



# GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA  
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXI - N° 884

Bogotá, D. C., sábado, 6 de agosto de 2022

EDICIÓN DE 31 PÁGINAS

DIRECTORES:

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

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

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

## SENADO DE LA REPÚBLICA

### PROYECTOS DE LEY

#### PROYECTO DE LEY NÚMERO 41 DE 2022 SENADO

*por medio de la cual se crea el banco nacional de voluntariado, se regula su funcionamiento y se establecen otras disposiciones.*

##### PROYECTO DE LEY N° \_\_\_\_\_ DE 2022 SENADO

*Por medio de la cual se crea el Banco Nacional de Voluntariado, se regula su funcionamiento y se establecen otras disposiciones*

El Congreso de la Colombia

Decreta:

**Artículo 1°: Objeto de la ley.** Créase el *Banco de Voluntariado* a nivel nacional con la finalidad de generar espacios en los cuales las Organizaciones de Voluntariado - ODV, las Entidades con Acción Voluntaria - ECAV, y los voluntarios informales puedan ofrecer su conocimiento, experiencia y servicios como voluntarios y en esa medida puedan ser asignados de acuerdo a las necesidades de las organizaciones de la sociedad civil.

El Banco de Voluntariado permitirá fortalecer y se articulará con el Sistema Nacional de Voluntariado - SNV creado mediante el artículo 9° de la Ley 720 de 2001.

**Parágrafo 1°.** La asignación de servicios ofrecidos por los voluntarios, por ningún motivo podrá hacerse a personas naturales, se realizarán exclusivamente a través de la plataforma virtual, que se crea en el artículo 2° de la presente ley y los mismos serán totalmente gratuitos.

**Parágrafo 2°** En ningún caso las labores prestadas a través del Banco Nacional de Voluntariado podrán constituir una relación laboral.

**Artículo 2°: Plataforma Tecnológica.** El Ministerio de Tecnologías de la información y las Comunicaciones promoverá la creación, desarrollo y mantenimiento de la Plataforma Nacional de Voluntariado, como opción para la condonación de programas, proyectos o convocatorias de financiamiento lideradas por la entidad con relación a la formación y apropiación de herramientas tecnológicas en el país.

La plataforma es una herramienta tecnológica cuya finalidad es facilitar el desarrollo de un espacio en el que las Organizaciones de Voluntariado - ODV, las Entidades con Acción Voluntaria - ECAV, y los voluntarios informales, puedan ofrecer su conocimiento, experiencia y servicios y quienes demandan conocimiento, experiencia y servicios, puedan publicar sus necesidades.

A partir de los datos suministrados por los oferentes de conocimiento, experiencia y servicios y de los demandantes, la plataforma habilitará el contacto entre uno y otros, para alcanzar la recíproca aceptación.

**Parágrafo.** La Unidad Administrativa Especial de Organizaciones Solidarias deberá recibir, verificar y consolidar la información del Banco Nacional de Voluntariado y coordinar con el DANE el análisis y la elaboración de indicadores que permitan cuantificar el impacto de la acción voluntaria en el país.

**Artículo 3°: Requisitos y derechos de los participantes del Banco Nacional de Voluntariado.** El Gobierno Nacional, a través de la Unidad Administrativa Especial de Organizaciones Solidarias, establecerá el procedimiento, requisitos y derechos para quienes oferten y demanden conocimiento, experiencia y servicios a través del Banco Nacional de Voluntariado.

**Artículo 4° : Apoyo Territorial.** Las gobernaciones, alcaldías municipales y distritales directamente o a través de los Consejos municipales, departamentales de voluntariado, donde se hayan constituido, se encargarán de apoyar a las Organizaciones de Voluntariado - ODV, las Entidades con Acción Voluntaria - ECAV, y los voluntarios informales que deseen postularse al Banco Nacional de Voluntariado, así como a quienes demanden los servicios de éste.

**Artículo 5°: Fondos y Programas Públicos.** Las Organizaciones de Voluntariado (ODV), las Entidades con Acción Voluntaria (ECAV) y los voluntarios informales que deseen acceder a fondos públicos y proyectos del Gobierno Nacional destinados a fortalecer el voluntariado en el país, deberán estar registrados y prestar servicios previamente a través del Banco Nacional de Voluntariado.

**Artículo 6°: Validación de aportes al Banco Nacional de Voluntariado.** Las horas que los voluntarios aporten al Banco Nacional de Voluntariado, serán certificadas por el Ministerio de Trabajo y las mismas serán validadas como experiencia profesional hasta un máximo de 6 meses, de conformidad con la reglamentación que se expida para tal efecto.

**Artículo 7°: Reconocimiento al Voluntariado.** En el marco del día internacional del voluntariado, decretado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 5 de diciembre de cada año, la Unidad Administrativa Especial de Organizaciones Solidarias, reconocerá una organización de voluntariado - ODV, una entidad con

acción voluntaria - ECAV, y un voluntario informal, que se haya destacado durante el año inmediatamente anterior, por sus aportes al Banco Nacional de Voluntariado.

**Artículo 8°: Difusión y publicidad.** El Ministerio de Trabajo, a través de la Unidad Administrativa Especial de Organizaciones Solidarias, desarrollará en forma amplia y permanente, una estrategia de difusión a nivel nacional, de los beneficios, servicios y funcionamiento del Banco Nacional de Voluntariado.

**Artículo 9°: Vigencia.** La presente ley rige a partir de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

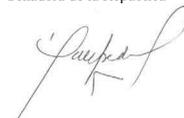
Atentamente,



**SOLEDAD TAMAYO TAMAYO**  
Senadora de la República  
Partido Conservador  
Autora



Liliana Esther Bitar  
Senadora de la República



Efraín Cepeda Sarabia  
Senador de la República



Nicolás Albeiro Echeverry Albarán  
Senador de la República



Miguel Ángel Barreto Castillo  
Senador de la República



Juan Carlos García Gómez  
Senador de la República



Julio Roberto Salazar Perdomo  
Representante a la Cámara

**PROYECTO DE LEY N° \_\_\_\_\_ DE 2022 SENADO**

**Por medio de la cual se crea el Banco Nacional de Voluntariado, se regula su funcionamiento y se establecen otras disposiciones**

**EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**

**1. ANTECEDENTES:**

La presente iniciativa fue radicada con anterioridad el pasado 03 de agosto de 2021, correspondiendo al Proyecto de Ley 114 de 2021 Senado. Dicho proyecto fue repartido a la Comisión Séptima. La iniciativa se archivó con ocasión a lo consagrado en el artículo 190 de la ley 5 de 1992 y se pone nuevamente en discusión para la presente legislatura.

**2. JUSTIFICACIÓN**

La presente iniciativa tiene como principal objetivo crear el Banco Nacional de Voluntariado a nivel nacional con la finalidad de generar espacios en los cuales los ciudadanos puedan ofrecer su conocimiento, experiencia y servicios como voluntarios y en esa medida puedan ser asignados de acuerdo a las necesidades de las organizaciones de la sociedad civil.

El voluntariado contribuye a la sociedad en aspectos económicos y sociales. Para el año 2001 se constituyeron más de 125 comités de voluntariados en todo el mundo quienes iniciaron los procesos de visibilización de la labor del voluntariado en sus países de origen. Es así como a partir de este año diferentes gobiernos comenzaron a reconocer la necesidad de implementar una agenda legislativa y de política pública que incluyera el voluntariado. En general las leyes y políticas se concentran en definir la figura para promoverla. Tal es el caso de la legislación adoptada en Polonia, Hungría, Letonia, Macedonia, Croacia, Filipinas, Corea del Sur, Australia, Nueva Zelanda, Nicaragua, Argentina, Brazil, Uruguay y Bolivia<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> UN Voluntarios. (2009). Leyes Y Políticas Afectando Voluntariado Desde 2001. En: <https://www.ifrc.org/docs/IDRL/Volunteers/VolunteerismLaws2001.pdf>

Para el caso particular de América Latina, el voluntariado funciona como proveedor de servicios, pero además como elemento de transformación social, política y económica<sup>2</sup>. Ello implica que el voluntariado desempeña un rol importante en diferentes componentes que abarcan desde la lucha contra la pobreza, salud, equidad de género y en términos generales la lucha por una mejor sociedad.

Si bien, cada marco legal se adapta a las tradiciones e instituciones de cada uno de los países cómo se abordará más adelante, es preciso preguntarse cuáles son los motivos de fondo que tiene un Estado para apoyar la labor que desarrollan los voluntarios.

**2. GENERALIDADES DEL VOLUNTARIADO**

De acuerdo con la Ley 720 de 2001 el voluntariado es "el conjunto de acciones de interés general desarrolladas por personas naturales o jurídicas, quienes ejercen su acción de servicio a la comunidad en virtud de una relación de carácter civil y voluntario.

Esta ley también define a un voluntario como "toda persona natural que libre y responsablemente, sin recibir remuneración de carácter laboral, ofrece tiempo, trabajo y talento para la construcción del bien común en forma individual o colectiva, en organizaciones públicas o privadas o fuera de ellas."

Otras organizaciones que han sido muy activas en promover el voluntariado en el mundo también han creado su propia definición con base en diferentes criterios. Tal es el caso de la Oficina de Naciones Unidas para los Refugiados, ACNUR (2017)<sup>3</sup>, la cual lo ha definido como "una práctica social que nace de tu compromiso con el entorno en el que te desenvuelves, así como de un rol activo y crítico con la realidad que te rodea." A diferencia de cualquier otro oficio, éste depende sobre todo de los valores que lo animan y de otros que se transmiten durante su ejecución como el

<sup>2</sup>Perold y Tapia. (2007). Servicio Cívico y Voluntariado en América Latina y El Caribe. Servido Consulta/ Servicio Cívico Y Voluntariado. Volumen 2. Buenos Aires: Centro Latinoamericano y de Aprendizaje y Servicio Solidario.

<sup>3</sup> Acnur. (2017). ¿Qué es el trabajo voluntario y cuáles son sus características?. En: <https://cacnur.org/blog/trabajo-voluntario-cuales-caracteristicas/>

sentido humanitario, la solidaridad, el altruismo y empatía, la generosidad, la sensibilidad, la constancia.

Oxfam reconocido movimiento global para encontrar soluciones duraderas a la injusticia de la pobreza, y que cuenta con el apoyo de personas voluntarias en todo el mundo, también se ha referido al voluntariado, recogiendo lo establecido por la ley española 45 de 2015 en la que se considera voluntariado *“todas aquellas acciones de interés general que contribuyen a enriquecer la calidad de vida de la sociedad en general y preservar el medio ambiente. Son acciones llevadas a cabo por individuos físicos y, en definitiva, deben cumplir con una serie de condiciones: tener una naturaleza solidaria, deben realizarse libremente y voluntariamente por la persona, sin imposición u obligatoriedad de ningún agente u organización, no perciben retribución salarial ni ninguna otra de tipo material, deben ser efectuadas dentro de una organización de voluntariado en el territorio o fuera de él, las actividades que no precisen asistencia física de la persona, como por ejemplo las que se realizan por medio de las TIC pero que estén vinculadas a organizaciones de voluntariado, también se incluyen dentro de esta categoría.*

Dependiendo del tipo de personas que lo realizan, quienes lo promueven y sus líneas de acción, entre otros aspectos, los voluntariados se pueden clasificar en<sup>4</sup>:

- **Voluntariado Juvenil:** una forma de participación de los jóvenes en la sociedad mediante acciones de carácter altruista y solidario, que se lleven a cabo a través de organizaciones y con arreglo a programas o proyectos concretos, se constituye en una alternativa de uso del tiempo y participación para el cambio social (Pasquinelli, 1989).
- **Voluntariado Corporativo:** es el conjunto de actividades promovidas y facilitadas por la empresa con el fin de crear y sostener (brindando recursos económicos, humanos y tecnológicos) un canal de participación de los empleados para que, en calidad de voluntarios, brinden su tiempo, capacidades y talentos a diferentes organizaciones sociales (Conexión Colombia, 2012).
- **Voluntariado Estatal:** es el conjunto de actividades de interés general realizadas por personas convocadas por un ente público nacional o internacional, de manera libre y voluntaria, sin recibir remuneración de carácter laboral. Quedan excluidas de esta definición las prácticas de servicio social obligatorio que sean requisito por ley o para recibir algún beneficio particular. (Ponencia Proyecto de ley 03, 2014).

<sup>4</sup> UNIVERSIDAD DEL ROSARIO. (2009). Impacto del voluntariado en Colombia. Recorrido histórico y medición de su incidencia en el Producto Interno Bruto del País En: <https://www.urosario.edu.co/getmedia/2653f94-96b2-440c-9899-f167e84e2df4/Voluntariado-en-Colombia>

- **Voluntariado solidario:** corresponde a las expresiones de voluntariado canalizadas a través de organizaciones formales sin ánimo de lucro que concentran la participación de los ciudadanos en temas específicos de asistencia social y de implementación de políticas sociales de desarrollo (Rodríguez, 1999).
- **Voluntariado de Ayuda Humanitaria:** corresponde a las movilizaciones de la sociedad civil orientadas a generar una respuesta inmediata y efectiva durante episodios de emergencia que comprometen la supervivencia humana tales como: desastres naturales, conflictos armados, condiciones humanas apremiantes (hambunas, enfermedades), entre otras formas de emergencia humanitaria, como el programa de Voluntariado de las Naciones Unidas VNU, (Programa de Voluntarios de las Naciones Unidas -VNU, 2011).
- **Voluntariado Universitario:** Corresponde a un ejercicio amplio de acción de voluntariado, impulsada por los miembros de la comunidad universitaria en especial los jóvenes, haciendo uso del ejercicio de su autonomía desde una perspectiva de política institucional. Estas acciones van encaminadas a la constitución de canales (puentes) de participación en la construcción de oportunidades de desarrollo y cooperación a nivel comunitario desde las universidades (Arias, 2008).
- **Voluntariado Comunitario:** promoción y participación en movimientos cívicos y colectivos con diferentes fines: el ocio como elemento de crecimiento personal y colectivo, con la ocupación creativa del tiempo libre, participación ciudadana en el ámbito de la educación, difusión, recuperación y conservación de las identidades culturales, movimientos vecinales, voluntariado cívico, consumo responsable.
- **Voluntariado en exclusión social:** promoción y defensa de derechos de colectivos en situación o riesgo de exclusión (infancia, inmigrantes, personas mayores, jóvenes, mujeres, reclusos/as, minorías étnicas, etc.), colaborando en los servicios básicos y promoviendo la reinserción.
- **Voluntariado en cooperación al desarrollo:** fomento y promoción de programas de educación, medio ambiente, lucha contra la pobreza, derechos humanos y sanitarios, contribuyendo a la corresponsabilidad de un único mundo.
- **Voluntariado y discapacidad:** Prevención, tratamiento y rehabilitación, colaborando en la erradicación de discriminaciones y favoreciendo la inclusión en la sociedad .
- **Voluntariado medioambiental:** campañas de sensibilización, protección, denuncia contra actuaciones que dañan el medio ambiente: Elaboración de alternativas concretas y viables.
- **Voluntariado en protección civil:** respuesta a situaciones de emergencia, apoyando y realizando labores de ayuda inmediata.
- **Enfermedades y apoyo socio-sanitario:** Voluntariado en entidades de personas afectadas por enfermedades, personas enfermas crónicas, sida, VIH, donación y

trasplantes de órganos, asistencia domiciliar, hospitalaria, promoción de la salud, etc. Adiciones, Dependencias: tabaquismo, drogadicción, alcoholismo, ludopatías.

