como la intersectorialidad. Se consagró así el derecho en su dimensiones individual y colectiva: como derecho fundamental autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo y como servicio público el cual debe ser prestado de manera oportuna, eficaz y con calidad por parte del Estado. (Defensoría, 2019).

b. Aumento en las demandas de salud, nuevas dinámicas y necesidades de ajustes y evolución.

Esta combinación de mayor cobertura, menor gasto por parte de la población y la promesa de acceso universal incluida en la Ley 100 de 1993, han tenido como consecuencia que la demanda de servicios haya aumentado de manera significativa, incrementando sustancialmente el acceso a los servicios curativos, y por tanto la exigencia al sistema y sus capacidades, que con el tiempo se tradujeron en fallas en la accesibilidad, continuidad, calidad, equidad y cobertura territorial y en el ámbito del derecho.

Estas fallas se atribuyen, en parte, a la ausencia de una política pública en salud que trabaje sobre los determinantes sociales de la salud junto al compromiso de los sectores diferentes al sector salud, para el logro progresivo de la garantía de dicho derecho; la limitada competencia, el divorcio entre el esquema de aseguramiento, el esquema de prestación de servicios concentrado en la curación, y las funciones de salud pública a cargo de entidades territoriales con muy limitada capacidad de intervención; la no exigencia de una mayor gestión del riesgo clínico y financiero realizada por algunas EPS; la carencia de un modelo de atención integral enfocado en la atención primaria; falencias en la planeación y empleabilidad digna del recurso humano del país; la ausencia incentivos financieros y no financieros para premiar la calidad de atención en salud y la escasez de fuentes de financiamiento en salud.

Nuestro sistema de aseguramiento social se ha caracterizado entonces por su baja reputación y legitimidad ciudadana, desconfianza entre los actores, intervención limitada sobre los determinantes sociales de la salud y muertes evitables, existencia de barreras administrativas, geográficas y económicas para el acceso a ciertos servicios, escasez y distribución ineficiente del recurso humano en salud y por ver constantemente amenazada su sostenibilidad financiera

Este contexto implica que, tras 29 años de operación del modelo de aseguramiento, las expectativas de los colombianos respecto al Sistema han cambiado, por lo que el sistema de salud debe evolucionar de forma dinámica y superar los problemas que impiden una atención integral en salud con atributos de oportunidad, eficacia y calidad, consolidando una visión de largo plazo del sistema.

Dichos cambios deben partir del reconocimiento de los éxitos alcanzados y lecciones aprendidas en estas casi 3 décadas, de forma que las falencias sean subsanadas de forma estructural y las nuevas expectativas sean realizables.

c. Ajustes transversales necesarios para la evolución del Sistema.

Partiendo de la ponderación entre los alcances y evolución de nuestro sistema de salud y sus retos y tareas pendientes, la alternativa a las propuestas de acabar con lo construido radica en consolidar un esquema sistémico regulado que module los fallos de mercado y provea elementos para estandarizar los procesos de atención, de acuerdo con las definiciones de sistema e integralidad contenidas en la Ley Estatutaria de la Salud (Ruiz, 2018).

En este sentido se hace necesario primero reconocer el protagonismo de la salud como derecho fundamental autónomo alcanzado con la Ley 1751 de 2015, y desarrollar su concepto de Sistema de Salud tal y como se colige del artículo 4º de dicha norma, mediante una serie de ajustes transversales y generales al sistema y las interacciones que se dan entre sus actores, incorporando a lo largo del sistema elementos mínimos que intervengan en la relación de los aseguradores, prestadores, entidades territoriales y personas, tal como son: un modelo de atención, la gestión integral del riesgo en salud, la planeación integral en salud pública, la interoperabilidad

⁸ Lamprea. (2017) The Judicialization of health care: A global and comparative perspective. Annual Review of Law and Social Science,

de la información a través de un sistema de información y el ajuste de estas estrategias, mecanismos y procesos, a la visión de las poblaciones en las distintas regiones del país. Estos ajustes transversales van en conjunto con ciertas medidas de ajuste y fortalecimientos específicos al esquema de aseguramiento, la prestación de servicios a través de redes y la operación de las ESE en las regiones, talento humano, y medidas orientadas a lograr la sostenibilidad financiera del sistema.

d. Modelo de atención integral y diferenciado.

La baja implementación de un modelo de atención enfocado en la prevención y el manejo racional de los pacientes en los niveles primarios ha determinado un gasto excesivo en servicios hospitalarios que se han transformado en la puerta de entrada del sistema y desaprovechando la capacidad del sistema de salud de prevenir y tratar oportunamente a los pacientes, comprometiendo continuidad de los servicios y privilegiando el evento en salud y sus costos como forma de atención.

En efecto mientras solo 1 de cada 2 colombianos asiste a una consulta de prevención al año, la tasa de hospitalización anual es de cerca del 10%, más del doble de la tasa de hospitalización de México o Brasil (Ruiz y Zapata, 2017), lo que además ha determinado un gasto excesivo en los servicios hospitalarios. Otros datos de resultados evitables nos muestran los impactos negativos resultantes de la ausencia de un modelo enfocado en la atención primaria:

235 por cada 100.000 personas entre los 30 y 70 años mueren por causas evitables (enfermedades isquémicas del corazón, accidentes cerebrovasculares, EPOC y enfermedad renal crónica en aumento). Fuente: EEVV, DANE, IHME.

Solo el 72% de los pacientes hipertensos diagnosticados están controlados.

Incremento de la Razón de Mortalidad Materna: 6,5% en 2019 en comparación con el 2018. Principalmente por muertes en Cesar, La Guajira, Cundinamarca y Tolima.

Bajas tasas de detección temprana: sólo el 49% de los pacientes con cáncer de mama son detectados en estados tempranos. Coberturas deficientes de tamizaje: inferiores al 47% para el tamizaje de cáncer de mama.

El tiempo promedio de espera entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento en cáncer de cuello uterino es, en promedio, de 70 días.

Incidencia de sífilis congénita en aumento (3,1 x 1.000 n.v; meta: <0,5)

Ocupación subóptima de los niveles de atención hospitalaria, donde el primer nivel de atención no alcanza el 40%, mientras que los otros niveles superan el 78%, teniendo el segundo nivel una ocupación por encima de 97% y 91% el tercer nivel, en el período 2007-2012. (Ministerio de Salud, 2016).

En este sentido, la propuesta apunta a definir un modelo de atención que orienta el sistema hacia la prevención, promoción y mantenimiento de la salud, cerca al lugar de residencia, trabajo o recreación, a cargo de un prestador primario que le asignará a cada persona y su grupo familiar, un médico con enfoque de salud familiar y comunitario, de su libre elección, que apoyado por un Equipo Multidisciplinario de Salud (EMS) con capacidad resolutoria superior al 70%, capacitados para atender la gran mayoría de los pacientes con diabetes, integrando la prevención a un costo mucho menor con mayor oportunidad y continuidad en la atención.

Este modelo ha sido propuesto como un sistema moderno en Inglaterra, Holanda y Canadá, con resultados excelentes. (Ruiz, 2018, p. 13).⁹ y busca garantizar

una atención en salud con equidad, centrada en las personas, con estándares de oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad e incorporando las necesidades propias de cada territorio. A su vez favorece al mejoramiento de la prestación del servicio al usuario y a la sostenibilidad del sistema pues al brindar una asistencia primaria integral desde el primer nivel, descongestiona los otros niveles de complejidad que son saturados por los usuarios al no encontrar solución a su problema en el primer nivel de atención.

e. Planeación integral de la salud pública.

En Colombia el abordaje a la salud pública se ha realizado desde una visión exclusiva del sector salud, lo que ha limitado la resolución de problemas en salud más allá de lo prestacional y reducido el flujo compartido de recursos, saberes y experiencias de los demás sectores. Esto ha generado que la búsqueda de soluciones integrales en las distintas políticas públicas del sector salud, y los demás sectores donde se puede y debe incorporar el enfoque de “salud en todas las políticas” planteando por la OMS en la Declaración de Adelaida de 2010, tal como esta pandemia nos ha evidenciado que si se puede hacer.

A esto se le suma que las condiciones históricas del desarrollo regional han generado una heterogeneidad entre las capacidades territoriales de las diferentes entidades territoriales en materia de planeación y ejecución de intervenciones colectivas oportunas y costo-efectivas (Vecino, Puerto, Lucumí & Mosquera, 2020) lo que en conjunto ha impactado de forma problemática en la articulación de los distintos actores intervinientes -directa o indirectamente- en el goce del derecho fundamental a la salud, en torno a metas y soluciones comunes.

Un ejemplo de esta ausencia de coordinación entre las acciones de los diferentes agentes sectoriales e intersectoriales que intervienen directa o indirectamente en la garantía del derecho fundamental a la salud, es que las 10 causas principales del número total de muertes en 2019 (con cambio en el porcentaje entre 2009 y 2019), están relacionados con intervenciones y decisiones que rara vez pueden ser implementadas por el sector salud y usualmente el manejo de estas problemáticas depende directamente del sistema de salud cuando la enfermedad se encuentra en estado avanzado. En síntesis, el sistema de salud se ha convertido en un receptor de personas con afectaciones cuyo origen está en factores de riesgo en los que otros sectores tienen mayor incidencia.



Gráfico 8. Las 10 causas principales del número total de muertes en 2019 y cambio en el porcentaje entre 2009 y 2019, para todas las edades mixtas.

Fuente: IHME. ¿Qué causa la mayoría de las muertes?

“Colombian health care system: results on equity for five health dimensions, 2003–2008.” Pan American Journal of Public Health 33 (2):107–15.
 Ruiz, Fernando, Zapata, Teana. 2015. La equidad en salud para Colombia, Brechas internacionales y territoriales. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/equidad-en-salud-para-colombia.pdf>

⁹ Ruiz, Fernando, Zapata, Teana, Garavito, Liz. 2013.

Lo anterior se refleja en indicadores como:

Alta mortalidad por accidente de tránsito → 14,53 x 100.000

Prevalencia de exceso de peso alta → viene con un incremento de un punto porcentual apróx. en cada año desde 2005 para adultos y escolares (prevalencia 2015: 56,4% en adultos; 17% en adolescentes, 24% en escolares y 7% en niños).