- **Voluntariado en salud:** Promoción de la salud, desarrollo de hábitos de vida saludables y respuesta a situaciones de necesidad sanitaria.
- **Voluntariado en derechos humanos:** Apoyo y promoción de campañas y actividades en defensa de los derechos de las personas.
- **Voluntariado en adiciones y dependencias:** Participación en programas de asistencia y apoyo a familias, en programas de reinserción y en campañas de información y sensibilización.

### 3. BENEFICIOS DEL VOLUNTARIADO

Si bien, se sabe que el voluntariado tiene un gran valor para la sociedad y su contribución es invaluable, ha sido muy difícil cuantificar su valor en términos sociales y económicos. Sobre el particular, en un estudio realizado por Cristian Iván Hernández (2016)<sup>5</sup>, se establece que hay tres principales tipos de impactos del trabajo voluntario: el económico, el social y el individual para el voluntario. Respecto al primer aspecto, se calcula que los trabajadores voluntarios realizan una contribución de 400 mil millones a la economía mundial y que el valor de la contribución en tiempo de trabajo voluntario, es alrededor del doble del valor de la contribución en dinero (VNU, 2011).

El segundo impacto adicional del trabajo voluntario es a la sociedad, y corresponde al efecto que tiene la naturaleza del trabajo voluntario en las fallas de mercado y la provisión de bienes públicos y en el que sin eficiencia estatal, se vuelve fundamental el trabajo voluntario como uno de los mejores mecanismos para satisfacerlos.

Como tercer impacto, el voluntariado trae una cierta cantidad de beneficios para el voluntario. Existen varias motivaciones para personas jóvenes en realizar un voluntariado, entre estas están la experiencia laboral, aprender nuevas habilidades, mejorar habilidades personales y practicar un idioma (Smith et al. 2010). Por otro lado, existe evidencia que indica que existen beneficios en la salud (tanto física como mental) por realizar voluntariado, así como una herramienta de satisfacción de necesidades de reconocimiento y autorrealización (Andrés Jovani, 2013).

<sup>5</sup> Cristian Iván Hernández Mateus. (2016). Teoría económica del voluntariado, valoración y ejercicio de promoción. Universidad de los Andes. En: <https://repositorio.uniandes.edu.co/bitstream/handle/11922/15267/1/728914.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Por otro lado, el Programa de Voluntarios de las Naciones Unidas - VNU (2015)<sup>6</sup> se ha referido a las dificultades para la medición del valor generado por el voluntariado, lo que a su vez, impide que los ciudadanos y la sociedad en su conjunto inviertan lo que deberían en las actividades de los voluntarios, dados sus posibles beneficios sociales. El método más rudimentario para medir esos beneficios consiste en calcular el valor económico de los bienes y servicios que crean los voluntarios, es decir, el valor con respecto al PIB de los servicios voluntarios. Bajo este criterio, en un estudio de caso reciente sobre el Reino Unido, eso equivaldría como mínimo al 3,5% del PIB anual. Sin embargo, eso desestima el beneficio social, como beneficios personales a los participantes en la mejora de sus destrezas técnicas y sociales, así como un mayor bienestar. También se refiere al alivio de los costos para las arcas públicas (en el mantenimiento de los sistemas de seguridad social, salud y justicia penal) y una mayor participación ciudadana en la labor de las obras de beneficencia y el Estado.

De acuerdo con el autor, en lo que respecta a los gobiernos y las organizaciones públicas, el voluntariado no solo puede aliviar la carga de trabajo, sino también hacerlo de un modo favorable a la transparencia, la responsabilidad y rendición de cuentas, y la representatividad de tales actuaciones. Asimismo, mejoraría la eficiencia y la legitimidad de las actividades gubernamentales.

Otro autores se han referido al voluntariado en América Latina. Al respecto, Kliksberg (2009)<sup>7</sup> propone siete tesis sobre las perspectivas hacia los cuales puede y debe apuntar el voluntariado en esta región del mundo: primero, el voluntariado debe ser tenido en cuenta para temas como la reducción de la pobreza, la gestión de desastres o la inclusión social, al ser un productor de bienes y servicios sociales; segundo, el voluntariado es constructor de capital social, ya que contribuye a generar mayor confianza entre los miembros de una sociedad y mayor asociatividad; tercero, un Estado fuerte que apoye la participación y solidaridad de sus ciudadanos puede, gracias a este apoyo, enriquecer y complementar sus políticas sociales; cuarto, el trabajo voluntario, a diferencia de otro tipo de labores, trae consigo otro tipo de gratificaciones (psicológicas, espirituales, etc.), que, además, movilizan un sentimiento de responsabilidad por el otro; quinto, Está creciendo una nueva forma de voluntariado, constructor de ciudadanía y participación entre iguales; sexto, el voluntariado en esta región ha presentado avances significativos a pesar del poco interés y apoyo por parte de los Estados, donde las las políticas se han centrado en la regulación y control por encima de la promoción del voluntariado.; finalmente, ante los

<sup>6</sup> Andrew G. Haldane. (2015). Informe sobre el estado del voluntariado en el mundo: transformar la gobernanza. Programa de Voluntarios de las Naciones Unidas (VNU). En: [https://www.unv.org/sites/default/files/21337%20-%20SWR%20report%20-%20SPANISH%20-%20web%20single%20pages\\_1.pdf](https://www.unv.org/sites/default/files/21337%20-%20SWR%20report%20-%20SPANISH%20-%20web%20single%20pages_1.pdf)

<sup>7</sup> Referenciado por Cristian Iván Hernández Mateus. (2016). Op Cit

desafíos que afronta América Latina en materia social se requiere de un apoyo decidido de todos los actores sociales y políticos. En este panorama el voluntariado tiene mucho que decir y aportar.

En conclusión, se ha demostrado que el voluntariado tiene grandes beneficios. En lo económico, al ser proveedor de bienes y servicios que pueden ser cuantificados; en lo social, al contribuir en la solución de los problemas sociales y ser un importante constructor de capital social, fundamentado en sentimientos de solidaridad y altruismo; y además genera beneficios personales para las personas que lo practican. Es por esta razón, que los Estados están llamados a jugar un rol más activo en su promoción, en su cuantificación y apoyo como un importante constructor de capital social.

Desde su creación el Sistema Nacional de Voluntariado ha tenido avances importantes en la integración de nuevos actores, públicos y privados, en la construcción de espacios de cooperación y la promoción de la cultura voluntaria en el país. Actualmente existen "283 consejos municipales y 18 consejos departamentales y otros están en proyección de conformación"<sup>8</sup>. Sin embargo, existe una necesidad de un mayor apoyo técnico y financiero para el funcionamiento del Sistema, la obligatoriedad del registro de Organizaciones de Voluntariado (ODV) las Entidades con Acción Voluntaria (ECAV) y los Voluntariados Informales para obtener el panorama general de la acción voluntaria en el país y tomar acciones de mejora, un mayor involucramiento de las entidades territoriales y nacionales en el reconocimiento, seguimiento y supervisión al Sistema, la medición del impacto de la acción voluntaria en el país, entre otras acciones que permitan consolidar un Sistema Nacional de Voluntariado más robusto y con una mayor incidencia en la realidad del país.

Hoy más que nunca, en medio de la coyuntura actual de declaratoria del estado de emergencia económica, social y ecológica en todo el territorio nacional por el COVID-19, hay un llamado a la solidaridad y a aunar esfuerzos del sector público, privado, organizaciones de la sociedad civil, academia y por supuesto los voluntarios para afrontar esta crisis. Pero también es necesario que esta ayuda se realice de manera articulada y coherente para que los resultados puedan ser acciones efectivas y oportunas. Es en este sentido, que necesitamos de un Sistema Nacional de Voluntariado fortalecido y capaz de actuar de manera coordinada y oportuna en los momentos de mayor crisis en nuestro país. Así, el objetivo de este proyecto de ley, es fortalecer el Sistema Nacional de Voluntariado existente y garantizar una mayor participación y apoyo de las entidades del Estado en su promoción y funcionamiento en el país.

<sup>8</sup> John Alexander Galindo Vega. (2020). Video Institucional Sistema Nacional de Voluntariado.

Se recomienda "(...) c) Marcos fiscales, legislativos y de otro tipo propicios, incluso para las organizaciones con base en la comunidad y las organizaciones sin fines de lucro dedicadas a actividades de voluntarios. i) Aprobación de leyes que actúen como incentivo. El objetivo es alentar o servir de inspiración a los ciudadanos para que presten servicios voluntarios, aunque la decisión queda en manos de la persona o la organización; también se pueden facilitar las actividades voluntarias de los empleados; 1) Facilitar el establecimiento de alianzas con motivo de las actividades de la sociedad civil basadas en el servicio voluntario, que pueden incluir mecanismos para la planificación, ejecución y supervisión conjuntas y la incorporación de las actividades voluntarias de los empleados del sector privado.

- **Resolución 57/106 de 2002** aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas: Insta a los gobiernos a que, con el apoyo activo de los medios de difusión, la sociedad civil y el sector privado, observen el 5 de diciembre el Día Internacional de los Voluntarios para el Desarrollo Económico y Social e incluyan en sus campañas de divulgación actividades centradas en el seguimiento de los logros del Año Internacional de los Voluntarios; Reafirma la necesidad de reconocer y promover todas las formas de voluntariado como actividad que atañe y beneficia a todos los sectores de la sociedad, incluidos los niños, los jóvenes, las personas de edad, las personas con discapacidad, las minorías y los inmigrantes, y los que se ven excluidos por razones sociales o económicas.
- **Resolución 60/134** aprobada por la Asamblea General el 16 de diciembre de 2005. Seguimiento de la observancia del Año Internacional de los Voluntarios: Invita a todos los interesados, especialmente del sector privado y de las fundaciones privadas, a apoyar el voluntariado como instrumento estratégico para fomentar el desarrollo económico y social, incluso mediante la expansión del voluntariado empresarial; alienta a los gobiernos a establecer asociaciones con la sociedad civil a fin de crear un potencial de voluntariado en el plano nacional, dada la importante contribución que el voluntariado aporta al cumplimiento de los objetivos de desarrollo internacionalmente convenidos, incluidos los enunciados en la Declaración del Milenio.
- **Resolución 63/153 de 2008**, aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas sobre el Día Internacional de los Voluntarios para el Desarrollo Económico y Social: Alienta a los gobiernos a establecer asociaciones con la sociedad civil a fin de crear un potencial de voluntariado en el plano nacional, dada la importante contribución del voluntariado al cumplimiento de los objetivos de desarrollo internacionalmente convenidos, incluidos los enunciados en la Declaración del Milenio.

#### 4. MARCO NORMATIVO

##### 4.1 Marco Internacional

A continuación se relacionan las principales directrices internacionales y europeas adoptadas por diferentes organizaciones internacionales, particularmente las desarrolladas por Naciones Unidas.

- **Resolución 52/17** de la Asamblea General de Naciones Unidas del 20 de noviembre de 1997, se proclama el año internacional del voluntariado.
- **Resolución 1997/44** del Consejo Económico y Social de Naciones Unidas del 22 de julio de 1997, se impulsa una resolución con algunas recomendaciones a los Estados sobre la acción del voluntariado.
- **Resolución 55/57** de la Asamblea General de Naciones Unidas del 4 de diciembre del 2000, recuerda las resoluciones anteriores sobre el "Año Internacional del Voluntariado" y recomienda que se fomente la participación de voluntarios en el desarrollo social. Al respecto la Asamblea dijo que: "Insta a los Estados a que promuevan, sobre todo durante el año, un entorno propicio para que se examinen a nivel nacional y local las características y tendencias de las actividades voluntarias en sus propias sociedades, comprendidos los principales problemas que el año puede ayudar a resolver, y a que incorporen el tema del voluntariado en las reuniones y encuentros de alto nivel que tengan lugar en 2001".
- **Resolución 39/2** de la Comisión de Desarrollo Social de Naciones Unidas del 23 de febrero del 2001, se vuelve a apoyar el voluntariado como fuerza económica importante.
- **Resolución 56/38** de la Asamblea General de Naciones Unidas del 5 de diciembre del 2001, se dan otras recomendaciones sobre el voluntariado, se señala la manera en que los gobiernos y las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas pueden apoyar el voluntariado y se exhorta a los Estados a tener en cuenta esta resolución. En el anexo de esta resolución se encuentra la más importante recomendación del "sistema normativo":

##### 4.2 Experiencias Internacionales

Teniendo en cuenta el potencial del voluntariado para genera un impacto social y económico en los países donde está siendo implementado, a continuación se detallan algunas de las iniciativas para su promoción y apoyo compiladas por UN Volunteers<sup>9</sup>:

- **Los Centros o Consejos Nacionales de Voluntarios** facilitan los contactos entre el gobierno y la sociedad civil, y han sido adoptados tanto en países que han implementado leyes y políticas de voluntariado como en aquellos que no lo han hecho. Un centro nacional de voluntariado puede ser un mecanismo eficaz para promover el voluntariado y mejorar la experiencia de voluntariado tanto para los voluntarios como para las organizaciones a las que sirven. Sirve para promover y facilitar el voluntariado, proporcionar información, capacitación, educación y unir los servicios de los voluntarios con las organizaciones de la sociedad civil en varios países.