Tal como se evidenció con anterioridad, por su limitado rol en otros sectores, el sector salud no puede desarrollar intervenciones de salud pública comprehensivas. Esto pone de presente la necesidad de ubicar a la salud pública como función y objetivo central del sistema, por medio de mecanismos e instrumentos de planeación y gestión de la salud pública a nivel colectivo e individual, integrando tanto las metas nacionales con las necesidades y objetivos en los territorios, los objetivos del sector salud con los de los demás sectores concurrentes en los determinantes sociales de la salud y el fortalecimiento de las capacidades técnicas de los entes territoriales.

Como respuesta a esta heterogeneidad de capacidades regionales y la ausencia de articulación sectorial y nación-territorio, surge la planeación integral en salud pública desde el ente rector que es el Ministerio de Salud y Protección Social a través del Plan Decenal de Salud Pública, desde donde se definirán todas las acciones y metas en salud, a nivel nacional y territorial, tanto para el sistema de salud, como para los demás sectores que intervienen en la atención y goce efectivo del derecho a salud así como sus determinantes sociales.

Este instrumento de planeación en salud pública se coordinará a nivel nacional mediante la Comisión Intersectorial de Salud Pública, creada por la Ley 1438 de 2011, quien articulará los sectores y las actividades y metas que intervengan en los determinantes sociales en salud en concordancia con los lineamientos del PDSP, y se integrará con el nivel territorial mediante los actuales Planes Territoriales de Salud (PTS) que se coordinarán con los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, quienes se articulan en la Comisión Intersectorial del nivel nacional.

Un rol más activo en la toma de decisiones de política pública en conjunto con los distintos sectores involucrados en la salud a través del Plan Decenal de Salud Pública y la Comisión Interinstitucional de Salud Pública, puede tener un impacto significativo en los resultados en salud de las poblaciones, la equidad en salud y reducir en el largo plazo los costos económicos y de capital humano que significan las fallidas y reiteradas acciones de salud pública no efectivas. (OMS, 2014)¹⁰.

Es importante que estos instrumentos cuenten con mecanismo de evaluación y seguimiento permanente, con base en lo cual se genera la información, los indicadores y las alertas necesarias, a manera de un tablero de mando permanente del sistema de salud. Por lo anterior se crea y desarrolla un Sistema de Evaluación continua Nacional y Territorial, que articula desde un enfoque de planeación, las acciones, metas, resultados y evaluaciones a desarrollar por parte de la Nación y los Entes Territoriales en sinergia con los actores privados que concurren en los determinantes sociales de la salud, corrigiendo a su vez la dispersión normativa de las Leyes 1122 de 2006 y 1438 de 2011.

f. Integralidad en la gestión del riesgo.

La desarticulación de los actores es una limitante a superar en la integralidad en la gestión del riesgo, siendo

una característica de la relación entre los agentes que tienen la responsabilidad de gestionar la salud como son los aseguradores, las Entidades Territoriales y las personas, que termina por afectar el marco de acción por medio de la descoordinación y desconfianza mutua. Se evidencia entonces la necesidad de instrumentos y mecanismos que permitan definir adecuadamente los roles y competencias de cada actor y que el cumplimiento de estos tenga como fin último el logro de resultados en salud y el bienestar de las personas, poblaciones y comunidades.

En este sentido se propone la gestión integral del riesgo como estrategia que permite identificar, evaluar, medir, intervenir (desde la prevención hasta la paliación) y llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, por medio de la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores con la visión de lograr de resultados en salud y bienestar en las poblaciones.

Esta gestión integral del riesgo se desarrolla desde un modelo de atención enfocado en la prevención y el manejo racional de los pacientes en los niveles primarios, la salud individual, familiar y comunitaria y que se centre en las personas, sus cursos de vida e interacciones con los lugares donde viven trabajan o se recrean, con estándares de oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad e incorporando las necesidades propias de cada territorio

En términos de competencias, la Nación y las Entidades Territoriales serán las responsables del riesgo colectivo en coordinación con las EPS y los prestadores, y de articular y coordinar estas acciones con las intervenciones para el manejo del riesgo individual, que son responsabilidad de las aseguradoras, las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), los prestadores y la población.

Por su parte los aseguradores son los responsables del riesgo individual, a través de los diferentes prestadores de servicios de salud de su red, responsables del seguimiento, búsqueda activa, educación y reforzamiento en riesgos de sus afiliados. Así mismo las Administradoras de Riesgos Laborales deberán coordinar las acciones relacionados con los riesgos laborales de sus afiliados, con las aseguradoras a la cual se encuentren estos afiliados. Por último, las personas y comunidades tendrán la responsabilidad de su autocuidado, la adherencia al tratamiento y el cumplimiento de citas; lo cual se incentivará y promocionará con medidas de estímulo.

En términos operativos cada asegurador deberá ser capaz de monitorear el riesgo de los pacientes a nivel individual, identificando riesgos individuales, hacer seguimiento de intervenciones y sus efectos, así como para el seguimiento de pacientes, identificar su adherencia al tratamiento, así como la evaluación de la calidad y oportunidad en la atención por parte de los prestadores primarios y complementarios. Dichos sistemas de información y monitoreo del riesgo individual de los pacientes deberán estar integrados en el marco del Sistema Único Interoperable.

g. Territorialización del aseguramiento.

La territorialización del aseguramiento, la prestación de servicios, la salud pública, y demás elementos del Sistema de Salud, se da en respuesta a que Colombia presenta uno de los niveles más altos de desigualdad regional en el PIB per cápita de entre los países de ingreso medio y alto y estas desigualdades afectan precisamente a los grupos más desfavorecidos (OCDE, 2019) y sujetos de especial protección a las que hace referencia la Ley Estatutaria en Salud en su artículo 11.

¹⁰ OMS. (2014) Helsinki Statement Framework for Country Action.

Las minorías étnicas y a las personas desplazadas por el conflicto, que se concentran de manera desproporcionada en las zonas rurales, el acceso a la educación y servicios públicos de calidad también es desigual entre las distintas regiones y grupos socioeconómicos, y en la actualidad, el creciente flujo de inmigración procedente de Venezuela que afecta principalmente a las regiones noroccidentales del país (OCDE, 2019) son elementos que hace necesario un abordaje diferenciado de los problemas en salud a lo largo del territorio.

Tal como se dijo, las condiciones históricas del desarrollo regional han generado una heterogeneidad entre las capacidades territoriales de las diferentes autoridades locales en materia de planeación y ejecución de intervenciones en salud pública oportunas y costo-efectivas. A esto se le suma la capacidad dominante que adquiere el asegurador e incluso algunos prestadores en algunos territorios, lo que ha desvinculado la gestión de la salud individual con la gestión de riesgos colectivos.

En este sentido, uno de los retos del Modelo de Atención Primaria con enfoque territorial y familiar a través de redes, es la adecuación de la oferta de servicios en las zonas de alta ruralidad, en donde la mayor parte de los proveedores son públicos y tienen muy bajo nivel resolutivo.

En estas zonas territoriales alejadas o de alta dispersión geográfica de la población, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, se deben implantar modelos diferenciados de aseguramiento con un único asegurador. Se propone implantar zonas o áreas especiales de aseguramiento en las que, de acuerdo con una caracterización previa del Ministerio de Salud, se integren áreas de confluencia departamental, afinidad demográfica y/o de necesidades en salud, de forma tal que se cree una red única intraterritorial que garantice la integralidad de la atención.

La instalación y aplicación efectiva del Modelo de Atención Primaria con enfoque territorial y familiar a través de redes, además de solucionar algunos problemas de atención a los usuarios, puede ser también útil en el objetivo de alcanzar la sostenibilidad financiera del sistema. Un estudio de la OECD para la Comisión Europea analizó el crecimiento esperado del gasto en salud para los países miembros, y simulando el efecto de una mejora en la salud de la población, encuentra que un incremento del 50% en la proporción de años que las personas pasan en buen estado de salud, reduce el gasto en salud en 2 puntos porcentuales del PIB.

Es decir, si el Modelo de Atención Primaria con enfoque territorial y familiar logra que los usuarios pasen la mitad del tiempo, enfermedad y discapacidad, se podría contar con ingresos adicionales equivalentes por lo menos a un punto del PIB y hasta dos, logrando hacer frente a la absorción tecnológica y cambios poblacionales. De hecho, la aplicación de este tipo de modelos de atención tiene el potencial de reducir las solicitudes por servicios incluidos en el Plan de Beneficios por vía judicial, puesto que a mejor continuidad y oportunidad del servicio, los ciudadanos ya no deben recurrir a la tutela (Gutiérrez, 2018, p. 18-19).

Ajustes específicos: Fortalecimiento del aseguramiento, prestación de servicios integrales e integrados, talento humano suficiente y resolutivo, sostenibilidad y otras disposiciones.

Los ajustes transversales al sistema van acompañados de una serie de ajustes específicos al esquema de aseguramiento que permita recuperar el rol asegurador y sus actividades de gestión individual y poblacional, la prestación de los servicios y sus problemas de calidad en la atención y fragmentación mediante las redes integrales

e integradas en salud, la toma de decisiones en torno a la planificación, gestión y formación del THS.

Frente a la existencia de muchos aseguradores surge la propuesta de territorializar la operación de los aseguradores y definir sus poblaciones, de forma que el sistema se acerque a la persona desde una perspectiva territorial y las personas vean representado su rol en el sistema, mejorando las posibilidades de acceso, así como dando herramientas para su evaluación.

h. Mecanismos de pago en función de resultados en salud y calidad en la atención.

En el sistema actual, aunque las UPC recibidas por las EPS se ajustan (imperfectamente) a los riesgos de los individuos, están calculadas sobre la base de una calidad promedio ofrecida por las EPS, lo que conlleva a que haya una situación de subsidios cruzados (no deseable) entre las EPS que ofrecen una mejor calidad hacia las EPS que ofrecen una calidad baja de tal forma. Así, los resultados económicos dependen mucho menos de la calidad ofrecida a sus usuarios respectivos y más control de gasto, lo que incentiva estrategias de negación de servicios. (Bardey, 2015).