Se ha implementado en diferentes países como Australia, Argentina, Barbados, Brasil, Croacia, Chipre, Egipto, El Salvador, Líbano, Luxemburgo, Madagascar, Perú, Corea del Sur, Ucrania, Emiratos Arabes Unidos y Zambia. Sólo en Tailandia, se establecieron más de 75 centros, uno para cada provincia del país. Los propósitos, responsabilidades y estructuras de estos organismos difieren y dependen de las razones de su establecimiento y de las funciones que desempeñan. En general, son responsables de la aplicación de una ley o política y de la coordinación de las actividades relativas a la promoción del voluntariado. A menudo están compuestos por representantes del gobierno, la sociedad civil y el sector privado, asegurando así que diferentes necesidades y posiciones estén representadas y consideradas en la implementación de las actividades.

- **Ley de Voluntariado de Croacia (2007)** creó una Junta Nacional para el Desarrollo del Voluntariado con el fin de posicionar a los voluntarios en la sociedad, así como generar nuevas regulaciones para las actividades de voluntariado. La Junta está compuesta por diecinueve personas: seis del gobierno, siete de la sociedad civil y otros seis expertos de la academia.

<sup>9</sup> Un Voluntarios. (2009). Leyes Y Políticas Afectando Voluntariado Desde 2001. En: <https://www.ifrc.org/docs/IDRL/Volunteers/VolunteerismLaws2001.pdf>

- **El Consejo de Desarrollo del Voluntariado de Inglaterra** colabora con el gobierno y los partidos de oposición para dirigir la política gubernamental y la acción comunitaria en el campo del voluntariado.
- **La Agencia Nacional de Coordinación del Servicio de Voluntarios de Filipinas** es responsable de aplicar la Ley de institucionalización de una estrategia para el desarrollo rural y el fortalecimiento del voluntariado (2006) mediante la revisión y formulación de políticas y directrices relativas al servicio nacional de voluntariado y la prestación de servicios técnicos y asistencia para el fortalecimiento de capacidades de los voluntarios y las organizaciones de voluntarios.
- **El Consejo Nacional de Voluntariado del Líbano** facilita el contacto y la coordinación entre todos los ministerios gubernamentales, la oficina del Primer Ministro y las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) para promover el voluntariado en todo el país. El comité está compuesto por 26 personas procedentes de ministerios gubernamentales, OSC internacionales y nacionales, universidades importantes y las Naciones Unidas.

En términos generales estas experiencias internacionales han demostrado que:

- Las leyes y políticas de voluntariado se han utilizado como parte de programas más amplios que abordan cuestiones específicas identificadas como prioridades nacionales (por ejemplo, reducción de la pobreza, prevención del VIH/SIDA, reconstrucción posterior a los conflictos, salud y educación).
- Muchos países han establecido centros o consejos nacionales de voluntariado que promueven y facilitan el voluntariado y proporcionan información, capacitación, educación y servicios de unión entre los voluntarios con las OSC en todo ese país o región.

**4.3 Marco Nacional**

**4.3.1 Situación del Voluntariado en Colombia**

En Colombia existen un gran número de organizaciones de voluntariado que agrupan y apoyan el desarrollo de la sociedad en temas de vital importancia para el país como atención y prevención de desastres, salud, educación, control social, participación ciudadana. *"Se calcula que hay 63.553 organizaciones solidarias que incluyen unas*

*13.200 fundaciones que se dedican a labores de voluntariado."*<sup>10</sup> Sin embargo, a pesar de reconocer el impacto positivo que genera el voluntariado en el país y de existir un marco normativo que la regula, existe muy poca información sobre su funcionamiento y tampoco existen datos confiables sobre su impacto en la sociedad.

Un estudio liderado por la Universidad del Rosario, Dansocial y el Voluntariado de las Naciones Unidas (2010), logró demostrar que hay variaciones en el PIB que se pueden atribuir a la acción voluntaria y a las instituciones de voluntariado. En efecto, "un incremento en un 1% el número de personas dedicadas a este trabajo hace que el PIB departamental aumente en promedio 0,021%; de otro lado, si se incrementa en un 1% el número de las instituciones de voluntariado, el PIB departamental crecerá en promedio 0,5%" (DANSOCIAL; Universidad del Rosario; UNV; 2010).<sup>11</sup>

La regulación al tema del voluntariado en Colombia se dio con la **Ley 720 de 2001** por medio de la cual se reconoció, promueve y regula la acción voluntaria de los ciudadanos colombianos. Con esta ley, se creó el Sistema Nacional de Voluntariado (SNV), conformado por un conjunto de instituciones, organizaciones, entidades y personas que realizan acciones de voluntariado, con el objeto promover y fortalecer la acción voluntaria a través de alianzas estratégicas y el trabajo en red de las Organizaciones de Voluntariado (ODV), las Entidades con Acción Voluntaria (ECAV) y los Voluntariados Informales con la sociedad civil y el Estado. La ley también determina establecer los mecanismos necesarios para facilitar la construcción de un indicador que valore el aporte de la Acción Voluntaria al Producto Interno Bruto (PIB) del país.

Esta ley fue reglamentada por el **Decreto 4290 de 2005** confirió al Departamento Administrativo Nacional de la Economía Solidaria, Dansocial, la responsabilidad de promocionar el desarrollo del voluntariado en Colombia. Así también, se establecen los mecanismos de Conformación de los Consejos Municipales y Departamentales de Voluntariado, así como el Consejo Nacional de Voluntariado. Se dispone la creación de un Reglamento de voluntariado de las Organizaciones de Voluntariado, el registro y reporte de información de voluntarios así como el reporte de ingresos y egresos de las Organizaciones de Voluntariado.

<sup>10</sup> RCN Radio. (2017). 1 de cada 3 colombianos ha sido voluntario y en su gran mayoría son mujeres. En: <https://www.rcnradio.com/colombia/1-3-colombianos-ha-voluntario-gran-mayoria-mujeres>  
<sup>11</sup> Humberto Javier Hernández Llorente. (2016). La política de voluntariado en Colombia: entre la legalidad y la legitimidad social. el caso de la red distrital de voluntariado universitario. Trabajo de grado para optar por el título de Magister en Política Social. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales. En: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/20554/HernandezLlorenteHumbertoJavier2016.pdf?sequence=1&isAlowed=y>

Un esfuerzo por ofrecer herramientas a la acción voluntaria fue desarrollada por el ICONTEC, al publicar en el año 2007 una guía técnica sobre el modelo de gestión para organizaciones de acción voluntaria, que les permitiera dirigir y administrar sus procesos y resultados.

Una forma concreta de materializar las disposiciones de la Ley 720 de 2001 fue con la aprobación de la **Ley 1505 de 2012**, por medio de la cual se creó el Subsistema Nacional de Voluntarios de Primera Respuesta, como parte del Sistema Nacional de Prevención y Atención de Desastres, así como reconocer y estimular la labor de los voluntarios que hacen parte del mismo y potenciar su formación y competencias ciudadanas. De este Subsistema hacen parte de los voluntarios acreditados y activos de la Defensa Civil Colombiana, de la Cruz Roja Colombiana y de los Cuerpos de Bomberos. Así también, esta ley le otorgó a los voluntarios incentivos en materia de acceso a la educación y la vivienda, en exoneración de impuestos y tarifas especiales de servicios públicos, así como en seguridad social, acceso a cargos públicos, entre otros.

Algunas iniciativas legislativas para reformar la Ley 720 de 2001 se han generado. Tal es el caso del **Proyecto de Ley 03 de 2014 - Senado** por medio de la cual se pretendían modificar algunos artículos de la Ley 720 de 2001, se especificaban algunos tipos de voluntariado, se ahondaba en los fines del voluntariado, se creaba la Secretaría Técnica especializada en Voluntariado, se generaban algunos estímulos para el voluntario y se reconocía el Día Internacional de los Voluntarios para el Desarrollo Económico y Social.

Otras iniciativas en el mismo sentido (PL126/15 y 917/16) han apuntado a generar algunos beneficios para las Organizaciones de Voluntariado (ODV) locales y del orden nacional y a las Entidades con Acción Voluntaria (ECAV) que demuestren pertenecer al Sistema Nacional de Voluntariado. Todas ellas han sido archivadas por tránsito de legislación.

**4.4 Avances del Sistema Nacional de Voluntariado**

El Sistema Nacional de Voluntariado creó los Consejos Municipales, Departamentales y el Consejo Nacional de Voluntariado. Se calcula que "existen unos 180 consejos

municipales de voluntariado y cerca de 20 consejos departamentales que tienen actividades en casi todo el país."<sup>12</sup>

Con el mandato dado por el Decreto 4290 de 2005, Dansocial, hoy la Unidad Administrativa Especial de Organizaciones Solidarias, adelantó numerosas gestiones desde el 2004 para la conformación de los diferentes consejos que conformarían el Sistema Nacional de Voluntariado. El primer Consejo Municipal de Voluntariado fue el de Medellín creado en el 2004, el primero Departamental fue el de Caldas creado en el 2006 y el Consejo Nacional de Voluntariado en el 2009.

De acuerdo con información reportada por el Consejo Nacional de Voluntariado, actualmente existen "283 consejos municipales y 18 consejos departamentales y otros están en proyección de conformación"<sup>13</sup>. También, desde el año 2019, ha realizado encuentros nacionales de voluntariado con sede en diferentes ciudades. Algunas de éstas también han avanzado en el desarrollo de políticas públicas de voluntariado, como es el caso de Medellín, que mediante el Acuerdo 53 de 2011, adoptó la Política Pública Municipal de Voluntariado para la Ciudad de Medellín, que busca "atender las principales necesidades de la población voluntaria de la Ciudad y llevar a cabo proyectos de formación y fomento a la actividad voluntaria; que contribuyan con la reconstrucción del tejido social y se conviertan en una alternativa de utilización del tiempo libre y deber ciudadano."<sup>14</sup> Aunque esta medida se concibió como un gran impulso al voluntariado en la ciudad, en la práctica su implementación ha tenido algunas dificultades y no se han establecido mecanismos de seguimiento a la misma.

Desde su conformación, el Consejo Nacional de Voluntariado ha procurado la integración de nuevos municipios y departamentos, y la construcción de espacios de cooperación con órganos legislativos y ejecutivos, a fin de seguir promoviendo la cultura voluntaria en Colombia."<sup>15</sup> Sin embargo, a pesar de los avances que ha tenido el Sistema en los últimos años, se evidencian algunos vacíos y preocupaciones asociados a la necesidad de un mayor apoyo técnico y financiero para el funcionamiento del Sistema, la obligatoriedad del registro de Organizaciones de Voluntariado (ODV) las Entidades con Acción Voluntaria (ECAV) y los Voluntariados Informales para obtener el panorama general de la acción voluntaria en el país y tomar acciones de mejora, un mayor involucramiento de las entidades territoriales y nacionales en el reconocimiento, apoyo y supervisión al Sistema, la medición del

<sup>12</sup> RCN Radio. (2017). Op Cit  
<sup>13</sup> John Alexander Galindo Vega. (2020). Video Institucional Sistema Nacional de Voluntariado.  
<sup>14</sup> Acuerdo 53 de 2011. Art. 5  
<sup>15</sup> Texto de la exposición de motivos del Proyecto de Ley 03 de 2014 Senado. En Gaceta del Senado: [http://leves.senado.gov.co/proyectos/imagenes/documentos/Textos%20Radicaados/Ponencias/2014/gaceta\\_504.pdf](http://leves.senado.gov.co/proyectos/imagenes/documentos/Textos%20Radicaados/Ponencias/2014/gaceta_504.pdf)

impacto de la acción voluntaria en el país, entre otras acciones que permitan consolidar un Sistema Nacional de Voluntariado más robusto y con una mayor incidencia en la realidad del país.

**4.5 Otras Formas de Voluntariado en Colombia**

**4.5.1 Los Bancos de Tiempo**

Una forma de voluntariado que ha surgido en Colombia hace algunos años es la de bancos de tiempo, una iniciativa privada a través de la cual los miembros de esa comunidad intercambian habilidades y saberes. Esta figura ya existe en las ciudades de Bogotá, Barranquilla, Cali, Medellín y Yopal. Los bancos de tiempo *"muestran cómo el conocimiento puede contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los involucrados, acercando a las personas de manera igualitaria en torno a intereses comunes y diversos, encontrando en sí mismos y en los otros valiosos saberes y servicios que se intercambian de manera horizontal, libre y gratuita."*<sup>16</sup>

De acuerdo con la investigación realizada por la Comisión Europea<sup>17</sup> sobre los beneficios que tienen los bancos de tiempo como iniciativa en política pública, la implementación de esta figura promueve mejoras en aspectos que abarcan desde el empleo, salud física, bienestar mental y reconstrucción de lazos sociales. Respecto al primer aspecto, existen varias aproximaciones de la literatura sobre el rol que tiene el banco de tiempo sobre la preparación de las personas para el mercado laboral. Existen ejemplos de estudios que sugieren que las experiencias que adquieren las personas les permiten encontrar más fácilmente trabajo.

En relación con los demás aspectos, los bancos de tiempo promueven mejoras en salud, especialmente cuando las personas se encuentran aisladas y tienen una o más enfermedades de salud crónica. La mejora de la salud de la persona se encuentra relacionada con proveer apoyo cuando la persona se encuentra recuperándose y ya no requiere cuidado profesional. Además, se proporciona a las personas con nuevos lazos sociales y promueve un mayor grado de importancia sobre los roles de cuidado.