Por lo anterior, se busca establecer el pago de una parte de la UPC con base en los resultados en salud de los afiliados. Dicho esquema de pago obligaría a que los resultados económicos de las EPS obedezcan al cumplimiento de metas sanitarias.

i. Giro directo

Ante la preocupación por la transparencia en la asignación de los recursos por parte de las EPS, se generaliza la figura del giro directo y se determina que la Administradora de los Recursos de la Salud (ADRES) será la entidad que en nombre de las aseguradoras en salud hará el giro del 90% de los recursos de UPC destinados para salud, permitiendo monitorear en tiempo real la aplicación de los recursos.

j. Modelo de atención y Prestación de servicios de salud

El modelo de atención primaria para su funcionamiento óptimo implica el desarrollo de las Redes Integradas de Servicios, las cuales pueden contribuir de manera sustancial a reducir el uso de los servicios de emergencia como puerta de entrada al sistema, reduciendo las hospitalizaciones evitables, y previniendo la aparición de enfermedades crónicas y sus complicaciones. (Gutiérrez, 2018 p. 10). En este sentido, para superar la fragmentación de servicios y barreras en la atención y su continuidad que han significado vulneraciones al mandato expreso del artículo 14 de la Ley 1751 de 2015 respecto a la prohibición de la negación de prestación de servicios, se propone la operativización de los modelos de atención integrales y diferenciados por territorios a través de la constitución de las redes integrales e integradas de servicios para la atención, que responde a las necesidades en salud de las personas, familias y comunidades, de acuerdo con las condiciones propias de cada región y territorio.

En este modelo como puerta de acceso al sistema se ubica el Prestador Primario, encargado de promover la salud individual, mitigar los riesgos en salud de la población, atender y resolver la mayor parte de las enfermedades, y concertar y concurrir en modelos de atención primaria extramural. Este prestador primario se encuentra integrado en una Red Integral de Servicios de Salud definida en la que los prestadores complementarios, a través del sistema de referencia y contrarreferencia, estarán en la capacidad de atender el manejo de enfermedades y condiciones que requieran aporte

continuo de media y alta complejidad, ambulatorio, de internación y ejecución de procedimientos quirúrgicos.

Teniendo en cuenta los episodios en salud y enfermedades catastróficas, toda red contará con Centros de Excelencia, como prestadores complementarios independientes o subredes de atención que se caracterizan por su capacidad de integrar la asistencia, investigación y docencia alrededor de la enfermedad o conjuntos de enfermedades que requieran de alto aporte en tecnología y especialización médica.

Las redes integradas de servicios vienen operando con relativa novedad en el Sistema de Salud Colombiano. De acuerdo con la Resolución número 1441 de 2016 las RIPS son el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados; ubicados en un ámbito territorial definido(...) con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario (...) que busca garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutive a la población, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención, así como de los resultados en salud". (Min Salud, 2016).

De esta forma se busca mejorar las condiciones de salud de la población a través de acciones articuladas y coordinadas entre los agentes del sistema y la población, bajo el liderazgo del departamento o del distrito como instancia rectora a nivel regional capaz de identificar prioridades operativizar acuerdos interinstitucionales y comunitarios.

k. Talento humano suficiente y resolutive.

Independiente del modelo de organización y funcionamiento de los sistemas de salud, el talento humano es el pilar de este, pues, es a través de su acción que se garantiza el acceso y calidad del servicio y se materializa el derecho a la salud. (Ministerio de Salud, 2013). Esta es la importancia de este sector, que la demanda y la oferta de trabajadores sanitarios han aumentado con el tiempo en todos los países de la OCDE, con puestos de trabajo en el sector de la salud y la contabilidad social en 2014 para más del 10% del empleo total en la mayoría de los países que para entonces eran miembros de dicha organización. (OCDE, 2019).

Sin embargo, la planeación, formación y empleabilidad en condiciones dignas de este recurso humano es uno de los principales retos al interior de todos los sistemas de salud. De acuerdo con el "Proyecto de estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030" de la Organización Mundial de la Salud, para mantener e impulsar la meta de la cobertura sanitaria universal hay un déficit de personal sanitario de casi 18 millones de profesionales de la salud, principalmente en los países de ingresos bajos y medianos-bajos. (OMS, 2016).

En Colombia, varios estudios han señalado un déficit en gran parte de los recursos humanos en salud, especialmente en las especialidades médicas (Cendex, 2013; Observatorio de Talento Humano en Salud, 2018). Al comparar con la experiencia internacional, de acuerdo con datos del Banco Mundial (9) se observa el retraso de Colombia en materia de talento humano. En nuestro país, por cada 1000 habitantes hay 1,47 médicos, mientras que en países como Cuba (7,5), Alemania (4,12), Argentina (4,03), España (3,8), Estados Unidos (2,5) y México (2,5), esta proporción es mayor.

Fallas en la regulación de la educación superior, inequidades en el acceso a las residencias médicas, poca oferta de plazas laborales, y condiciones de trabajo poco

dignas, son factores críticos que derivan en mayores problemas en la calidad, oportunidad y continuidad de los servicios de salud. Como lo reveló recientemente el Colegio Médico Colombiano (CMC) el Talento Humano en Salud ha visto mermadas sus condiciones laborales de forma estructural, lo que ha generado efectos directos sobre su salud como el "burnout" o el síndrome del quemado y se refleja en un nivel alto de estrés vinculado al trabajo. La mayor parte de las veces se da por exceso de horas laborando, sumado al poco descanso que termina en desgaste físico y mental.

De otro lado, la configuración del sistema afecta la relación con el paciente, sus necesidades en salud, y de paso la autopercepción funcional del médico. Un documento del Cendex publicado en el 2012 incluye un estudio de satisfacción de médicos generales y especialistas y reporta que los primeros tienen 30% de capacidad resolutive y los segundos, 66%.

La capacidad resolutive de los médicos generales colombianos, y con ello la capacidad formadora de las facultades de medicina del país, está seriamente cuestionada. Ya es común que en diferentes foros e instituciones como el gobierno, la academia, sociedades científicas y más aún, la comunidad en general, se cuestione la calidad del médico general. (Ascofame, 2016).

l. Disponibilidad de Especialidades y su distribución sobre los territorios.

En Colombia, hay un déficit de especialistas en salud que se agrava aún más en los territorios porque generalmente los profesionales están en las capitales o en las grandes ciudades. La alta demanda de pacientes y la poca oferta de especialistas es un desafío para el sistema de salud colombiano.

Para solucionar este problema, se han implementado estrategias como la reorientación de la formación académica en salud para mitigar la problemática a mediano plazo. Según cálculos del sector, para atender las necesidades se requieren cerca de 8.000 especialistas.

Este déficit se debe a varios factores, como la falta de incentivos para los profesionales de la salud para especializarse en áreas críticas, la falta de programas de formación y capacitación en estas áreas y la falta de empleo en condiciones dignas y justas para los especialistas. Este problema afecta principalmente a las poblaciones más vulnerables que no tienen acceso a servicios de salud de calidad y asequibles. Para abordar este problema, se están implementando diversas políticas y estrategias para mejorar la formación y empleabilidad de los especialistas en áreas críticas y garantizar una atención médica de calidad y oportuna para todos los ciudadanos.

Hay varios factores que pueden contribuir a la falta de incentivos para los profesionales de la salud para especializarse en Colombia:

1. Falta de recursos económicos: El costo de la educación y la formación para obtener una especialización puede ser elevado y muchas veces los profesionales de la salud no cuentan con los recursos económicos necesarios para cubrir esos costos. Además, en muchos casos los salarios de los profesionales de la salud no son lo suficientemente altos para compensar los costos de la formación.

2. Falta de oportunidades laborales: Aunque hay una gran necesidad de especialistas en el sistema de salud, en algunos casos no hay suficientes oportunidades laborales para estos profesionales. Por lo tanto, muchos profesionales de la salud no ven el sentido de invertir

tiempo y recursos en una especialización si no hay garantía de empleo al final del proceso.

3. Falta de incentivos financieros: A menudo, los profesionales de la salud que trabajan en el sector público reciben salarios más bajos que los que trabajan en el sector privado. Como resultado, muchos profesionales de la salud pueden sentir que no hay suficientes incentivos financieros para especializarse y mejorar sus habilidades y conocimientos.

4. Falta de reconocimiento: En algunos casos, los profesionales de la salud que se especializan no reciben suficiente reconocimiento o valoración por su trabajo. Esto puede incluir salarios más bajos, menor estatus social y menos oportunidades de desarrollo profesional.

En resumen, la falta de incentivos financieros, oportunidades laborales y reconocimiento pueden contribuir a la falta de especialización entre los profesionales de la salud en Colombia. Para abordar este problema, se necesitan políticas y programas que promuevan el acceso a la educación y la formación, así como incentivos financieros y laborales

Adicional a lo anterior, las limitaciones laborales y prestacionales de los médicos se ve exacerbado en la frustración de no poder acceder a una especialidad que le permita no solo prestar una atención más precisa sino también mejorar sus condiciones financieras. Para 2015, la tasa de crecimiento de las especialidades era menor que la tasa de egreso de médicos generales, la cual llega a los 5.000 por año en comparación con el crecimiento limitado de las residencias, que solo llega a los 1.800 cupos para las diversas especialidades médicas o quirúrgicas.

De acuerdo con datos de Ascofame hay una relación de casi 3 o 4 médicos generales que se gradúan anualmente frente a los que se gradúan de especialista. El resultado es que en el Sistema de Salud haya una gran cantidad de médicos generales con baja capacidad resolutoria que genera un volumen elevado de consultas a pocos médicos especialistas. Lo que refleja como en Colombia no se ha podido consolidar un sistema de residencias médicas acorde con las necesidades e intereses de los distintos actores implicados.

Según el último informe del Observatorio de Talento Humano, se observa un déficit de 16.000 especialistas que corresponden a 4743 médicos especialistas de ramas quirúrgicas, 10552 a especializaciones médicas y 266 a las diagnósticas. Esta insuficiencia de especialistas en Colombia también se puede evidenciar en aspectos como la percepción por parte de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). De acuerdo con el informe Cendex (4) un alto porcentaje de Instituciones Prestadoras de Salud (55,6%) afirmó que la planta de especialistas se encontraba incompleta, y 41,3% señaló haber tenido que cerrar o suspender algún servicio en los últimos cinco años debido a no tener el personal especializado. En este punto según los directivos de las IPS las razones de la falta de especialistas son:

1. Poca formación de médicos especialistas (73%),
2. Insuficiencia de cupos para especializarse (60%),
3. Bajos salarios ofrecidos a los especialistas (34%),
4. Control de los propios especialistas sobre el número de egresados (32%),
5. Falta de incentivos para especializarse (23%) y
6. Falta de gusto por la ciudad (13%).

Con este contexto de presente queda claro que para el funcionamiento adecuado del Sistema de Salud se requiere reorientar los programas de formación en conjunto con el sector educativo, democratizar el acceso

a los cupos, medir la calidad promedio de nuestros médicos generales y generar programas de formación continua y actualización de competencias.

Lo anterior implica un necesario acuerdo entre Estado, IES y centros formativos, en que se revisen los programas y currículos de los posgrados que se ofrezcan y se determine la cantidad mínima de los cupos de posgrado que deberían ofertar las IES e instituciones con las cuales se establezcan los convenios de docencia-servicio. En este aspecto lo que se busca es ofrecer incentivos para el establecimiento de compromisos de formación de especialistas de acuerdo con los resultados Sistema de información para la gestión, planificación y formación del Talento Humano en Salud, y las necesidades identificadas a nivel nacional y territorial.

m. Sostenibilidad financiera del sistema de salud

Cuando se habla de la sostenibilidad del sistema se habla de una problemática que es apremiante a la fecha. Es un hecho que los distintos Estados dedican cada vez más, un porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) para financiar la atención en salud, lo cual puede verse como una respuesta a la mayor demanda y a la presión de las nuevas tecnologías que surgen como alternativa para prevenir y curar la enfermedad.

La unificación de los planes de beneficios, los medicamentos de alto costo, procedimientos y tecnologías no incluidos en este, así como los cambios demográficos y en el perfil epidemiológico con prevalencia a la enfermedad crónica de la población colombiana, son variables que explican las necesidades actuales y a futuro del sector salud.

Lo anterior conlleva que Colombia tenga que buscar alternativas para alcanzar un óptimo entre ingresos y gastos. La literatura indica tres tipos de herramientas: i) recaudar más dinero para la salud y ii) mejorar la eficiencia del gasto en salud, y iii) reevaluar las fronteras entre el gasto público y el privado, como un proceso de participación de la sociedad ante el aumento de los costos de los servicios (UDEA-GES, 2017).¹¹

Para el año 2019, según cifras preliminares del Ministerio de Salud y Protección Social, el gasto en salud alcanzó el 7,3% del PIB. Aproximadamente, tres cuartas partes de estos recursos corresponden a recursos públicos y las necesidades de recursos siguen aumentando.

Si bien este es un gasto importante, al contrastarlos con países de la OCDE encontramos que estos gastan 8,8% en promedio y las estimaciones apuntan a un gasto en salud que se sitúe al 10,2% del PIB para 2030 en los países de la OCDE, lo que genera preocupaciones en materia de sostenibilidad (OCDE, 2019¹²) más aún si se tiene en cuenta que la financiación en Colombia es de origen público y depende en gran medida del mercado laboral.

Estrechamente relacionado con las necesidades presupuestales debido a las crecientes demandas y expectativas de la población con su Sistema de Salud, y cuya manifestación práctica ha sido las limitaciones y negaciones en la prestación del servicio, encontramos los recobros por tecnologías no cubiertas por el PBS, como

¹¹ UDEA-GES (2017). Sostenibilidad financiera de los sistemas de salud: Alternativas y lecciones para Colombia. En Observatorio de la Seguridad Social. URL: <https://drive.google.com/file/d/0Bz2k8IK1sYaRMmhOTXlXyKs3Qmt0aDRvMGJ3OTVHTmRrQk5F/view>

¹² OCDE. (2019). Health at glance. La salud de un vistazo 2019: Indicadores de la OCDE (oecd-ilibrary.org)

uno de los principales retos para la sostenibilidad del sistema.

Para la gestión de recursos eficiente, y el fortalecimiento y consistencia del sector como un todo, y tomando en cuenta la experiencia exitosa de del Fondo de Garantías de Instituciones Financieras (Fogafin), se propone en el proyecto de la creación del *“Fondo de Garantías del Sector Salud como una entidad del nivel descentralizado, de naturaleza única, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa, presupuestal y patrimonio independiente”*, cuyo objeto esencial consiste en garantizar la continuidad de prestación de servicios de salud al usuario cuando esta pueda verse amenazada por la imposibilidad de pago de obligaciones por parte de las AS o IPS como resultado de problemas financieros y enfocado en servir de instrumento para el fortalecimiento patrimonial que permita el acceso a crédito y otras formas de financiamiento que aseguren el flujo de recursos.

Los ajustes al sistema deben incorporar medidas de fortalecimiento de inspección y vigilancia. En este sentido, el proyecto contempla extender el ámbito de competencia de la Superintendencia de Salud a todas las empresas que manejen recursos de la UPC y de sus holdings en lo concerniente al uso de los recursos de la UPC y toma medidas contra la posición dominante de algún actor.

En este sentido se define la regulación de conglomerados del sector salud, entendidos estos como la participación de algún actor del Sistema de Salud como primer nivel de control o influencia significativa, de forma individual o conjunta, sobre entidades comerciales y sin ánimo de lucro. Dichos conglomerados empresariales que estén constituidos por un actor del Sistema de Salud, que actúe en calidad de controlante o subordinada, estarán bajo supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud y otras Superintendencias concurrentes en lo relacionado con la revelación del conglomerado, así como la gestión y transmisión del riesgo a los actores del sistema de salud que en él participan.

La Inspección, Vigilancia y Control (IVC) del derecho a la salud y del propio SGSSS se constituyen en elementos básicos de fortalecimiento de los elementos esenciales que materializan la prestación oportuna y con calidad de los servicios de salud y ahora tras la expedición de la Ley 1949, y las medidas acá contempladas, se espera una acción de vigilancia más amplia y una capacidad sancionatoria más eficiente.

V. FUNDAMENTO JURÍDICO

Con la promulgación de la Constitución Política de 1991, se desarrollaron tres concepciones sobre la salud en el ordenamiento jurídico colombiano: La primera, la definía como servicio, negando su condición de derecho; la segunda, la consideraba como derecho fundamental por conexidad con el derecho a la vida o la integridad personal y la tercera, establecida sobre una base jurisprudencial que determina por qué la salud es un derecho fundamental autónomo exigible. Este hecho permitió que gracias a la jurisprudencia, la legislación colombiana avanzara en esta área, de tal forma que la salud en estos treinta años ha dejado de ser un derecho de segunda generación que estaba atado a las disposiciones económicas del Estado, convirtiéndose en un derecho fundamental, equitativo e igualitario para todos los ciudadanos colombianos con la promulgación de la Ley 1751 de 2017 “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”. Así que, la salud es un derecho que por su carácter inherente a la existencia humana se encuentra protegido en nuestro ordenamiento, especialmente en aras de una igualdad real y efectiva;

además busca de forma primordial, el aseguramiento del derecho fundamental por naturaleza: la vida, por lo que su naturaleza asistencial impone un tratamiento prioritario y preferencial por parte del Gobierno y del legislador, en aras a su efectiva protección.

En ese sentido, la Sentencia C-313-2014, dispuso: *“En cuanto al enunciado normativo contenido en el artículo 2º, cabe decir, en primer lugar, que caracteriza el derecho fundamental a la salud como autónomo e irrenunciable, tanto en lo individual como en lo colectivo. En segundo lugar, manifiesta que comprende los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. En tercer lugar, radica en cabeza del Estado el deber de adoptar políticas que aseguren la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. Finalmente, advierte que la prestación de este servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado”*.

En concordancia con lo anterior, la Sentencia T-121 de 2015 de la misma corte infiere que *“La salud tiene dos facetas distintas, que se encuentran estrechamente ligadas: por una parte, se trata de un servicio público vigilado por el Estado; mientras que, por la otra, se configura en un derecho que ha sido reconocido por el legislador estatutario como fundamental, de lo que se predica, entre otras, su carácter de irrenunciable. Además de dicha condición, se desprende el acceso oportuno y de calidad a los servicios que se requieran para alcanzar el mejor nivel de salud posible”*. Subraya fuera del texto.

De lo anterior se sustraen dos puntos importantes, lo primero es que fundamentalidad del derecho a la salud no depende, ni puede depender de la manera como estos se hacen efectivos en la práctica, sino de como el Estado garantiza su protección, comprendiendo todos los aspectos fundamentales del derecho a la salud. Segundo, que el derecho a la salud sea fundamental con un contenido acentuadamente prestacional, lo que significa que se genera el deber “prestacional” a cargo del Estado de brindar la atención de la salud, y el derecho en favor del particular de exigirlo dentro de unos lineamientos que la propia ley señala.

En ese orden de ideas, un proyecto de ley que tenga como objeto reestructurar el sistema general de seguridad social en salud, buscando limitar el lucro basado en la enfermedad y priorizar la garantía de este derecho humano fundamental, de conformidad con las disposiciones legalmente establecidas en la Ley 1751 de 2015 sus definiciones y principios, por su jerarquía y contenido debería iniciar su trámite en sesiones ordinarias, en Comisión Primera Constitucional cumpliendo con su trámite especial y el control previo de constitucionalidad; ya que, esta iniciativa claramente incorpora elementos esenciales que se entienden determinantes en la fundamentalidad del derecho a la salud.