<sup>16</sup> El Espectador. (2018). El Banco del Tiempo: una alternativa de intercambio solidario. En: <https://www.elespectador.com/economia/el-banco-del-tiempo-una-alternativa-de-intercambio-solidario-articulo-791795>

<sup>17</sup> Carmen Bocanegra y Eduardo Salas García. Banco del Tiempo, ¿alternativa para el desempleo en México?. Revista Universidad de Sonora. En: <http://www.revistauniversidad.uson.mx/revistas/21-21%20Banco%20de%20tiempo%20alternativa%20para%20de%20desempleo%20en%20m%C3%A9xico.pdf>

Los bancos de tiempo pueden proporcionar redes de intercambio social y apoyo alrededor de éstas. También, se ha comprobado que éstos tienen un impacto positivo sobre los adultos mayores, por un lado, ayudan a hacer frente a la soledad y el aislamiento, fomentando la red de apoyo de la persona, tiene beneficios de tipo psicológicos, al dar valor a los conocimientos y saberes de cada persona, estimulan las capacidades y habilidades de las personas, generando en ellas una satisfacción personal al sentirse útiles para los demás, favoreciendo de esta forma un refuerzo de su autoestima y de autorrealización (Sarasola, 2019).<sup>18</sup>

En Colombia, los bancos de tiempo funcionan a través de una plataforma llamada TimeOverflow, que ha sido facilitada para varios bancos del tiempo en el mundo por la Asociación para el Desarrollo de los Bancos de Tiempo (ADBdT), en la cual las personas se inscriben ofreciendo su tiempo y habilidades. En la medida que una persona ofrece sus servicios a otras personas, obtiene créditos para usar los servicios que brindan otros usuarios del sistema. De acuerdo con Maribel Moreno, Fundadora del Banco de Tiempo en Colombia, *"es una estrategia de economía solidaria que busca fortalecer los lazos entre las personas y reducir los índices de consumo económico: que no se tenga que pagar por servicios que se pueden proveer a partir de una relación de confianza y solidaridad"*<sup>19</sup>. Los servicios que más se ofrecen en la plataforma son de idiomas, matemáticas, clases de piano, coaching, técnicas de fotografía y de cocina.

**4.5.2 El programa de Voluntarios de las Naciones Unidas**

El Programa de Voluntarios de las Naciones Unidas (programa VNU) es la organización de la ONU que contribuye a la paz y al desarrollo en todo el mundo por medio del voluntariado. Está activo en 130 países del mundo cada año, incluyendo a Colombia, y de acuerdo con el Informe Anual 2017<sup>20</sup>, un total de 6.501 Voluntarios de más de 100 profesiones diferentes sirvieron en terreno con 35 asociados de las Naciones Unidas, en todo el mundo. Se destacó que el 83% de los voluntarios provenían de los países de Sur, el 47% de ellos eran mujeres y 1.808 eran menores de 29 años. Algunos de ellos, un total de 17.893 realizaron voluntariado en línea que permite a las organizaciones y voluntarios actuar conjuntamente para abordar los

<sup>18</sup> <https://plataformavoluntariado.org/wp-content/uploads/2020/01/tesis-bancos-de-tiempo.pdf>

<sup>19</sup> Revista Comensales. (2019). Bancos de tiempo: Ayudar sin esperar dinero a cambio. En: [https://revistadiners.com.co/tendencias/63520\\_bancos-de-tiempo-ayudar-sin-esperar-dinero-a-cambio/](https://revistadiners.com.co/tendencias/63520_bancos-de-tiempo-ayudar-sin-esperar-dinero-a-cambio/)

<sup>20</sup> Voluntarios de las Naciones Unidas. (2017). Informe Anual 2017. En: <https://www.unv.org/es/Annual-report/informe-anual-2017>

desafíos de desarrollo sostenible en cualquier lugar del mundo y desde cualquier dispositivo.

Para el programa, el voluntariado cumple con tres criterios importantes. Primero, es una acción que nace de la libre voluntad de una persona, sin ningún tipo de obligación, tanto por la ley, un contrato o un requisito académico. En segundo lugar, la acción no debe llevarse a cabo con el objetivo de una recompensa económica. En tercer lugar, la acción debe contribuir al bien común y beneficiar de cualquier forma a personas ajenas a la familia y el hogar del voluntario, o realizarse a favor de una causa, incluso si la persona que actúa como voluntaria también resulta beneficiada (VNU, 2015).<sup>21</sup>

**4.5.3 Iniciativas Gubernamentales de Voluntariado**

Si bien existen muchas organizaciones dedicadas a promover el voluntariado, algunas iniciativas han surgido desde entidades nacionales y autoridades locales, no como un programa o política general, sino enfocada en aspectos y necesidades muy específicas.

Tal es el caso de la Alcaldía de Bogotá, la cual a través de diferentes entidades distritales ha promovido el voluntariado en la ciudad. Una de ellas es la de Voluntarios por Bogotá ¡Gente que ayuda!, liderado por el Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático – IDIGER con el apoyo de la Secretaría Distrital de Salud y el Cuerpo Oficial de Bomberos. Es un programa que "brinda los conocimientos y prácticas para participar y responder de manera autónoma y solidaria, a nivel individual y colectivo, en caso de emergencias complejas y desastres cuando es probable que la ayuda institucional pueda tardar."<sup>22</sup>

El primer paso para ser voluntario es inscribirse en el curso virtual "Primer Respondiente, Gente que ayuda", que responde al **Acuerdo 633 de 2015** del Concejo de Bogotá, mediante el cual se fortalece el Sistema Distrital de Gestión de Riesgo y Cambio Climático. Después de terminar el curso virtual, los voluntarios deben tomar el curso teórico-práctico primer respondiente de la Secretaría de Salud, que desde 2001 ha capacitado a más de 150.000 personas capacitadas, quienes además pueden obtener su certificado.

También otras entidades distritales ofrecen opciones de voluntariado como la del Instituto Distrital de Protección y Bienestar Animal, el Jardín Botánico de Bogotá, con

<sup>21</sup> VNU. (2011). Informe sobre el estado del voluntariado en el mundo. En: [https://www.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/Volunteerism%20Report/SWVR2011\\_Spanish\\_Full.pdf](https://www.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/Volunteerism%20Report/SWVR2011_Spanish_Full.pdf)

<sup>22</sup> En: [http://app.voluntariosporbogota.gov.co/Voluntarios\\_por\\_Bogota/#](http://app.voluntariosporbogota.gov.co/Voluntarios_por_Bogota/#)

las Alcaldías Locales para las jornadas de embellecimiento del espacio público con voluntarios, de enlucimiento de áreas comunes en distintos barrios de Bogotá y recuperación del espacio público, entre otras, el Programa 'Voluntariado Intergeneracional' de la Secretaría Distrital de Integración Social.

**5. NORMATIVIDAD**

- **Constitución Política de Colombia:** En los principios fundantes consagrados en el artículo 1 "Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, que es democrática, participativa y pluralista, y la cual está fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y **la solidaridad de las personas** que la integran y en la prevalencia del interés general"
- **Ley 720 del 2001** por medio de la cual se reconoce, promueve y regula la acción voluntaria de los ciudadanos colombianos, reglamentada mediante decreto **4290 de 2005**.
- **Ley 1505 de 2012** por medio de la cual se crea el sub-sistema nacional de voluntarios de primera respuesta y se otorgan estímulos a los voluntarios de la Defensa Civil, de los cuerpos de Bomberos de Colombia y de la Cruz Roja Colombiana y se dictan otras disposiciones en materia de voluntariado en primera respuesta.

**6. IMPACTO FISCAL**

El presente proyecto de ley no tiene impacto fiscal, toda vez que su implementación no demanda recursos diferentes a los que están contemplados en los distintos presupuestos de las entidades responsables, como quiera que se trata de articular instrumentos de gestión pública

**7. CONFLICTO DE INTERESES**

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

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

*"Artículo 1º. El artículo 286 de la Ley 5 de 1992 quedará así: (...)*

*a) Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del 87 congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado.*

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

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

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

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

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

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

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

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

*f) Cuando el congresista participa en la elección de otros servidores públicos mediante el voto secreto*

*. Se exceptúan los casos en que se presenten inhabilidades referidas al parentesco con los candidatos.*

Por lo anterior, se considera que el presente proyecto de Ley no genera conflictos de interés en atención a que se trata de un proyecto que no genera un beneficio particular, actual y directo a los congresistas, de conformidad con lo establecido en el artículo 1 de la Ley 2003 de 19 de noviembre de 2019; sino que, por el contrario, su objetivo primordial es generar espacios en los cuales los ciudadanos puedan ofrecer su conocimiento, experiencia y servicios como voluntarios y en esa medida puedan ser asignados de acuerdo a las necesidades de las organizaciones de la sociedad civil.

**8. ANTECEDENTES**

El presente proyecto de ley se presentó el pasado 20 de julio de 2020 para ser discutido en la legislatura correspondiente a julio 2020-julio 2021. Sin embargo, teniendo en cuenta lo consagrado en la Constitución Política en el artículo 162 de no haberse tramitado primer debate del proyecto de ley durante la legislatura en la cual se radica, deberá ser presentado nuevamente en la siguiente.

Por lo anterior, en la medida en que el proyecto no rindió primer debate en la pasada legislatura se pone nuevamente en discusión la presente iniciativa con la finalidad de que sea debatida en el Congreso de la República.

**SENADO DE LA REPÚBLICA – SECRETARÍA GENERAL – TRAMITACIÓN LEYES**

Bogotá D.C., 22 de Julio de 2022

Señor Presidente:

Con el fin de repartir el Proyecto de Ley No.041/22 Senado **"POR MEDIO DE LA CUAL SE CREA EL BANCO NACIONAL DE VOLUNTARIADO, SE REGULA SU FUNCIONAMIENTO Y SE ESTABLECEN OTRAS DISPOSICIONES"**, me permito remitir a su despacho el expediente de la mencionada iniciativa, presentada el día de hoy ante la Secretaría General del Senado de la República por los Honorables Senadores SOLEDAD TAMAYO TAMAYO, LILIANA ESTHER BITAR, MIGUEL ÁNGEL BARRETO CASTILLO, EFRÁIN CEPEDA SARABIA, JUAN CARLOS GARCÍA GÓMEZ, NICOLAS ALBEIRO ECHEVERRY ALBARÁN, JULIO ROBERTO SALAZAR PERDOMO. La materia de que trata el mencionado Proyecto de Ley es competencia de la Comisión **SÉPTIMA** Constitucional Permanente del Senado de la República, de conformidad con las disposiciones Constitucionales y Legales.

**GREGORIO ELJACH PACHECO**  
Secretario General

**PRESIDENCIA DEL H. SENADO DE LA REPÚBLICA – JULIO 22 DE 2022**

De conformidad con el informe de Secretaría General, dese por repartido el precitado Proyecto de Ley a la Comisión **SÉPTIMA** Constitucional y enviase copia del mismo a la Imprenta Nacional para que sea publicado en la Gaceta del Congreso.

**CÚMPLASE**

**EL PRESIDENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA**

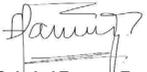
**ROY LEONARDO BARRERAS MONTEALEGRE**

**SECRETARIO GENERAL DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA**

**GREGORIO ELJACH PACHECO**

**PROYECTO DE LEY NÚMERO 42 DE 2022 SENADO**

*por medio de la cual se garantiza el manejo de la higiene menstrual en el país y se provee de manera gratuita artículos de higiene menstrual a niñas, mujeres y personas menstruantes en condición de vulnerabilidad.*

<p>Bogotá, D.C., 21 de julio de 2022</p> <p>Señor <b>GREGORIO ELJACH PACHECO</b> Secretario General Senado de la República Ciudad</p> <p><b>Asunto:</b> Radicación Proyecto de Ley</p> <p>Señor Secretario:</p> <p>De conformidad con lo establecido en la Ley 5a de 1992, se presenta a consideración del Senado de la República de Colombia el Proyecto de Ley: <i>"Por medio de la cual se garantiza el manejo de la higiene menstrual en el país y se provee de manera gratuita artículos de higiene menstrual a niñas, mujeres y personas menstruantes en condición de vulnerabilidad"</i> con el propósito que se dé el trámite correspondiente.</p> <p>Atentamente,</p>  <p><b>Soledad Tamayo Tamayo</b> Senadora de la República</p>	<p style="text-align: center;">REPUBLICA DE COLOMBIA</p>  <p><b>Diela Liliana Benavides Solarte</b> Senadora de la República</p>  <p><b>Laura Ester Fortich Sanchez</b> Senadora de la República</p>  <p><b>Liliana Esther Bitar Castilla</b> Senadora de la República</p>  <p><b>Nicolás Albeiro Echeverry Alvarán</b> Senador de la República</p>  <p><b>Nadia Btel Scaff</b> Senadora de la República</p>  <p><b>Efraín Cepeda Sarabia</b> Senador de la República</p>  <p><b>Ana Maria Castañeda Gomez</b> Senadora de la República</p>  <p><b>Delcy Esperanza Isaza</b> Representante a la Cámara</p>
 <p><b>Juan Carlos Garcia Gomez</b> Senador de la República</p>  <p><b>Julio Roberto Salazar Perdomo</b> Representante a la Cámara</p>	<p><i>Proyecto de Ley N° de 2022 "Por medio de la cual se garantiza el manejo de la higiene menstrual en el país y se provee de manera gratuita artículos de higiene menstrual a niñas, mujeres y personas menstruantes en condición de vulnerabilidad"</i></p> <p><b>ARTÍCULO 1°. OBJETO DE LA LEY.</b> La presente ley tiene por objeto promover la implementación de acciones por parte del Estado y la sociedad que permitan contar con conocimientos adecuados en torno a la menstruación, garantizar un manejo adecuado de la higiene menstrual, así como proveer de manera gratuita artículos de higiene menstrual a niñas, mujeres y personas menstruantes en condición de vulnerabilidad.</p> <p><b>ARTÍCULO 2°. DEFINICIONES.</b></p> <p><b>Menstruación:</b> Expulsión periódica del endometrio, asociada a la salida de sangre menstrual en el ciclo menstrual de humanos y primates.</p> <p><b>Artículos de higiene menstrual:</b> Se considera como Artículos de higiene menstrual las toallas higiénicas reutilizables, las toallas higiénicas desechables, los tampones, las esponjas marinas menstruales, las copas menstruales y todo producto de contención apto para su utilización durante la menstruación.</p> <p><b>Manejo de la Higiene Menstrual (MHM):</b> se refiere al uso de materiales limpios de manejo menstrual por parte de personas menstruantes para absorber o recoger la sangre menstrual, que se pueden cambiar en privado, tantas veces como sea necesario, durante la menstruación, usando jabón y agua para lavar el cuerpo según sea necesario, y teniendo acceso a instalaciones para desechar los materiales usados de manejo menstrual. Ellas comprenden los elementos básicos relacionados con el ciclo menstrual y cómo manejarlo con dignidad y sin molestias o miedo.</p> <p><b>ARTÍCULO 3°. INVESTIGACIÓN Y PROMOCIÓN.</b> El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social promoverá la realización de investigaciones y estudios sobre los distintos artículos de higiene menstrual, así como los potenciales riesgos para la salud de su uso inadecuado, con el fin de realizar su adecuada promoción.</p> <p><b>ARTÍCULO 4°. INFORMACIÓN.</b> El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Educación Nacional, creará los mecanismos necesarios para que en coordinación con los entes territoriales se generen acciones de información y educación en las instituciones educativas, familias y comunidad acerca de conocimientos adecuados y oportunos sobre la menstruación y de las opciones disponibles para el manejo de la higiene menstrual, teniendo en cuenta la perspectiva intercultural en el abordaje del tema.</p> <p><b>ARTÍCULO 5°. EDUCACIÓN Y FORMACIÓN.</b> El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Educación Nacional establecerá las directrices con la finalidad de que las</p>

secretarías de educación de las entidades territoriales aborden los temas de higiene menstrual y salud menstrual en las instituciones educativas de acuerdo con el Proyecto Educativo Institucional-PEI, respetando la autonomía institucional.

Estas directrices deberán orientar la acción educativa de forma transversal; promover la eliminación de estigmas, normas y prácticas desfavorables que impiden las transformaciones culturales, sociales y políticas necesarias; realizar actividades sobre la naturalización de la menstruación con estudiantes, docentes y el resto de la comunidad educativa; así como desarrollar proyectos de sensibilización para generar conciencia sobre la importancia de la higiene menstrual para una vida saludable.

**ARTÍCULO 6°. POLITICA PÚBLICA DE MANEJO DE HIGIENE MENSTRUAL.** El gobierno nacional en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el Ministerio de Educación, el Departamento Nacional de Planeación- DNP en el marco de sus competencias, diseñará la política pública para el manejo de la higiene menstrual en el país.

La política pública comprenderá acciones que aborden de manera transversal diferentes elementos esenciales para el adecuado manejo de la higiene menstrual, tales como el desarrollo de infraestructura, acceso a agua potable, procesos de educación y formación en gestión menstrual, la entrega gratuita de artículos de higiene menstrual a niñas, mujeres y personas menstruantes en condición de vulnerabilidad.

El Gobierno Nacional en coordinación con los entes territoriales realizará seguimiento a la implementación de la política de manejo de la higiene menstrual a nivel territorial.

Parágrafo. Para la creación de la política pública, el gobierno nacional contará con un periodo máximo de seis meses una vez expedida esta Ley.

**ARTÍCULO 7°. GRATUIDAD DE LOS ARTÍCULOS DE HIGIENE MENSTRUAL.** Se autoriza al gobierno nacional y a los entes territoriales disponer de recursos para la provisión gratuita de artículos de higiene menstrual a niñas, mujeres y personas menstruantes, en condiciones de pobreza extrema y moderada, clasificados como tal en el Sisben IV o de acuerdo a la metodología vigente.

La entrega gratuita de productos de higiene menstrual se realizará de forma progresiva de acuerdo a la disponibilidad de recursos.

La entrega, condiciones de acceso a los productos de higiene menstrual de manera gratuita deberá ajustarse a los lineamientos dispuestos por la entidad territorial, quienes deberán tener presentes las directrices generales que establezca el Gobierno Nacional para este efecto.

**ARTÍCULO 8°. COOPERACIÓN INTERNACIONAL Y ALIANZAS.** Las entidades nacionales y territoriales con el fin de hacer efectivo el propósito de la presente ley, así como de posibilitar mejores condiciones en las instituciones educativas, podrán aunar esfuerzos con los diferentes actores de la cooperación internacional, la academia, el sector privado, las entidades sin ánimo de lucro y la sociedad civil.

**ARTÍCULO 9°. PROMOCIÓN EMPRESAS LOCALES.** El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo desarrollará una política de incentivos para aquellas empresas locales de producción de artículos de higiene menstrual.

Se brindará especial atención a la industria nacional en el desarrollo de productos de higiene menstrual de carácter biodegradable o de varios usos que genere menor impacto ambiental.

**ARTÍCULO 10°. RECONOCIMIENTO DÍA INTERNACIONAL DE LA HIGIENE MENSTRUAL.** En el marco del Día Internacional de la Higiene Menstrual, declarado por la Organización Mundial de la Salud el 28 de mayo de cada año, los entes territoriales y el Gobierno Nacional realizarán actividades para crear conciencia en la sociedad sobre la importancia de una adecuada higiene menstrual en el desarrollo de las niñas y mujeres.

**ARTÍCULO 11°. INFORME:** El Gobierno Nacional presentará a la Comisión Legal para la Equidad de la Mujer del Congreso de la República, el 28 de mayo de cada año, un informe sobre las medidas adoptadas para cumplir las disposiciones de la presente Ley, con ocasión del Día Internacional de la Higiene Menstrual.

**ARTÍCULO 12: REGLAMENTACIÓN.** En relación con las competencias asignadas en los artículos precedentes, el Gobierno Nacional expedirá la reglamentación de la presente ley a más tardar dentro de un año siguiente a su entrada en vigencia. Superado este tiempo, el Presidente de la República conservará su facultad reglamentaria.

**ARTÍCULO 13. VIGENCIA.** La presente le rige a partir de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

**SOLEDAD TAMAYO TAMAYO**  
Senadora de la República

**Diela Liliana Benavides Solarte**  
Senadora de la República

**Liliana Esther Bitar Castilla**  
Senadora de la República

**Nadia Blet Scuff**  
Senadora de la República

**Ana Maria Castañeda Gomez**  
Senadora de la República

**Laura Ester Fortich Sanchez**  
Senadora de la República

**Nicolás Albeiro Echeverry Alvarán**  
Senador de la República

**Efraín Cepeda Sarabia**  
Senador de la República

**Juan Carlos Garcia Gomez**  
Senador de la República

**Julio Roberto Salazar Perdomo**  
Representante a la Cámara

**EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**

**I. ANTECEDENTES:**

La presente iniciativa fue radicada con anterioridad el pasado 23 de julio de 2020, correspondiendo al Proyecto de Ley 148 de 2020 Senado. Dicho proyecto fue repartido a la Comisión Séptima. La mesa directiva designó como ponente al Honorable Senadora Victoria Sandino Simanca Herrera. La iniciativa contó con ponencia positiva y rindió primer debate el 7 de junio de 2021, ponencia publicada en gaceta 1133/2020 y gaceta 954/2021. El proyecto de ley cuenta con un concepto emitido por el Ministerio de Salud el 17 de enero de 2022, donde se sugiere la continuación del proyecto con los ajustes y propuestas sugeridas como considerar otra fuente de financiamiento diferente a los recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de Salud Pública para el cubrimiento de los artículos asociados a higiene menstrual.

La iniciativa se archivó con ocasión a los términos consagrado en el artículo 190 de la ley 5 de 1992.

**II. JUSTIFICACIÓN**

Niñas y mujeres en todo el mundo tendrán su menstruación durante su edad reproductiva. Sin embargo, muchas de ellas, se enfrentan a retos diferentes en el manejo de su higiene menstrual<sup>1</sup> dependiendo de las normas culturales y sociales, educación, geografía y factores socioeconómicos de su entorno. El inadecuado Manejo de la Higiene Menstrual(MHM) puede afectar la salud, la dignidad y la privacidad de millones de niñas y mujeres a diario. Lo anterior refuerza estigmas y formas de exclusión y discriminación o, incluso, de violencia basada en género, contra las niñas y adolescentes (UNICEF, 2017).<sup>2</sup>

El impacto de una inadecuada higiene menstrual es un asunto de particular relevancia en el sector

<sup>1</sup> Se refiere al uso de materiales limpios de manejo menstrual por parte de mujeres y adolescentes para absorber o recoger la sangre menstrual, que se pueden cambiar en privado, tantas veces como sea necesario, durante la menstruación, usando jabón y agua para lavar el cuerpo según sea necesario, y teniendo acceso a instalaciones para desechar los materiales usados de manejo menstrual. Ellas comprenden los elementos básicos relacionados con el ciclo menstrual y cómo manejarlo con dignidad y sin molestias o miedo" (Johnson et al, 2016). Citado por UNICEF Perú, 2020.

<sup>2</sup> UNICEF Colombia. (2017). Higiene menstrual en niñas de escuelas rurales en Pacífico. En: <https://www.unicef.org/colombia/sites/unicef.org.colombia/files/2019-04/MHM%20Cartilla.pdf>

salud y educación teniendo en cuenta las siguientes consideraciones<sup>3</sup>:

- En el mundo dos de cada cinco niñas en edad de menstruar pierden un promedio de cinco días escolares al mes por no tener las instalaciones necesarias en las escuelas.
- El no tener acceso a baños adecuados o a productos de gestión menstrual son algunos de los agravantes detrás del absentismo en el trabajo o del abandono escolar en las niñas, jóvenes y mujeres.
- Aproximadamente 500 millones de mujeres y niñas carecen de las instalaciones necesarias para controlar su higiene menstrual de manera digna, íntima y segura. Esta situación empuja o perpetua cada vez más a las mujeres hacia la pobreza.
- Un clima social con tabúes y concepciones erróneas acerca de la menstruación, propicia maltrato y violencia y conlleva riesgos potenciales para la salud y la continuidad escolar.
- Los mitos, conceptos erróneos y normas sociales alrededor del ciclo menstrual, restringen las opciones de las niñas y su participación en la sociedad en el momento que tienen su período. Esto tiene un efecto negativo en la autoestima de las niñas y es una problemática que abarca a las sociedades de Latinoamérica y El Caribe en todos los niveles socioeconómicos.
- Los desafíos para el manejo del período son aún mayores en sectores vulnerables y de extremo empobrecimiento, ya que se enfrentan a la carencia financiera para acceder a productos como toallas higiénicas y tampones, o la falta de acceso a instalaciones adecuadas para el manejo de la higiene menstrual.

<sup>3</sup> Estudios de diversas fuentes: Banco Mundial (2019); UNICEF (2017); Plan Internacional (2019).

La mayoría de los estudios coinciden en señalar que en el tema existen desafíos particularmente serios en los países en desarrollo donde aspectos culturales alrededor del ciclo menstrual, la falta de recursos económicos y las condiciones precarias de los sistemas de agua y saneamiento dificultan garantizar condiciones óptimas para el manejo de la higiene menstrual.

Un estudio realizado en 11 países de ingresos bajos y medios arrojó que, en la mayoría de los países, menos de la mitad de las mujeres jóvenes y adultas tienen todo lo necesario para manejar sus períodos. Muchas manifestaron dificultades en obtener Artículos de higiene menstrual o aquellos adecuados para la absorción de la sangre; poco acceso al agua y al jabón; y la carencia de espacios privados para el lavado en la escuela, el hogar o los lugares de trabajo. Estos déficits en recursos físicos y entornos pueden contribuir a la infección reproductiva, estrés e inseguridad y barreras actuales para la participación escolar y laboral (Julie Hennegan, Amy O. Tsui and Marni Sommer, 2019).<sup>4</sup>

Esta situación ha sido agravada por la pandemia del COVID-19 en la que garantizar una adecuada higiene menstrual ha sido aún más difícil para algunas personas. Por un lado, se están reforzando aún más los mitos y tabúes en torno a la menstruación en los hogares, y por otro, la disminución de los ingresos genera en las familias más vulnerables desabastecimiento e imposibilidad para acceder a elementos de higiene para el manejo de la menstruación, y el acceso y la disponibilidad de productos de higiene menstrual son a menudo un privilegio sólo para aquellas con ingresos discrecionales (Plan Internacional, 2020).<sup>5</sup>

Las dificultades alrededor de un adecuado manejo de la higiene menstrual, ha sido denominado con el término "**pobreza menstrual**" que engloba no sólo la falta de acceso a productos de higiene femenina, sino también, a la dificultad de acceso a las instalaciones necesarias para higienizarse correctamente durante el período que dura la menstruación.<sup>6</sup>

<sup>4</sup> Julie Hennegan, Amy O. Tsui and Marni Sommer. (2019). Missed Opportunities: Menstruation Matters for Family Planning. En: [https://www.jstor.org/stable/10.1363/45c7919/metadata\\_info\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/10.1363/45c7919/metadata_info_tab_contents)

<sup>5</sup> Plan Internacional. (2020). Manejo de la menstruación en tiempos de COVID-19. En: <https://www.plan.org.co/manejo-de-la-menstruacion-en-tiempos-de-covid-19/>

<sup>6</sup> Observatorio sobre violencia de género. (2019). La pobreza menstrual en el mundo. En: <http://observatorioviolencia.org/la-pobreza-menstrual-en-el-mundo/>

Es así como abordar el manejo de la higiene menstrual dentro del contexto de los derechos humanos de las niñas y las mujeres y en materia de igualdad de género requiere un enfoque holístico que incluye los siguientes aspectos<sup>7</sup>:

- La participación y el acceso a información, que significa, garantizar que tengan información y conocimiento del proceso de menstruación y de las opciones disponibles para el manejo de la higiene menstrual;
- Asegurarse de que puedan acceder y decidir sobre el manejo de su menstruación durante la vida diaria, sin vergüenza o esfuerzo extraordinario;
- Identificar estigmas, normas y prácticas desfavorables y apoyar los esfuerzos para generar las transformaciones culturales, sociales y políticas necesarias;
- Atender formas interseccionales de discriminación contra niñas y mujeres con discapacidades y personas LGBTI;
- Garantizar acceso a instalaciones, saneamiento e infraestructura adecuados que permitan a las mujeres y niñas manejar su higiene menstrual.

El Banco Mundial ha indicado que invertir en una buena gestión de la higiene menstrual es una medida crítica que permite a las mujeres y las niñas alcanzar su máximo potencial para construir el capital humano de una nación a lo largo del tiempo (Banco Mundial, 2019).<sup>8</sup> De allí la importancia que este tema ha tenido en los últimos años, instando a los gobiernos a tomar acciones para reducir la pobreza menstrual e impulsando a las organizaciones internacionales y de la sociedad civil a aunar esfuerzos en favor de esta causa.