Tal como está planteado el proyecto, se excluye, de entrada, la discusión de si lo que se está regulando es el derecho o la sola prestación del servicio. En el proyecto salta a la vista en primera medida la consideración de la salud no como servicio, sino como derecho fundamental. Asimismo, tal como lo dispone la Ley 1751 de 2015, define el Sistema de Salud como un conjunto articulado y armónico de principios y normas, políticas públicas, instituciones, competencias y procedimientos, facultades, obligaciones, derechos y deberes, financiamiento, controles, información y evaluación, que el Estado

disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud. Dicho sea de paso, la corte constitucional en Sentencia T-313-2014 advirtió que la expresión “*que el estado disponga*” “*no podrá entenderse como facultad alguna para disminuir los factores existentes que configuran el sistema de salud ni retroceder en cuanto a garantías, resultando en dicho sentido inaceptable el adelgazamiento del volumen de recursos orientados a la garantía del derecho, pues ello implicaría un detrimento para su materialización*”. Bajo este entendido, se advierte que la no regresividad, que se predica de derechos fundamentales como el que está en estudio, debe orientar la normatividad.

Otro aspecto a considerar la concurrencia de disposiciones de trámite especial en un texto que se tramitará como ley ordinaria. Según la Sentencia T-313-2014, “*(...) si bien es la propia Constitución la que determina cuales son las materias sujetas a reserva de ley estatutaria, sin que le sea dable al legislador ampliar o restringir esa definición; ha sido la Corte la que ha puesto de presente, que una ley, tramitada por la vía propia de las leyes estatutarias, puede contener disposiciones que estén sometidas a reserva de ley estatutaria y materias propias de la legislación ordinaria, señalando que “desde la perspectiva formal, las normas relativas a tales materias no pueden tenerse como contrarias a la Constitución, pues se tramitaron según un procedimiento que resulta más exigente que el previsto para la legislación ordinaria. Esta concurrencia, en un mismo proyecto de ley, de temas sujetos a reserva especial junto con otros propios de la legislación ordinaria, puede atribuirse a la necesidad de expedir una regulación integral sobre determinadas materias*”. Además, en la medida en que el control previo de constitucionalidad sobre los proyectos de ley estatutaria es integral, el pronunciamiento de la Corte debe recaer tanto sobre las disposiciones cuyo contenido está sometido a la reserva especial, como sobre aquellas que desde la perspectiva material no estén sometidas a tal reserva. Así pues, dado que la Constitución no prohíbe que en un proyecto de ley estatutaria se contengan disposiciones de naturaleza diferente como las ordinarias, ello no lo hace per se inconstitucional siempre que se hubiere tramitado por el procedimiento que resulta más exigente y guarde una conexidad temática razonable”.

Finalmente, el derecho a la salud como derecho fundamental se encuentra consagrado no solo en la Constitución de 1991, en la ley y la jurisprudencia, sino también en múltiples instrumentos jurídicos internacionales que hoy hacen parte de nuestra normativa por vía del llamado bloque de constitucionalidad. Sin lugar a dudas, es un derecho que debe ser objeto de todas y cada una de las garantías constitucionales y legales previstas.

VI. CONFLICTO DE INTERESES

El artículo 291 de la Ley 5ª de 1992 -Reglamento Interno del Congreso, modificado por el artículo 3º de la Ley 2003 de 2019, establece que: “*el autor del proyecto y el ponente presentarán en el cuerpo de la exposición de motivos un acápite que describa las circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto, de acuerdo con el artículo 286. Estos serán criterios guías para que los otros congresistas tomen una decisión en torno a si se encuentran en una causal de impedimento, no obstante, otras causales que el Congresista pueda encontrar*”. A su turno, el artículo 286 de la norma en comento, modificado por el artículo 1º de la Ley 2003 de 2019, define el conflicto de interés como la “*situación donde la discusión o votación de un proyecto de ley o acto*

legislativo o artículo, pueda resultar en un beneficio particular, actual y directo a favor del congresista”.

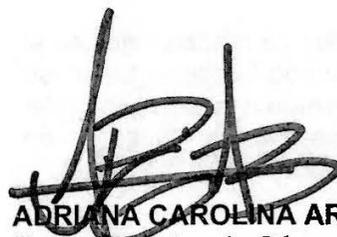
De conformidad con lo anterior, tenemos que esta iniciativa legislativa regula el sistema general de salud de Colombia, por lo que podrían incurrir en conflicto de interés los congresistas que reciban un beneficio particular, actual y directo con el proyecto, o si su cónyuge o compañero o compañera permanente, o a alguno de sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad o primero civil ostentan la misma condición. De igual forma me permito señalar que en el trámite de este proyecto podrían presentarse conflictos de interés moral por parte de aquellos congresistas que por razones de conciencia no quieran participar en la discusión y votación del presente proyecto.

Lo anterior, sin perjuicio del deber de los congresistas de examinar, en cada caso en concreto, la existencia de posibles hechos generadores de conflictos de interés, en cuyo evento deberán declararlos de conformidad con lo dispuesto en el inciso 1º del artículo 286 ibídem: “*Todos los congresistas deberán declarar los conflictos de intereses que pudieran surgir en ejercicio de sus funciones*”.

VII. PROPOSICIÓN

Por los argumentos expuestos anteriormente, presentamos ponencia positiva y solicitamos a los miembros de la Comisión Primera Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes dar primer debate y aprobar el **Proyecto de Ley Estatutaria número 346 de 2023 Cámara**, por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a ajustar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizar a toda la población el derecho fundamental a la salud consagrado en la Ley 1751 de 2015, mejorar los resultados en salud, aumentar la satisfacción del usuario y garantizar la sostenibilidad del Sistema de Salud.

Cordialmente,



ADRIANA CAROLINA ARBELÁEZ
Representante a la Cámara

TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA

por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a ajustar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizar a toda la población el derecho fundamental a la salud consagrado en la Ley 1751 de 2015, mejorar los resultados en salud, aumentar la satisfacción del usuario y garantizar la sostenibilidad del Sistema de Salud.

PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA NÚMERO 346 DE 2023 CÁMARA

por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a ajustar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizar a toda la población el derecho fundamental a la salud consagrado en la Ley 1751 de 2015, mejorar los resultados en salud, aumentar la satisfacción del usuario y garantizar la sostenibilidad del Sistema de Salud.

El Congreso de la República

DECRETA:

CAPÍTULO I

Generalidades

Artículo 1º. Objeto y alcance. Por medio de la presente ley se realizan ajustes al sistema de salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se desarrolla lo consagrado en la Ley 1751 de 2015, y se dictan medidas para garantizar a toda la población el derecho fundamental a la salud, mejorar los resultados en salud, aumentar la satisfacción del usuario y del talento humano en salud, y garantizar la sostenibilidad del sistema.

Artículo 2º. Modifíquese el artículo 4º de la Ley 1751 de 2015, el cual quedará así:

“Artículo 4º. Sistema General de Seguridad Social en Salud. Es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones públicas, privadas y mixtas; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles, información y evaluación, que el Estado dispone para garantizar el acceso efectivo a servicios de salud. Este sistema deberá coordinarse con el resto de las políticas públicas que afectan o intervienen los determinantes sociales de la salud para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud a toda la población”.

Artículo 3º. Funciones esenciales del Sistema de Salud. El Sistema de Salud tiene como funciones esenciales la rectoría del sistema, la financiación, la investigación, la información, la salud pública, la prestación de los servicios y el aseguramiento, de manera que conduzcan al establecimiento de la salud de las poblaciones a quienes protege, la reducción de las inequidades en salud, el trato digno en la prestación de los servicios, la garantía de la protección financiera de los usuarios.

Artículo 4º. Territorialización del sistema. El Sistema de Salud, desde las acciones promocionales, pasando por el aseguramiento del riesgo y la operación de redes hasta la prestación del servicio de salud, tendrá como principio la territorialización, esto es, el reconocimiento de las distintas interacciones que se dan entre las personas y comunidades con sus espacios geográficos y determinantes sociales en salud, más allá de las fronteras político-administrativas.

Artículo 5º. La atención primaria en salud. La atención primaria es la estrategia transversal que permite lograr el acceso efectivo de todos los colombianos al sistema de salud y una herramienta de la gestión de riesgo que busca garantizar la atención e intervenciones que cada uno requiere o necesita. La atención primaria se desarrollará de manera articulada con los actores del sistema, la comunidad y las entidades del territorio con un enfoque de salud familiar y comunitaria y responderá a las características y necesidades del individuo, comunidades, población y el territorio además de las características sociales y culturales de cada uno de ellos.

CAPÍTULO II

Gobernanza y organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Artículo 6º. Gobernanza. La gobernanza del Sistema General de Seguridad Social en Salud estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social quien contará con el Consejo Nacional de Seguridad Social como órgano asesor del Ministerio.

Artículo 7º. Consejo Nacional de Seguridad Social. Créase el Consejo Nacional de Seguridad Social que tendrá

por objeto recomendar la adopción e implementación de las políticas públicas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, acompañar la evaluación de las políticas de salud pública, aseguramiento, atención en salud, talento humano, calidad e investigación en salud y proponer los ajustes de la política pública en salud que considere pertinentes.

El Consejo Nacional de Seguridad Social, estará conformado por quince (15) miembros, así:

1. Un representante designado por la Academia Nacional de Medicina.
2. Un representante de la Asociación de Sociedades Científicas.
3. Un representante de las facultades de medicina, elegido por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.
4. Un representante designado por las Asociaciones de Pacientes.
5. Un representante designado por las Asociaciones de Usuarios.
6. Un representante de las Entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal.
7. Un representante de las Direcciones Municipales de Salud.
8. Un representante de los Prestadores y Proveedores de Servicios y Tecnologías de Salud públicos y mixtos.
9. Un representante de los Prestadores y Proveedores de Servicios y Tecnologías de Salud privados, designado por las agremiaciones y asociaciones que los congreguen.
10. Un representante de las Entidades Promotoras de Salud.
11. Un representante de los trabajadores de la salud elegido por las organizaciones sindicales.
12. Un representante de los empleadores elegido por las asociaciones que los agrupa.
13. El Ministro de Salud y Protección Social o su delegado, quien lo presidirá.
14. El Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado.
15. El Director del Departamento Nacional de Planeación o su delegado.

Parágrafo 1º. El Gobierno nacional dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente ley definirá las funciones y el mecanismo de designación de los delegados señalados.

CAPÍTULO III

Salud pública y determinantes sociales de salud

Artículo 8º. Función esencial de la Salud Pública. La función esencial de la salud pública comprende el monitoreo, vigilancia, evaluación y análisis del estado de salud de la población, la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la gestión del riesgo en salud, la investigación en salud pública, el fortalecimiento de las capacidades institucionales del sector y la participación social en la salud con el propósito de permitir el diseño de planes, programas, políticas, lineamientos, protocolos, intervenciones y estrategias dirigidas a mantener la salud individual y colectiva de la población.

Artículo 9º. Plan Decenal de Salud. Modifíquese el artículo 06 de la Ley 1438 de 2011 en su inciso 2º, el cual quedará así:

El Plan Decenal definirá los objetivos, las metas, las acciones, los recursos, los responsables sectoriales, los indicadores de seguimiento y los mecanismos de evaluación del Plan a nivel nacional, regional,

departamental, distrital y municipal de acuerdo con el modelo de atención.

Parágrafo 1º. El Plan Decenal deberá coordinarse de manera articulada con los actores del sistema y demás sectores que participan en la atención en salud a nivel nacional y territorial.

Parágrafo 2º. El Ministerio de Salud y Protección Social coordinará el seguimiento y evaluación del cumplimiento de las metas propuestas en Plan para las entidades territoriales y los sectores involucrados al finalizar el periodo de gobierno de la nación, departamentos y municipio y realizará sus ajustes de acuerdo con el comportamiento epidemiológico y prioridades en salud.

Artículo 10. Planes Territoriales de Salud.

Las entidades territoriales, a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, de forma articulada con las Empresas Promotoras de Salud (EPS), sus Redes y demás actores del SGSSS, tendrán la responsabilidad de caracterizar los principales riesgos epidemiológicos de la población y definir las acciones promocionales, preventivas y de alta externalidad que deberán efectuarse en el respectivo territorio.

Artículo 11. Coordinación Intersectorial de Salud Pública. La Comisión Intersectorial de Salud Pública, a que se refiere la Ley 1438 de 2011 coordinará los sectores y las actividades y metas que intervengan en los determinantes sociales en salud en concordancia con los lineamientos del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP).

CAPÍTULO IV

Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS)

Artículo 12. Gestión Integral del Riesgo en Salud.

La Gestión Integral de Riesgo en Salud es la estrategia por la cual se identifican, analizan, y clasifican los riesgos para la salud de los individuos, familias y comunidades, con el fin de intervenirlos de forma integral, desde la prevención hasta la paliación, o mitigación de sus efectos.

La Gestión Integral del Riesgo en Salud corresponde a la articulación y coordinación de los diferentes actores del sistema, dentro de sus competencias, en torno a las intervenciones individuales y colectivas que se deben realizar a las personas y su entorno para mitigar, contener y atender los riesgos en salud.

Artículo 13. Responsables de la Gestión Integral del Riesgo en Salud. Las Entidades Territoriales, Entidades Promotoras de Salud (EPS), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), los individuos y las familias son responsables de la Gestión Integral del Riesgo en Salud, en aras de garantizar el goce efectivo del derecho fundamental de la salud, en los términos establecidos en la Ley Estatutaria número 1751 de 2015, lograr resultados en salud que contribuyan al bienestar de la población, con costos acordes a la sostenibilidad financiera del sistema.

13.1 La nación y las Entidades Territoriales tienen a su cargo la dirección, coordinación y vigilancia del Sistema General de Seguridad Social en Salud en la jurisdicción de su territorio, de acuerdo con la normativa nacional; su obligación en el marco de la Gestión Integral del Riesgo en Salud es coordinar la agenda sectorial e intersectorial requerida para cumplir con las necesidades y prioridades establecidas en el plan territorial de salud.

13.2 Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) a través de los diferentes prestadores de servicios de salud que hacen parte de su red, son responsables de la gestión del riesgo Individual de la población afiliada a ellas, en coordinación y articulación con los demás actores del sistema y con fundamento en la caracterización,

identificación, clasificación y agrupación de los riesgos que estas realizan.

A partir de la caracterización e identificación de los riesgos, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) deben determinar las acciones a realizar para manejar de forma integral las necesidades de salud, minimizar la mayor incidencia y severidad no evitable de la enfermedad, así como minimizar los riesgos que se pueden derivar de la propia atención y serán responsables de la implementación y monitoreo de dichas acciones.

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) responden por el riesgo financiero derivado del manejo integral de las necesidades en salud de la población a su cargo.

13.3 Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) participan en la Gestión Integral del Riesgo en Salud a partir de su gestión clínica, lo cual se refleja en la obtención de los resultados en salud, la adecuada aplicación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), guías o protocolos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social y el uso eficiente de los recursos, garantizando el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado soportado en la evidencia científica y bajo los principios de pertinencia.

13.4. Las ARL deberán reportar al Ministerio de Salud y Protección Social, los riesgos laborales de sus afiliados, las prestaciones recibidas y conceptos. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá establecer en un máximo de 6 meses un mecanismo de recepción de la información y reportes de información a las EPS para la consolidación del riesgo individual de la población.

13.5. Los individuos, familias y comunidades, en sus entornos, tienen el deber de seguir los lineamientos del autocuidado establecidos en la ruta de promoción y mantenimiento de la salud al igual que las recomendaciones dadas por el personal de salud, la adopción de hábitos saludables, el adecuado y oportuno uso de los servicios de la salud, la adherencia a los tratamientos, el cumplimiento de citas y otras que puedan afectar la salud.

CAPÍTULO V

Aseguramiento

Artículo 14. Función esencial del aseguramiento individual. Son funciones esenciales del aseguramiento, realizado por las Empresas Promotoras de Salud (EPS), la representación del afiliado ante los prestadores de servicios en salud y los demás actores del SGSSS, la gestión integral del riesgo en salud, la garantía del acceso efectivo en la prestación de los servicios de salud, la gestión de la red de servicios y la administración del riesgo financiero.

Artículo 15. Afiliación al Sistema. Todas las personas que residan legalmente en el territorio nacional, con excepción de quienes se encuentran afiliados a los regímenes especiales y/o de excepción, estarán afiliadas al Sistema de Seguridad Social en Salud por intermedio de una empresa promotora de salud, quien contará para su operación con redes integradas e integrales de prestación de servicios de salud, de la cual harán parte los centros de atención primaria a los cuales el usuario deberá adscribirse.

Artículo 16. Territorialización de la operación del aseguramiento. Con el fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y el acceso efectivo de la población a los servicios de salud, las entidades promotoras de salud operarán por territorios sanitarios definidos por el Gobierno nacional. En la reglamentación se determinarán las condiciones de actualización del ámbito territorial de operación en el que se encuentran autorizadas. Dicha reglamentación, deberá incluir un régimen de transición

para la actualización de las autorizaciones para operar, emitidas por la Superintendencia Nacional de Salud y la redistribución de la asignación de afiliados entre las entidades promotoras de salud.

Parágrafo 1º. El presente artículo se reglamentará dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente ley.

Parágrafo 2º. Hasta tanto el Gobierno nacional no expida la reglamentación de actualización del ámbito territorial de operación del aseguramiento en salud, las EPS continuarán operando en los territorios donde hayan sido autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud con anterioridad a la expedición de la presente ley.

Artículo 17. Entidades promotoras de salud en zona rural y zona dispersa. En las zonas rurales y zonas dispersas, el aseguramiento podrá ser administrado por una única empresa promotora de salud, la cual recibirá una Unidad de Pago por Capitación (UPC) de manera diferencial para cada territorio ajustado al riesgo, las condiciones de dispersión, y condiciones de oferta de servicios.

Artículo 18. Componentes de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). El Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el Ministerio de Hacienda definirá el valor anual de la UPC, la cual tendrá un componente fijo y uno variable. Para determinar el componente fijo se realizarán estudios actuariales y se reconocerá un monto por cada persona de acuerdo con la clasificación o respectivo ajustador del riesgo. El componente fijo tendrá en cuenta como base mínima las condiciones en salud de la población como factor de riesgo individual, los perfiles epidemiológicos, las condiciones geográficas y demográficas, adicionando indicadores que evalúen la suficiencia de los recursos para la garantía del derecho a la salud como el aumento en frecuencia de uso y los mayores costos que se deriven de esta. Este componente fijo deberá ser suficiente para la adecuada protección integral de la salud de los afiliados y beneficiarios.

Adicionalmente, el Ministerio de Salud y Protección Social reconocerá un componente variable de incentivos con base en la gestión y el resultado que se efectúe en el territorio por parte de las entidades promotoras de salud, de acuerdo con el resultado integral en salud, que incluye el resultado de metas de promoción y prevención, cumplimiento de rutas integrales e individuales, satisfacción del usuario, entre otros, según la reglamentación del Gobierno nacional.

Parágrafo 1º. Los recursos que se obtengan por el componente variable deberán ser reconocidos de igual forma a la red de prestadores involucrada en la atención de la población.

Parágrafo 2º. Con el fin de garantizar la equidad en la prestación de servicio, la Unidad de Pago por Capitación contemplará la financiación de todos los servicios y tecnologías en salud dentro del Plan Básico de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado.

Parágrafo 3º. Dentro de los (6) seis meses siguientes a la vigencia de esta la ley, el Ministerio de Salud y Protección Social, en conjunto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, determinarán la metodología de cálculo de la UPC para el financiamiento del Plan de Beneficios en Salud a partir de un análisis actuarial, así como las fuentes de información, seguimiento y monitoreo a indicadores trazadores que sean necesarios.