**III. MARCO NORMATIVO**

**1. Marco Internacional**

**1.1 Instrumentos internacionales**

El abordaje del manejo de la higiene menstrual dentro del contexto de los derechos humanos de las niñas y las mujeres está estrechamente relacionado con los establecidos por diversos instrumentos internacionales como:

<sup>7</sup> Organización Internacional para las Migraciones. (2018). Educación en Higiene Menstrual: dudas, mitos y tabúes en torno al cuerpo de las mujeres. En: <https://colombia.iom.int/news/educaci%C3%B3n-en-higiene-menstrual-dudas-mitos-y-tab%C3%BA-s-en-torno-al-cuerpo-de-las-mujeres>

<sup>8</sup> Banco Mundial. (2019). El alto costo de ser mujer en el mundo en desarrollo. En: <https://www.bancomundial.org/es/news/feature/2019/10/23/el-alto-costo-de-ser-mujer-en-el-mundo-en-desarrollo>

**La Convención sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)**, aprobada por Colombia mediante Ley 51 de 1981 y que determina:

**Artículo 3:** Los Estados Partes tomarán en todas las esferas, y en particular en las esferas política, social, económica y cultural, todas las medidas apropiadas, incluso de carácter legislativo, para asegurar el pleno desarrollo y adelanto de la mujer, con el objeto de garantizarle el ejercicio y el goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con el hombre.

**Artículo 5:** Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para: a) Modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres;

**Artículo 10:** Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer, a fin de asegurarle la igualdad de derechos con el hombre en la esfera de la educación y en particular para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres: [...] f) La reducción de la tasa de abandono femenino de los estudios y la organización de programas para aquellas jóvenes y mujeres que hayan dejado los estudios prematuramente; h) Acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia.

**La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)**, aprobada por Colombia mediante la Ley 12 de 1991 y que determina:

**Artículo 24:** [...] Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para: [...] e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos; f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia; 3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.

Así, también el manejo de la higiene menstrual está estrechamente ligada al cumplimiento de los siguientes Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS):

**Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades:** por cuanto la falta de acceso a instalaciones y Artículos de higiene menstrual puede conducir a métodos no higiénicos que pongan en riesgo la salud de niñas y mujeres.

**Objetivo 4. Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos:** por cuanto el inadecuado manejo de la higiene menstrual se convierte en un factor de ausencia escolar.

**Objetivo 5. Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas:** por cuanto los prejuicios y tabúes respecto a la menstruación afectan negativamente la vida cotidiana y autoestima de las niñas y mujeres.

**Objetivo 6. Garantizar la disponibilidad de agua y su gestión sostenible y el saneamiento para todos:** por cuanto la falta de agua y saneamiento seguro impide a las niñas y mujeres garantizar su higiene personal e íntima durante la menstruación.

**Objetivo 8. Promover el crecimiento económico inclusivo y sostenible, el empleo y el trabajo decente para todos:** por cuanto los tabúes y la inexistencia de espacios laborales para la higiene menstrual afecta la vida cotidiana de las mujeres.

**Objetivo 12. Garantizar modalidades de consumo y producción sostenibles:** por cuanto el acceso a los Artículos de higiene menstrual es inasequible para algunas mujeres y debería ser una oportunidad para promover las economías locales y métodos sostenibles de producción.

Por otra parte, desde el año 2012, UNICEF a nivel global y en la región Latinoamérica y el Caribe contribuye a visibilizar los desafíos que enfrentan las niñas y adolescentes mujeres para el manejo de su salud e higiene menstrual en la escuela, así como los factores determinantes que los propician y los convierten en barreras para su desarrollo integral. Como parte de este compromiso, implementa el Plan de Acción de Género de UNICEF (2018-2022) priorizando entre otros aspectos: *“garantizar la salud adolescente con enfoque de género, cerrar brechas en la educación de las niñas y adolescentes, y promover el acceso a información e insumos para la higiene menstrual”*<sup>9</sup> También, desde el 2014, promueve junto a otros socios a nivel global la Conferencia virtual sobre gestión de la higiene menstrual (MHM) en las escuelas, MHM in Ten, con el objetivo de trazar y monitorear una agenda de diez años para el MHM en éstas.

**1.2 Experiencias Internacionales**

Si bien el tema de la pobreza menstrual tiene una mayor incidencia en los países de rentamedia y baja, es un problema que padecen todos los países del mundo, porque incluso en sociedades donde la infraestructura no es un problema, los altos precios de los productos de higiene menstrual hacen que la menstruación también se vuelva un factor de desigualdad. Se estima que durante su vida fértil (en promedio 4 décadas) una mujer

<sup>9</sup> UNICEF. (2018). El camino al empoderamiento de las niñas en América Latina y el Caribe. En: <https://www.unicef.org/lac/media/1436/file/PDF%20EP%20camino%20a%20empoderamiento%20de%20las%20ni%C3%B1as%20en%20Am%C3%A9rica%20latina%20y%20el%20Caribe%2018%20Derechos.pdf>

utilizará aproximadamente 13.320 unidades de toallas o tampones al año.<sup>10</sup> Dependiendo del precio de estos productos en cada país, esto representa un alto costo que debe ser asumido por las mujeres, por el solo hecho de ser mujeres.

Es así como varios países han implementado acciones para intentar solucionar el problema de la pobreza menstrual a través de la educación, la provisión de productos a la población vulnerable y la disminución de la tributación a los Artículos de higiene menstrual.

Un hito sin precedentes en este tema se está realizando en **Escocia**, que está cerca de convertirse en el primer país del mundo en garantizar toallas y tampones de carácter gratuito para todas las mujeres. En febrero de este año, el parlamento escocés aprobó en primera discusión un proyecto de ley conocido como ‘Free Period’ (periodo gratuito). El proyecto de ley debe pasar ahora a segunda y tercera discusión. Se estima que el costo de la iniciativa es de unos 24 millones de libras a cargo del gobierno escocés.<sup>11</sup>

En países como **Australia, Estados Unidos, Francia, Canadá, Suiza y Alemania** se ha cambiado la legislación para poder abaratar el costo de los productos de higiene menstrual. En Nueva York, por ejemplo, se encuentra garantizada la entrega gratuita de toallas y tampones en escuelas, cárceles y refugios de mujeres. Así también, bajo el movimiento ‘‘Stop the Tampon Tax’’ (Paren el impuesto al tampón), los tampones para residentes en Australia se venden sin impuestos, e Inglaterra se encuentra en un proceso similar.<sup>12</sup> Recientemente, la Primera Ministra de Nueva Zelanda anunció que las estudiantes en las escuelas secundarias de **Nueva Zelanda**, identificadas como las más vulnerables tendrán acceso a productos de higiene menstrual gratuitos a partir del tercer trimestre de este año, y el programa se extenderá a nivel nacional en forma voluntaria para el 2021.<sup>13</sup>

Por su parte, los países de América Latina también han promovido a nivel nacional y territorial acciones para tratar de eliminar la pobreza menstrual en la región. En **Argentina**, a pesar de que se han presentado (12) proyectos de ley de alcance nacional y local que contemplan tanto la provisión gratuita de estos bienes en establecimientos

públicos (tales como escuelas, hospitales, cárceles, universidades o refugios, entre otros) como la eliminación del impuesto al valor agregado de los mismos, no existe a nivel nacional ningún programa estatal que contemple la distribución gratuita de productos de gestión menstrual.<sup>14</sup> Sin embargo, existen algunas victorias tempranas. Este mes fue aprobada en la ciudad de San Rafael, Provincia de Mendoza una ordenanza que garantiza que toda persona menstruante en la ciudad pueda acceder de manera gratuita a los insumos de gestión menstrual y tener un control personal sobre su salud ginecológica por medio de una cartilla con información y calendario que propicie los controles anuales.<sup>15</sup>

En **Chile**, actualmente cursa una iniciativa en la Cámara de Diputados de ese país que busca el acceso democrático de las mujeres a las copas menstruales a través de su distribución gratuita en consultorios de atención primaria, recintos penitenciarios, establecimientos educativos y albergues. Lo anterior, teniendo en cuenta que el uso de toallas higiénicas, tampones y protectores diarios puede causar una serie de inconvenientes económicos, de salud y medio ambientales.<sup>16</sup> Así también, en **Uruguay**, este mes fue radicado un proyecto de ley que busca crear una ‘‘canasta higiénica menstrual’’ para todas las personas menstruantes que son beneficiarias de la Tarjeta Uruguay Social (TUS) del Ministerio de Desarrollo Social (Mides). La propuesta es aumentar el monto que reciben en cada tarjeta para que estas personas, que viven en una situación de mayor vulnerabilidad económica, puedan costear los productos de gestión menstrual.<sup>17</sup>

Por su parte, en **México**, la Comisión Permanente del Congreso de la Unión ha exhortado a la Secretaría de Salud y de la Secretaría de Educación Pública de su país para que, en el ámbito de sus competencias, proporcionen e implementen las acciones necesarias para colocar de manera gratuita despachadores de toallas sanitarias en las escuelas de educación básica, media y media superior de todo el país, así como para desgravar el impuesto al valor agregado que se paga por los productos de higiene menstrual.<sup>18</sup>

<sup>10</sup> Senado de la República de México. (2016). En: <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/grupos-parlamentarios/27684-el-derecho-a-la-salud-de-las-mujeres-incluye-a-toallas-sanitarias-y-tampones-como-productos-de-primera-necesidad-angelica-de-la-pena.html>

<sup>11</sup> El Tiempo. (2020). ‘Pobreza menstrual’, algo de lo que el mundo se niega a hablar. En: <https://www.eltiempo.com/mundo/europa/ley-en-escocia-busca-acabar-con-la-pobreza-menstrual-472686> <sup>12</sup> Banco Mundial. (2019). Op cit

<sup>13</sup> Intripper. (2020). Nueva Zelanda: la Primera Ministra anunció que garantizará productos de higiene femenina gratis para estudiantes sin recursos. En: <https://intripper.com/nueva-zelanda-la-primera-ministra- anuncio-que-garantizar- productos-de-higiene-femenina-gratis-para-estudiantes-sin-recursos/>

<sup>14</sup> El País. (2019). El alto costo de ser mujer en el mundo en desarrollo. En: [https://elpais.com/economia/2019/10/23/actualidad/1571864525\\_793885.html](https://elpais.com/economia/2019/10/23/actualidad/1571864525_793885.html)

<sup>15</sup> Jimena Pérez Pesce. (2020). El derecho a menstruar con ESI y recursos. En: <https://feminicida.com.ar/el-derecho-a-menstruar-con-esi-y-recursos/>

<sup>16</sup> Cámara de Diputados y Diputadas de Chile. (2020). En: [https://www.camara.cl/brnps/sala\\_de\\_prensa\\_detalle.aspx?pmid=139249](https://www.camara.cl/brnps/sala_de_prensa_detalle.aspx?pmid=139249)

<sup>17</sup> La diaria feminismo. (2020). María Eugenia Roselló: ‘‘Es bastante triste que en 2020 haya mujeres que no tengan para ponerse una toallita higiénica’’. En: <https://ladiaria.com.uy/feminismos/articulo/2020/6/maria-eugenia-rosello-es-bastante-triste-que-en-2020-haya-mujeres-que-no-tengan-para-ponerse-una-toallita-higienica/>

<sup>18</sup> Comisión Permanente del Congreso de la Unión. (2019). En: [https://www.senado.gob.mx/gaceta\\_comision\\_permanente/documento/95970](https://www.senado.gob.mx/gaceta_comision_permanente/documento/95970)

**2. Marco Nacional**

**2.1 Protección constitucional, legal y jurisprudencia.**

El derecho a la salud se constitucionalizó de forma expresa en la Constitución Política (C.P.) como un derecho inherente a la persona. En el Artículo 44 se establece como un derecho fundamental de los niños:

**Artículo 44.** Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. [...] Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. [...] Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.

Así también, su garantía por parte del Estado se hace explícito en el Art. 49 de la C.P. al establecer:

**Artículo 49.** La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. [...] La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

Por su parte, ha sido la Corte Constitucional vía su jurisprudencia que ha intentado dar un mayor alcance al derecho a la salud. Al respecto, existe una cierta concertación jurisprudencial en cuanto a que “el derecho a la salud es un derecho fundamental por conexidad con otros derechos fundamentales como la vida, la igualdad, el desarrollo de la libre personalidad, obviamente con la dignidad humana. Pero, precisamente por su relación directa con la dignidad humana, por ser universal, inherente a la persona humana, indisponible, irrenunciable, por entrañar libertades y derechos, por su esencialidad en la materialización de una vida digna y con calidad, por ser un derecho integral e integrador de otros derechos y condiciones vitales, por tener una dimensión individual, pero también una dimensión colectiva es que el derecho a la salud, sin lugar a dudas, es un derecho fundamental; y como derecho seriamente fundamental debe ser objeto de todas y cada una de las garantías constitucionales y legales previstas para tal tipo de derechos.”<sup>19</sup>

<sup>19</sup> Jaime León Gañán Echavarría. (2013). De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia. En: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/naturaleza-juridica-derecho-salud-colombia.pdf>

históricamente despojadas del control sobre su cuerpo y de la libertad sobre sus decisiones reproductivas por la familia, la sociedad y el Estado.”

En esta misma providencia sostuvo que “los derechos reproductivos reconocen, respetan y garantizan la facultad de las personas, en especial a las mujeres, de acceder a servicios de salud reproductiva. Estos incluyen, entre otros [...] la prevención y tratamiento de las enfermedades del aparato reproductivo femenino y masculino, información y educación oportuna, veraz, completa y libre de prejuicios sobre todos los aspectos de la sexualidad, el acceso a servicios de salud sexual de calidad que permitan atender y prevenir las infecciones, dolencias y enfermedades que afecten el ejercicio de la sexualidad. Así, los derechos sexuales y reproductivos están implícitos en los derechos fundamentales a la vida digna, a la igualdad, al libre desarrollo de la personalidad, a la información, a la salud y a la educación entre otros.