Parágrafo 4º. El Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el Ministerio de Hacienda como mínimo cada dos (2) años deben revisar y ajustar los factores de ajuste de riesgo con los cuales se calcula la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

Artículo 19. Modifíquese el numeral 34 del artículo 2º del Decreto ley 4107 de 2011, modificado por el Decreto número 2562 de 2012, el cual quedará así:

“(…)

Artículo 2º. Funciones. El Ministerio de Salud y Protección Social, además de las funciones determinadas en la Constitución Política y en el artículo 59 de la Ley 489 de 1998 cumplirá las siguientes:”

34. Definir como mínimo una vez al año, a primero de enero el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) tomando en cuenta la metodología de cálculo definida en conjunto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

39. Elaborar, publicar y mantener actualizado el estudio de capacidad de suficiencia de los servicios en cada uno de los territorios y habilitar las redes integrales de prestación de servicios en salud que conformen las Entidades Promotoras de Salud (EPS).

Artículo X. Adiciónense los numerales 37 y 38 al artículo 3º del Decreto ley 4712 de 2008, el cual quedará así:

“(…)

Artículo 3º. Funciones. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público tendrá, las siguientes funciones:”

37. Participar, en conjunto con el Ministerio de Salud y Protección Social, en la definición de la metodología de cálculo de la UPC para el financiamiento del Plan de Beneficios en Salud a partir de un análisis actuarial, así como las fuentes de información, seguimiento y monitoreo a indicadores trazadores que sean necesarios.

38. Participar, en conjunto con el Ministerio de Salud y Protección Social, en la actualización como mínimo una vez al año, a primero de enero, del valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) teniendo en cuenta la metodología de cálculo definida.

Artículo 20. Giro directo. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud será la entidad que en nombre de las aseguradoras en salud hará el giro del 90% de los recursos de UPC destinados para el pago de servicios de salud.

CAPÍTULO VI

Modelo de atención en salud y prestación de servicios

Artículo 21. Modelo de Atención en Salud. El Sistema de Salud colombiano en el marco del SGSS, se desarrollará con base en la estrategia de la Atención Integral Primaria en Salud (APS) renovada con enfoque de salud familiar y comunitaria, orientado hacia la promoción de la salud y la gestión integral del riesgo en salud, operativizado por medio de rutas integrales de atención y a través de redes integradas e integrales de servicios en salud.

Toda persona estará adscrita a un prestador primario y a un médico con enfoque de familia y comunidad altamente resolutivo, de su libre elección, ubicado cerca al lugar de residencia o trabajo, de acuerdo con la reglamentación que el Ministerio de Salud y Protección Social expida.

Parágrafo 1º. Para la población ubicada en los municipios categoría 4ª, 5ª y 6ª y la población ubicada en zonas de estrato 1 de los demás municipios y distritos, el Estado financiará los equipos de atención comunitaria ejercida por un promotor de salud quienes serán el primer contacto de los usuarios, sus familias y la comunidad con el sistema de salud, tendrán como responsabilidad la identificación de las condiciones de salud de la población asignada, la caracterización de la población, el hogar y el territorio, la identificación de riesgos, la capacitación

y educación de las familias y será responsable de hacer la demanda inducida. En estas zonas se podrá disponer de equipos básicos extramurales en salud que complementarán la atención en territorio que serán financiados por el Estado y cofinanciados por las EPS.

Parágrafo 2º. La coordinación de la atención individual primaria y complementaria estará a cargo de las EPS y deberá ser ejecutada de manera integrada por los diferentes miembros de su red de servicios.

Artículo 22. Modelo de atención diferencial. El aseguramiento y la prestación de servicios de salud en zonas territoriales que cuenten con cualquiera de las siguientes características: baja densidad o alta dispersión geográfica de la población, presencia significativa de poblaciones étnicas, limitado mercado de servicios, difícil accesibilidad, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, se podrán desarrollar a través de modelos de atención diferenciados que se ajusten a las características territoriales (rural y rural dispersos) y poblacionales.

Artículo 23. Redes integrales e integradas de prestación de servicios de salud. Las Redes Integrales se conformarán de acuerdo con las necesidades en salud de la población que habita en un territorio específico y los servicios habilitados en el mismo por prestadores de naturaleza pública, privada o mixta con funciones diferenciadas pero integradas bajo un modelo de atención y la interoperabilidad de la información a lo largo del Sistema.

Las redes se gestionarán bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, acceso efectivo y calidad en los servicios de salud, con una atención oportuna, continua, integral y resolutive de las necesidades y contingencias que se puedan presentar en materia de salud.

Parágrafo 1º. Las EPS deberán reportar al Ministerio de Salud y Protección Social, a través del módulo de redes del Registro Especial de Prestadores de Salud (REPS), la información actualizada del Prestador Primario al cual se encuentra adscrito cada uno de sus afiliados, al igual que los prestadores complementarios de servicios de salud y las unidades funcionales que conforman la red integral de prestadores de servicios de salud.

Parágrafo 2º. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá indicadores para el monitoreo y seguimiento de las redes integrales e integradas de prestación de servicios de salud, los cuales servirán de insumo para el diseño de estímulos de resultados a dichas redes.

Artículo 24. Conformación de las redes. Corresponde a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) la conformación, organización y gestión de las redes integradas e integrales de Salud, con las que garantizarán el acceso, la atención adecuada y la obtención de resultados en salud a la población inscrita a ellas.

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) deben garantizar la suficiencia de la red para prestar los servicios con calidad, desde la promoción hasta la paliación y dando cumplimiento a lo establecido en las diferentes Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS), adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El Ministerio de Salud y Protección Social deberá definir, dentro de los (6) seis meses siguientes a la expedición de la presente ley, los procesos, procedimientos y criterios de organización de servicios a nivel municipal, distrital, departamental y nacional

que se observarán para la habilitación de redes de servicios de salud.

Cualquier modificación a la red inicialmente habilitada deberá ser informada por la Entidad Promotora de Salud (EPS), en los términos y tiempos que establezcan en el procedimiento de habilitación.

Parágrafo 1º. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá realizar y publicar un estudio de suficiencia de la capacidad de oferta de servicios en cada uno de los territorios, el cual deberá ser actualizado como mínimo cada dos (2) años y será la base para los procesos de conformación, habilitación y mantenimiento de las redes.

Artículo 25. Prestador primario. El prestador primario es el componente básico del servicio de salud que velará por la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en individuos, familias y comunidad, con capacidad resolutive para atender la mayor parte de los eventos en salud, para lo cual contará con la capacidad humana, técnica, tecnológica, administrativa y financiera suficiente.

Los prestadores primarios en lo ambulatorio, contarán con el apoyo de especialistas en medicina familiar y comunitaria y especialidades básicas, otras profesiones relacionadas con el servicio de salud, apoyo diagnóstico y terapéutico, y tecnologías necesarias para la atención de la población a su cargo y en los servicios de atención extramural contará con servicios de telesalud, equipos móviles de atención, atención domiciliaria tanto ambulatoria como hospitalaria, de manera que se garantice el acceso oportuno de la atención.

Artículo 26. Prestadores complementarios. Los prestadores complementarios son aquellos prestadores con capacidad para atender el manejo de enfermedades y condiciones que requieran aporte continuo de mediana y alta complejidad, ambulatorio, de internación y ejecución de procedimientos quirúrgicos. Deberán garantizar la integralidad de la atención y su complementariedad a través del sistema de referencia y contrarreferencia dentro de la Red Integrada e Integral de Servicios de Salud definida.

Artículo 27. Centros de excelencia. Los Centros de excelencia son prestadores complementarios que pueden ser prestadores independientes o subredes de atención que se caracterizan por su capacidad de integrar la asistencia, la investigación y la docencia alrededor de la enfermedad o conjuntos de enfermedades que requieran de alto aporte en tecnología y especialización médica.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá y reglamentará, dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, los grupos de enfermedad o procedimientos que para su manejo requieran la incorporación de Centros de excelencia, así como los regímenes de transición para su creación y habilitación.

Artículo 28. Empresas Sociales del Estado. Los hospitales públicos continuarán funcionando como Empresas Sociales del Estado (ESE). Los hospitales públicos en territorios no certificados y los certificados que lo consideren pertinente, podrán emprender procesos de integración estructural de varias ESE, en una única razón social a cargo del departamento, distritos, municipios o de asociación de municipios. Los procesos de integración funcional mediante diversos tipos de acuerdos de voluntades podrán mantener la figura de las ESE individuales con diversas razones sociales.

En cualquier caso, su configuración corresponderá a redes regionales de salud definidas en la presente ley. Al interior de cada red regional, existiría una organización por

microterritorios y la disposición de redes de prestadores primarios y de estos con prestadores complementarios.

Parágrafo 1º. Sin perjuicio de lo previsto en el artículo 24 de la Ley 1751 de 2015, y la Ley 1996 de 2019 en su artículo 8º, las ESE que no tengan sostenibilidad financiera por dificultades administrativas o técnicas, deberán reestructurarse, fusionarse o adoptar otros mecanismos para alcanzar la viabilidad financiera y de servicios.

Parágrafo 2º. Si la venta de servicios por condiciones del mercado no financia la prestación de servicios de salud, las ESE podrán recibir subsidios de oferta.

Artículo 29. Tipologías de las Empresas Sociales del Estado. Las características de las ESE deben ser establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social con base en los siguientes elementos:

25.1. Modelos tipo de hospitales, de acuerdo con la población a atender, su dispersión geográfica, la oferta de servicios, el portafolio de servicios, la frecuencia de uso, las condiciones de mercados, entre otros.

25.2. Determinación de los recursos humanos, físicos y tecnológicos, por tipo de hospital.

25.3 Determinación de régimen presupuestal acorde con los ingresos, costos, gastos, recaudo, cartera, inversiones y demás relacionados.

25.4. Modelos de evaluación de servicios, financiera de gestión, calidad y resultados en salud por tipo de hospital.

25.5. Planta de cargos.

Parágrafo. Los perfiles de los gerentes de las ESE se definirán según la tipología expuesta en el presente artículo.

Artículo 30. Modifíquese el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016, el cual quedará así:

Nombramiento de gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado. Los Gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial serán nombrados según el perfil del gerente según la tipología de la ESE, a través de concurso de méritos adelantado por la Comisión Nacional del Servicio Civil, por periodo institucional de cuatro (4) años. El nombramiento se realizará en los términos del artículo 72 de la Ley 1438 de 2011.