De manera específica en materia de **gestión de la higiene menstrual**, esta Corporación marcó un hito muy importante mediante la Sentencia T-398-19 en la que abordó el derecho al manejo de la higiene menstrual a la luz de los derechos sexuales y reproductivos y un carácter reforzado a partir de la dimensión funcional de la dignidad humana. Bajo estos parámetros, la gestión de la higiene menstrual se entendió como:

“El derecho de toda mujer a usar adecuadamente el material para absorber o recoger la sangre menstrual. Este derecho, a su vez, se compone de cuatro condiciones esenciales, a saber: a) el empleo de material idóneo para absorber la sangre; b) la capacidad para hacer el cambio de dicho material en privacidad y tan seguido como sea necesario; c) el acceso a instalaciones, agua y jabón para lavar el cuerpo, así como para deschar el material usado; y; d) la educación que permitan comprender los aspectos básicos relacionados con el ciclo menstrual y cómo manejarlos de forma digna y sin incomodidad alguna.”

También afirmó que “en materia de **higiene menstrual, en general, [...] el Estado se encuentra en la obligación de brindar instalaciones adecuadas, tales como baños públicos, hogares de paso, entre otros, para que las mujeres puedan llevar a cabo las actividades (entre ellas higiene) relacionadas con su proyecto de vida; asimismo, el Estado debe tomar todas las medidas necesarias, para que las situaciones de estigmatización y exclusión sean superadas.**”<sup>21</sup>

Teniendo en cuenta esas consideraciones, ordenó a los entes territoriales crear políticas públicas en la gestión de la higiene menstrual y ordenó a Bogotá la creación de planes de contingencia para el suministro de toallas higiénicas para las mujeres habitantes de calle, así como el diseño de manera coordinada de una política pública territorial en materia de manejo de higiene menstrual para todas las habitantes de calle. Con esta

<sup>21</sup> Sentencia T-398-19. En: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/T-398-19.htm>

La **Ley Estatutaria 1751 de 2015** regula el derecho fundamental a la salud y establece de manera explícita que “el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, y comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”<sup>20</sup>. También los hace respecto a:

**Artículo 9. Determinantes sociales de salud.** Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud.

**Artículo 11. Sujetos de Especial Protección.** La atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, gozarán de especial protección por parte del Estado. Su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica.

Por su parte, la Corte Constitucional al referirse a los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes en relación con su derecho a la salud en la sentencia T - 562 de 2014 sostuvo que:

“[...] la protección al derecho a la salud no implica únicamente el cuidado de un estado de bienestar físico o funcional, incluye también el bienestar psíquico, emocional y social de las personas. Todos estos aspectos permiten configurar una vida de calidad e inciden fuertemente en el desarrollo integral del ser humano. Dicho en otras palabras, el derecho a la salud se verá vulnerado no sólo cuando se adopta una decisión que afecta física o funcionalmente a la persona, sino cuando se proyecta de manera negativa sobre los aspectos psíquicos, emocionales y sociales del derecho fundamental a la salud”.

Respecto a los **derechos sexuales y reproductivos**, la Corte Constitucional reconoció la particular importancia de éstos para las mujeres en su sentencia T-732/2009 al considerar que:

“Los derechos sexuales y reproductivos reconocen y protegen la facultad de las personas, hombres y mujeres, de tomar decisiones libres sobre su sexualidad y su reproducción y otorgarles recursos necesarios para hacer efectiva tal determinación. [...] Tanto hombres como mujeres son titulares de estos derechos, sin embargo, es innegable la particular importancia que tiene para las mujeres la vigencia de los mismos ya que la determinación de procrear o abstenerse de hacerlo incide directamente sobre su proyecto de vida pues es en sus cuerpos en donde tiene lugar la gestación y, aunque no debería ser así, son las principales responsables del cuidado y la crianza de los hijos e hijas, a lo que se añade el hecho de que han sido

<sup>20</sup> Art. 1. Ley Estatutaria 1751 de 2015. En: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1751\\_2015.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html)

decisión, en Bogotá estarían siendo beneficiadas más de 900 mujeres y a nivel nacional, más de 3.000 mujeres en condiciones de vulnerabilidad.

Seguindo con estos importantes precedentes en materia jurisprudencial, en noviembre de 2018, la Corte Constitucional ordenó eliminar el 5% de gravamen que tenían las mujeres, tampones y protectores, bajo el argumento que dicho impuesto iba en contra de la igualdad y la equidad, ya que se estaba gravando un producto de necesidad básica de las mujeres que además son insustituibles.<sup>22</sup>

**2.2 Políticas públicas**

En el país, la gestión de la higiene menstrual ha sido abordado desde el tema de la salud y educación sexual, relacionada con el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas. Para desarrollar dicho tema, el Ministerio de Salud expidió el Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021), en el cual “se establecieron las acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias de promoción con enfoque social, económico, político y cultural, para la atención integral en Salud Sexual y Reproductiva –SSR–, garantizando el respeto a la dignidad humana”, y la Política Nacional de Sexualidad, Derechos sexuales y Derechos Reproductivos (2014). En ese sentido, el tema de la higiene menstrual no se encuentra de manera específica en las disposiciones que conforman las políticas públicas en materia de salud, toda vez, que esta forma parte de ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos desarrollados” en las políticas anteriormente mencionadas.<sup>23</sup>

De acuerdo con un estudio realizado por la Universidad Javeriana (2017), Colombia ha avanzado con políticas y programas que promueven los derechos, la educación y la salud de las mujeres, entre los que se destacan los Lineamientos de la Política Pública Nacional Integral de Equidad de Género para las Mujeres y la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. No obstante, temas y acciones para niñas y adolescentes puedan vivenciar la menarquía y la menstruación de forma informada y tranquila no son aspectos incluidos en la agenda de política pública local y nacional, ni tampoco hacen parte de acciones o programas desarrollados en las escuelas.<sup>24</sup>

<sup>22</sup> Portafolio. (2018). Corte Constitucional tumba IVA para las toallas higiénicas y tampones. En: <https://www.portafolio.co/economia/impuestos/corte-constitucional-tumba-iva-para-las-toallas-higienicas-y-tampones-523365>

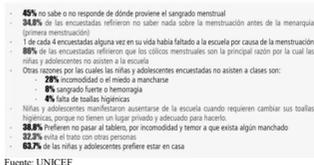
<sup>23</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Intervención en el estudio de la Sentencia T-398-19. Op cit.

<sup>24</sup> Liany K. Ariza-Ruiz, María J. Espinosa-Méndez y Jorge M. Rodríguez-Hernández. (2017). En: <http://www.scielorg.org.co/pdf/rsap/v19n6/0124-0064-rsap-19-06-833.pdf>

En el ámbito educativo, las acciones promocionales y preventivas adelantadas son puntuales y generalmente están vinculadas a una charla anual en las instituciones educativas sobre la prevención del embarazo e infecciones de transmisión sexual. Y de acuerdo con los estándares básicos de ciencias naturales establecidos por el Ministerio de Educación Nacional, la formación e información sobre la menstruación debe abordarse en la asignatura de biología entre los grados octavo y noveno, buscando que las niñas y niños puedan establecer la relación entre el ciclo menstrual y la reproducción humana para prevenir el embarazo, enfatizando en aspectos biológicos, no obstante, estos contenidos son poco interiorizados por las niñas y niños.

**2.3 Situación en Colombia**

En Colombia no se ha ahondado en estudios que aborden la situación del manejo de la higiene menstrual y no es posible contar con cifras oficiales que brinden un panorama general de la dimensión del tema en el país. Sin embargo, un gran esfuerzo en este sentido fue realizado por UNICEF Colombia que entre los años 2015 y 2016 llevó a cabo un estudio<sup>25</sup> de higiene menstrual con niñas y adolescentes que cursan octavo y décimograde de bachillerato, en escuelas del área rural del Pacífico Colombiano, de Santander de Quilichao (Cauca), Bagadó (Chocó) e Ipiales (Nariño), del cual se obtuvieron los siguientes resultados:



Fuente: UNICEF

Del estudio se obtuvieron importantes hallazgos relacionados con los factores sociales, culturales, ambientales y del entorno, interpersonales, personales y biológicos relacionados con la menstruación:

- Las construcciones negativas sobre la menstruación generan tabúes y estigmas relacionados con sentimientos de temor, vergüenza y pena. Situaciones que llevan a las niñas a buscar ocultar que están menstruando, pues revelar esta condición las expone a burlas y situaciones discriminantes.

<sup>25</sup> UNICEF Colombia. (2017). Op cit

- La menarquia se identifica a nivel familiar como el paso de niñas a mujeres, haciendo que las niñas adquieran mayores responsabilidades en sus hogares asociadas a los roles que tradicionalmente se han asignado a las mujeres. Además, que se refuerza la idea de que la responsabilidad de la reproducción es exclusiva de las mujeres.
- Las niñas y adolescentes experimentan la menarquia sin información, además los conocimientos sobre la menstruación son poco claros contribuyendo a reforzar los mitos y tabúes sobre esta. Los conocimientos generales e imprecisos se traducen en una menor preparación para la menarquia y para el MHM; también implica mayor vulnerabilidad a los embarazos tempranos, pues no conocen de manera precisa la relación entre la menstruación y la fertilidad.
- Las condiciones insuficientes en infraestructura de agua, saneamiento e higiene, además de problemas de privacidad, inciden en la permanencia y en el bajo rendimiento escolar; disminuye la concentración y aumenta la inseguridad y el miedo de niñas y adolescentes mujeres que, incluso, son sujeto de burla de sus compañeros.
- Estas situaciones implican diferentes problemas para el MHM por parte de las niñas y adolescentes, por lo que muchas deciden no ir a las escuelas los dos primeros días de la menstruación o salir de la escuela para hacer el cambio de la toalla higiénica, lo cual conlleva a pérdida de horas de clase y en ocasiones se ven expuestas a riesgos de violencia basada en género.
- Las mujeres tanto en los ámbitos familiares como en los escolares y comunitarios, conforman la principal red de apoyo e información para el MHM de las niñas y adolescentes. En contraste, los hombres se vinculan de forma discreta, lo que está relacionado con los pocos espacios que tienen para hablar del tema y con la construcción de imaginarios sobre que la menstruación es un asunto de las mujeres.
- Considerando la edad promedio de la menarquia 12.7 años, hay una alerta sobre la importancia reconocida y expresada por algunos participantes de empezar a hablar con las niñas y niños sobre la menstruación antes de los 12 años de edad.
- En las transformaciones en las relaciones sociales que implica la menstruación, las niñas y adolescentes experimentaron mayores responsabilidades con los quehaceres de su casa y las actividades económicas de las familias las cuales

vienen acompañadas en algunos casos por la solicitud expresa que cubran sus gastos.

- En cuanto a los materiales que usan para el MHM se identificó que las niñas usan toallas higiénicas, sin embargo, algunas limitan la frecuencia de cambio como consecuencia de los costos. También se identificó que las niñas identifican productos para el MHM a los jabones y pañitos íntimos, representando para las familias un gasto extra.
- Ciertas prácticas “higienizadas” (uso de pañitos húmedos y aromatizantes) se convierten en un nuevo elemento estigmatizante, ya que en general niñas y adolescentes de la zona, no cuentan con los recursos económicos para acceder a dichos productos, incumpliendo entonces los nuevos mandatos sociales frente al cuidado y manejo de la menstruación. Una situación que es natural en las mujeres, al no contar con los recursos indispensables para su vivencia, sumada con la necesidad de ocultamiento e invisibilización genera vulneraciones frente al derecho a la educación y la dignidad de niñas y adolescentes, lo cual es una clara expresión de inequidad.<sup>26</sup>

Este estudio también generó importantes reflexiones y hallazgos en torno a los desafíos que tiene el Estado y la sociedad en su conjunto para abordar y posicionar el manejo de la higiene menstrual en la agenda pública y que son el punto de partida para este proyecto de ley:

- El MHM no está incluido en políticas, acciones y programas y existe baja sensibilidad de los actores institucionales respecto a los enfoques diferenciales, de género e interculturales y su incidencia en el MHM.
- Es indispensable reconocer e integrar en la labor de las escuelas frente al MHM las prácticas culturales, los contextos sociales y los aspectos ambientales que las rodean.
- Las políticas públicas de la salud y educación se han enfocado principalmente en abordar lo relacionado con la reproducción, las mismas no han realizado un análisis de género riguroso que permita atender las necesidades e intereses de niñas y adolescentes.

<sup>26</sup> Liany K. Ariza-Ruiz, Maria J. Espinosa-Menéndez y Jorge M. Rodríguez-Hernández. (2017). Op cit

- El MHM por parte de las niñas y adolescentes en los contextos escolares se relaciona de manera directa con la disponibilidad de instalaciones sanitarias. (JMP, WHO and UNICEF, 2015) que posibiliten: acceso a facilidades que brinden privacidad para el cambio de materiales y para lavar el cuerpo con agua y jabón; acceso a agua y jabón en un lugar que brinde un nivel adecuado de privacidad para lavar las manchas de la ropa y secar los materiales menstruales que se puedan volver a usar; acceso a facilidades para disponer los materiales menstruales usados (desde el punto de recolección hasta la disposición final).

- En el campo del acceso a la información, es importante señalar que las condiciones de ruralidad inciden en los canales y tipos de información a los que acceden niñas y adolescentes. A estas zonas, pocas veces llegan organizaciones e instituciones a brindar información y realizar campañas u otro tipo de acciones orientadas a la promoción y la prevención. Tampoco cuentan con bibliotecas públicas, y el acceso a internet es restringido. Situaciones todas que inciden y limitan el acceso de niñas y adolescentes a información sobre la menstruación.

Así, este proyecto de ley es una apuesta por una valoración de los derechos humanos de las niñas y las mujeres. La importancia y relevancia de un adecuado manejo de la higiene menstrual en Colombia en todos los ámbitos, radica en que las niñas y las mujeres puedan manejar su menstruación con normalidad y dignidad, derribar los tabúes y mitos relacionados con la menstruación, fomentar por parte del Estado y la sociedad un entorno de apoyo y comodidad en el que sus derechos a la educación, al trabajo, a la salud, a la igualdad de género, y la dignidad en general siempre sean garantizados y protegidos. No podemos perpetuar la idea de que el cuidado de la menstruación debe ser asumida por las mujeres durante gran parte de sus vidas, por el solo hecho de ser mujeres.

**IV. IMPACTO FISCAL**

El presente proyecto de ley tiene un impacto fiscal que deberá ser determinado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público en la discusión que se surta durante el trámite de la presente iniciativa.