En el nivel nacional los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados por el Presidente de la República, dentro de los tres (3) meses siguientes a su posesión, adelantar los nombramientos regulados en el presente artículo, previa verificación del cumplimiento de los requisitos del cargo establecidos en las normas correspondientes y evaluación de las competencias que señale el Departamento Administrativo de la Función Pública. Los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados para periodos institucionales de cuatro (4) años, el cual empezará con la posesión y culminará tres (3) meses después del inicio del periodo institucional del Presidente de la República, Dentro de dicho periodo, solo podrán ser retirados del cargo con fundamento en una evaluación insatisfactoria del plan de gestión, evaluación que se realizará en los términos establecidos en la Ley 1438 de 2011 y las normas reglamentarias, por destitución o por orden judicial.

Artículo 31. Fortalecimiento de las Empresas Sociales del Estado. El Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el Ministerio de Hacienda y el Departamento Nacional de Planeación, desarrollará

y financiará el plan decenal de fortalecimiento y modernización de las Empresas Sociales del Estado.

CAPÍTULO VII

Talento Humano en Salud

Artículo 32. Sistema de información para la gestión, planificación y formación del Talento Humano en Salud. El Gobierno nacional, en un plazo no mayor a un año a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, deberá tener un sistema interoperable de información del Talento Humano en Salud, haciendo uso del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (ReTHUS), el Servicio Social Obligatorio (SSO) y las residencias médicas, con el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), el Sistema de Información para la Protección Social (Sispro), el Sistema Nacional de Educación Superior (SNIES), Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (Saces) y el Sistema de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (SIET) del Ministerio de Educación Nacional, con el fin de desarrollar la política nacional del Talento Humano en Salud.

Artículo 33. Oferta de programas de especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina. Las Instituciones de Educación Superior (IES) que ofrezcan especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina y las instituciones con las cuales establezcan los convenios de docencia-servicio en el marco del Sistema Nacional de Residentes, recibirán incentivos para el establecimiento de compromisos de formación de especialistas de acuerdo con el análisis disponibilidad del Talento Humano en Salud en el territorio nacional. El Gobierno nacional diseñará los incentivos para las Instituciones de Educación Superior y las instituciones con las cuales establezcan los convenios de docencia-servicio.

Artículo 34. Prohibición de tercerización laboral para el Talento Humano en Salud. El personal requerido en toda institución o empresa pública o privada que preste servicios en salud para el desarrollo de actividades misionales permanentes, no podrá estar vinculado a través de figuras que hagan intermediación laboral. Conforme a lo anterior, el personal asistencial, deberá ser contratado bajo un contrato laboral con todos los requisitos contemplados en el Código Sustantivo del Trabajo.

CAPÍTULO VIII

Financiación

Artículo 35. Creación y objeto del Fondo de Garantías del Sector Salud. Créase el Fondo de Garantías del Sector Salud como una entidad del nivel descentralizado, de naturaleza única, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa, presupuestal y patrimonio independiente, sometida al derecho público y vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con su objeto y naturaleza. Deberán inscribirse obligatoriamente en el Fondo, las EPS y de forma voluntaria los prestadores de servicios y otros proveedores de servicios y tecnologías en salud.

El Fondo tiene por objeto garantizar la continuidad de prestación de servicios de salud al usuario cuando esta pueda verse amenazada por la imposibilidad de pago de obligaciones por parte de las EPS o prestadores de servicios como resultado de problemas financieros.

Parágrafo 1º. Las operaciones del Fondo se regirán por esta ley, por las normas del derecho privado y por el

reglamento que expida el Gobierno nacional dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

Parágrafo 2º. El Gobierno nacional reglamentará, dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, las condiciones de amparo del seguro de acreencias para las IPS y proveedores de servicios y tecnologías en salud, con el fin de cubrir el pago de las obligaciones en los montos que se definan, garantizando en todo momento que exista un riesgo asegurable para el Fondo.

Artículo 36. Órganos de Dirección y Administración. Son órganos de dirección y administración del Fondo de Garantías de Sector Salud: la Junta Directiva y el director.

La Junta Directiva estará compuesta por cinco (5) miembros, así: el Ministro de Salud y Protección Social o su delegado quien la presidirá, un (1) delegado del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, un (1) representante designado por el Presidente de la República, el Director de la ADRES o su delegado. El director será designado por el Presidente de la República.

Artículo 37. Funciones del Fondo de Garantías del Sector Salud. Para desarrollar el objeto el Fondo tendrá las siguientes funciones:

35.1 Servir de instrumento para el fortalecimiento patrimonial que permita el acceso a crédito y otras formas de financiamiento.

35.2 En los casos de intervención ordenada por la Superintendencia Nacional de Salud, designar el liquidador, el agente especial o el administrador temporal de la respectiva entidad y al revisor fiscal, así como efectuar el seguimiento sobre la actividad de los mismos.

35.3 Apoyar financieramente los procesos de intervención, liquidación y de reorganización de las entidades afiliadas para lo cual podrá participar transitoriamente en el capital y en los órganos de administración de tales entidades, en cuyo caso el régimen laboral de los empleados de las entidades no se modificará.

35.4 Definir y recaudar el pago de la prima del seguro de acreencias para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

35.5 Desarrollar análisis de riesgos financieros para efectos de informar a la Superintendencia Nacional de Salud cuando considere que existen situaciones en las cuales algunas entidades afiliadas ponen en peligro la confianza del aseguramiento en salud o incumplen cualquiera de las obligaciones previstas en la ley, para que la superintendencia tome las medidas que le corresponden.

35.6 Las demás operaciones que autorice el Gobierno nacional en el marco de su objeto.

Parágrafo 1º. Las condiciones para la participación del Fondo en el capital o patrimonio de las EPS serán las previstas en el estatuto Orgánico del Sistema Financiero y demás normas aplicables para el caso del Fondo de Garantías de Instituciones Financieras (Fogafin) y el Fondo de Garantías de Entidades Cooperativas (Fogacoop).

Parágrafo 2º. En el caso de las entidades cooperativas, mutuales, las cajas de compensación y en general las entidades sin ánimo de lucro, el máximo órgano social de las entidades, por solicitud de la Superintendencia Nacional de Salud, podrán disponer la conversión de

la entidad en una sociedad de carácter comercial, en circunstancias excepcionales.

Parágrafo 3º. El Fondo gozará de las siguientes prerrogativas: a) para todos los efectos tributarios será considerado como establecimiento público; b) estará exento del gravamen a los movimientos financieros, registro y anotación e impuestos nacionales diferentes al impuesto sobre las ventas, no cedidos a entidades territoriales; c) Igualmente, estará exento de inversiones forzosas.

Artículo 38. Fuentes de recursos del Fondo de Garantías del Sector Salud. El Fondo recaudará y administrará los siguientes recursos para el desarrollo de su objeto en relación con las entidades afiliadas y al pago de los pasivos a su cargo, a saber:

36.1. El producto de los derechos de afiliación obligatoria de las EPS y prestadores de cualquier naturaleza, que se causarán por una vez al año y serán fijados por la Junta Directiva del Fondo.

36.2. Las primas que deben pagar las EPS y prestadores afiliados en razón del seguro de acreencias de IPS fijados por la Junta Directiva del Fondo.

36.3. Los beneficios, comisiones, honorarios, intereses y rendimientos que generen las operaciones que efectúe el Fondo.

36.4. El producto de la recuperación de activos del Fondo.

36.5. El producto de préstamos internos y externos.

36.6. Las demás que obtenga a cualquier título, con aprobación de su Junta Directiva.

Artículo 39. Régimen de insolvencia. A las Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud se les aplicarán las reglas del régimen de insolvencia empresarial establecidas en la Ley 1116 de 2006, previa armonización mediante regulación que expida el Gobierno nacional.

CAPÍTULO IX

Inspección, vigilancia y medidas antievasión

Artículo 40. Regulación de Conglomerados Empresariales del Sector Salud. La Superintendencia Nacional de Salud tendrá a cargo la regulación de todas las empresas que manejen recursos de la UPC y de sus holdings en lo concerniente al uso de los recursos de la UPC. Definirá los requerimientos de capital y autorizará las inversiones que hagan en otras empresas del sector salud, buscando reducir el riesgo endógeno y su transmisión a lo largo del sector.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud expedirán, en un plazo no mayor a un año, la reglamentación correspondiente.

Artículo 41. Medidas antievasión y elusión. La Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) y la Dian articularán los diferentes sistemas de información y adelantarán de forma conjunta y articulada medidas persuasivas y sancionatorias de acuerdo con la normativa vigente, con el fin de controlar la evasión y elusión en el Sistema de Salud.

CAPÍTULO X

Otras disposiciones

Artículo 42. Periodo de transición. Después de la entrada en vigencia de la presente ley, el Gobierno nacional y los demás actores competentes tendrán hasta tres (3) años de transición para la puesta en marcha del Modelo de Atención con los equipos de atención comunitaria,

equipos extramurales los centros de atención primaria y las Redes de Prestación de Servicio.

Vigencia. La presente ley entra en vigencia a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.



ADRIANA CAROLINA ARBELÁEZ
Representante a la Cámara

CONTENIDO

Gaceta número 303 - jueves 13 de abril de 2023

CÁMARA DE REPRESENTANTES

Págs.

PONENCIAS

Informe de ponencia positiva para primer debate texto propuesto del proyecto de ley estatutaria número 320 de 2022 Cámara – número 06 de 2022 Senado acumulado con el proyecto de ley número 95 de 2022 Senado y número 109 de 2022 Senado, por medio de la cual se establecen medidas para prevenir, atender, rechazar y sancionar la violencia contra las mujeres en la vida política y hacer efectivo su derecho a la participación en todos los niveles..... 1

Informe de ponencia positiva para primer debate en Cámara de Representantes y texto propuesto al proyecto de ley estatutaria número 346 de 2023 Cámara, por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a ajustar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizar a toda la población el derecho fundamental a la salud consagrado en la Ley 1751 de 2015, mejorar los resultados en salud, aumentar la satisfacción del usuario y garantizar la sostenibilidad del Sistema de Salud. 14