**V. CONFLICTO DE INTERESES**

De conformidad con lo establecido en el Artículo 3 de la Ley 2003 de 2019, declaro que no existe circunstancia o evento que pueda generar un conflicto de interés para la presentación, discusión y votación del presente proyecto de ley como quiera que no existe beneficio particular, actual o directo a mi favor.

<p>Por lo anteriormente expuesto y con el ánimo de mejorar el bienestar de las niñas mujeres en el país, se pone a consideración del Honorable Congreso de la República esta iniciativa.</p>	<p style="text-align: center;"><b>SECCIÓN DE LEYES</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SENADO DE LA REPÚBLICA – SECRETARÍA GENERAL – TRAMITACIÓN LEYES</b></p> <p>Bogotá D.C., 22 de Julio de 2022</p> <p>Señor Presidente:</p> <p>Con el fin de repartir el Proyecto de Ley No.042/22 Senado "POR MEDIO DE LA CUAL SE GARANTIZA EL MANEJO DE LA HIGIENE MENSTRUAL EN EL PAÍS Y SE PROVEE DE MANERA GRATUITA ARTÍCULOS DE HIGIENE MENSTRUAL A NIÑAS, MUJERES Y PERSONAS MENSTRUANTES EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD", me permito remitir a su despacho el expediente de la mencionada iniciativa, presentada el día de hoy ante la Secretaría General del Senado de la República por los Honorables Senadores SOLEDAD TAMAYO TAMAYO, DIELA LILIANA BENAVIDES SOLARTE, LAURA ESTER FORTICH SANCHEZ, LILIANA ESTHER BITAR CASTILLA, NICOLÁS ALBEIRO ECHEVERRY ALVARÁN, NADIA BLEL SCAFF, EFRAIN CEPEDA SARABIA, ANA MARIA CASTAÑEDA GÓMEZ, JUAN CARLOS GARCÍA GÓMEZ, JULIO ROBERTO SALAZAR PERDOMO. La materia de que trata el mencionado Proyecto de Ley es competencia de la Comisión <b>SÉPTIMA</b> Constitucional Permanente del Senado de la República, de conformidad con las disposiciones Constitucionales y Legales.</p> <p><b>GREGORIO ELJACH PACHECO</b> Secretario General</p> <p style="text-align: center;"><b>PRESIDENCIA DEL H. SENADO DE LA REPÚBLICA – JULIO 22 DE 2022</b></p> <p>De conformidad con el informe de Secretaría General, dese por repartido el precitado Proyecto de Ley a la Comisión <b>SÉPTIMA</b> Constitucional y envíese copia del mismo a la Imprenta Nacional para que sea publicado en la Gaceta del Congreso.</p> <p><b>CÚMPLASE</b></p> <p><b>EL PRESIDENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA</b></p> <p><b>ROY LEONARDO BARRERAS MONTEALEGRE</b></p> <p><b>SECRETARIO GENERAL DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA</b></p> <p><b>GREGORIO ELJACH PACHECO</b></p>
--	--

**PROYECTO DE LEY NÚMERO 43 DE 2022 SENADO**

*por medio del cual se brindan garantías para acceso a salud para la población rural, y se crea el plan nacional de salud rural.*

 <p>Bogotá D.C., 25 de julio de 2022</p> <p>Doctor</p> <p><b>Gregorio Eljach Pacheco</b> Secretario General Senado de la República Capitolio Nacional Ciudad</p> <p>Asunto: Radicación Proyecto de Ley "Por medio del cual se brindan garantías para acceso a salud para la población rural, y se crea el Plan Nacional de Salud rural"</p> <p>Respetado Secretario General,</p> <p>En nuestra calidad de congresistas y en uso de las atribuciones que nos fueron conferidas constitucional y legalmente, nos permitimos respetuosamente radicar el proyecto de ley de la referencia y, en consecuencia, le solicitamos se sirva dar inicio al trámite legislativo respectivo.</p> <p>Por los Honorables Congresistas,</p> <p><i>OMAR DE JESUS RESTREPO</i> <b>OMAR DE JESUS RESTREPO</b> Senador de la República Partido Comunes</p> <p><i>CARLOS CARREÑO MARÍN</i> <b>CARLOS CARREÑO MARÍN</b> Representante a la Cámara Partido Comunes</p> <p><i>JAIRO REINALDO CALA SUÁREZ</i> <b>JAIRO REINALDO CALA SUÁREZ</b> Representante a la Cámara Partido Comunes</p> <p><i>GERMAN GOMEZ</i> <b>GERMAN GOMEZ</b> Representante a la Cámara Partido Comunes</p> <p><i>SANDRA RAMIREZ LOBO S</i> <b>SANDRA RAMIREZ LOBO S</b> Senadora de la República Partido Comunes</p> <p><i>JULIAN CALVO CEBILLOS</i> <b>JULIAN CALVO CEBILLOS</b> Senador de la República Partido Comunes</p>	<p><i>Luis Alberto Albán Urbano</i> <b>LUIS ALBERTO ALBÁN URBANO</b> Representante a la Cámara Partido Comunes</p> <p><i>Imelda Daza</i> <b>IMELDA DAZA</b> Senadora de la República Partido Comunes</p> <p><i>Pablo Catatumbo Torres V.</i> <b>PABLO CATATUMBO TORRES V.</b> Senador de la República Partido Comunes</p> <p><i>Pedro Baracutao García</i> <b>PEDRO BARACUTAO GARCÍA</b> Representante a la Cámara Partido Comunes</p> <p><i>Juan Pablo Salazar R.</i> <b>Juan Pablo Salazar R.</b> Representante a la Cámara CITREP 1</p>
---	--

<p style="text-align: center;"><b>PROYECTO DE LEY NO.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>“Por medio del cual se brindan garantías para acceso a salud para la población rural, y se crea el Plan Nacional de Salud rural”</b></p> <p style="text-align: center;"><b>CAPÍTULO I</b></p> <p style="text-align: center;"><b>CONSIDERACIONES GENERALES</b></p> <p><b>Artículo 1. Objeto.</b> El presente proyecto de ley tiene como objeto generar las bases para el desarrollo de planes, programas, y proyectos de atención e intervención en salud para las poblaciones rurales, rurales dispersas y zonas urbano-rurales.</p> <p><b>Artículo 2. Alcance y beneficiarios.</b> La presente Ley estará dirigida a todas las personas del territorio nacional que habitan la ruralidad, ruralidad dispersa y las zonas urbano-rurales de las ciudades y cabeceras municipales, a través de un modelo de atención territorializado, descentralizado, estatal, público, participativo y universal para la garantía del goce efectivo del derecho a la salud y la superación de la brecha de inequidad urbano-rural. Dichas bases harán parte integral del Sistema de Salud que se encuentre vigente.</p> <p><b>Artículo 3. Definiciones.</b> Para efectos de la presente Ley acójanse las siguientes definiciones:</p> <p>A. <b>Ruralidad:</b> Es el ámbito social, económico, cultural, histórico y de lucha política por la disputa de territorios, caracterizados por la producción de alimentos, ganadería y silvicultura a través de pequeñas o medianas explotaciones, donde existen una serie de representaciones sociales propias del campesinado y los pueblos étnicos. La ruralidad en Colombia se caracteriza por la ausencia del Estado, la presencia del conflicto armado como consecuencia de un abandono histórico de estos territorios y la materialización de amplias brechas de inequidad y pobreza.</p> <p>B. <b>Ruralidad Dispersa:</b> Se refiere a aquellos territorios que tienen cabeceras municipales pequeñas y densidad poblacional baja, y que comparten características económicas, ambientales, sociales y culturales.</p>	<p>C. <b>Urbano-rural:</b> Es aquella relación que se produce en la frontera difusa entre lo rural y lo urbano, donde sus habitantes conservan características de ambos ámbitos. Sus problemáticas encuentran relación con habitar ambos escenarios simultáneamente, y por esta razón, aquellas se expresan de un modo particular en contextos específicos.</p> <p>D. <b>Agente comunitario en salud:</b> Es una persona reconocida por su comunidad gracias al liderazgo que promueve la participación y la movilización en defensa del derecho a la salud; reconoce la afección de los determinantes sociales, económicos, políticos y culturales sobre la salud y activan los primeros mecanismos de la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud para la Ruralidad. Contarán con los conocimientos y capacidades para la resolutivez de las necesidades más inmediatas en salud acogiéndose tanto a saberes propios de las comunidades como a la medicina occidental.</p> <p>E. <b>Afiliación:</b> Es el mecanismo de vinculación al sistema de salud.</p> <p>F. <b>Aseguramiento:</b> Es el acceso irrestricto y sin barreras, de carácter universal a todo el sistema de salud que debe ser garantizado con calidad, oportunidad a todas y todos los ciudadanos por parte de quien afilia y asegura.</p> <p>G. <b>Territorio:</b> Es el escenario de vida común de pueblos, comunidades y sociedades en relación con la naturaleza, que comprende el espacio físico, cultural, social, económico y político, diverso y compartido, construido y apropiado por todos sus habitantes. Hacén parte de la construcción y defensa del territorio, el reconocimiento de las identidades que sustentan el arraigo, la participación y la configuración de unas condiciones de vida particulares.</p> <p>H. <b>Territorialidad:</b> Se refiere a las diversas maneras en que se habita un territorio. Esto es, maneras particulares de identidad territorial y de representar, vivir, usar, apropiarse, producir y reproducir el territorio. Esto implica diversidad de territorialidades en un mismo territorio.</p> <p>I. <b>Territorio de salud rural:</b> Es aquella forma de organización territorial que responde de mejor manera a las características comunes y necesidades en salud individuales y colectivas tanto de las comunidades como del ambiente en el que habitan. Comprende una red intersectorial integral de atención en salud y buen vivir.</p>
<p>J. <b>Interdisciplinariedad:</b> Se refiere a las acciones de intervención que involucran la combinación de enfoques de distintas ciencias y/o disciplinas, las cuales se vinculan entre sí, partiendo de conocimientos y métodos propios conservando su lógica científica, y aportando a la resolución de problemas que involucran uno o más aspectos que superen los concernientes a una rama del saber determinada.</p> <p>K. <b>Salud pública:</b> Es el campo de conocimiento y acción que se expresa en políticas públicas cuyo fin es procurar el bienestar integral y la salud de una población afectando los determinantes sociales que producen la enfermedad.</p> <p>L. <b>Centros de Atención Primaria en Salud y Participación Rural:</b> Los Centros de Atención Primaria en Salud y Participación Rural son centros ampliados de salud, dependientes de la red de hospitales públicos, los cuales estarán ubicados en los territorios de salud, veredas y municipios.</p> <p><b>Artículo 4. Principios.</b> Son principios generales del Plan Nacional de Salud Rural los siguientes:</p> <p>A. <b>Salud:</b> Entiéndase por salud el estado integral de bienestar y calidad de vida individual y colectivo, que implica procesos económicos, sociales, políticos, culturales, diferenciales, étnicos, ambientales y alimentarios, los cuales repercuten en la salud de los territorios, individuos y las comunidades para el buen vivir.</p> <p>B. <b>Derecho a la salud:</b> El Estado colombiano está obligado a garantizar el pleno goce efectivo de todos y todas las ciudadanas a la salud. Para ello debe a su vez garantizar: el aseguramiento, la prestación de todos los servicios necesarios que se requieran, así como la total cobertura en el territorio con infraestructura, dotación, recurso humano, transporte, tecnología, tratamientos y medicamentos, planes y programas necesarios para el bienestar y buen vivir.</p> <p>C. <b>Igualdad:</b> Reconózcase que todas las personas son sujetas a un trato digno, justicia, acceso a oportunidades, y acceso igual a los derechos fundamentales, sociales, culturales y económicos, sin discriminación a causa de su género o identidades sexuales y capacidades diversas, condición social, edad, etnia, creencias, origen, entre otras. De igual</p>	<p>forma, se reconocerán las condiciones históricas por las cuales las mujeres rurales y las personas con identidades diversas han sido discriminadas, vulneradas y les ha sido negado su derecho a la salud, lo que requiere la implementación de acciones afirmativas específicas.</p> <p>D. <b>Enfoque de género:</b> Reconózcase a las mujeres rurales y a las identidades diversas como ciudadanas autónomas y sujetas de derechos para el pleno acceso a la salud en condiciones de igualdad, con el fin de atender los procesos institucionales que han obstaculizado el acceso de las mujeres y las personas de identidades diversas al pleno bienestar y calidad de vida.</p> <p>E. <b>Interculturalidad:</b> El Estado colombiano está en la obligación de reconocer que Colombia es una nación multicultural tal como lo ordena la Constitución Política de 1991. Por tanto, en el ámbito de la salud, el Estado colombiano se encuentra en la obligación de reconocer los saberes ancestrales y los sistemas de salud propios de los pueblos étnicos que habitan en los diversos territorios, así como garantizar los mismos derechos de acceso a la salud de los que deben gozar todas y todos los colombianos.</p> <p>F. <b>Equidad:</b> El Estado hará el agenciamiento público para garantizar la nivelación de las cargas y la oportunidad igualitaria en el acceso al derecho a la salud.</p> <p>G. <b>Universalidad:</b> El Estado garantizará que todas y todos los habitantes del territorio nacional puedan acceder plenamente a la salud en todas las etapas de la vida, sin barreras de acceso de ningún tipo, sean estas económicas, administrativas, geográficas, sociales y/o culturales.</p> <p>H. <b>Territorialización.</b> El Sistema de Salud colombiano deberá corresponder a las particularidades de los diversos territorios que componen la nación y así mismo, a las diferentes territorialidades que componen el territorio. Esto significa que deberá garantizar la participación de las comunidades que habitan el territorio, la autonomía y la descentralización territorial.</p> <p>I. <b>Intersectorialidad:</b> El Plan Nacional de Salud Rural será el ámbito para concertar y articular a las distintas instituciones del Estado que estén involucradas en su propósito, así como en las acciones que se deriven de su implementación.</p>

- J. **Descentralización:** El Estado garantizará la construcción de autonomía administrativa, política y de manejo de recursos de los territorios que les permita garantizar los derechos y la calidad de vida de sus habitantes.
- K. **Participación:** En el marco del Plan Nacional de Salud Rural se garantizará el ejercicio de poder y deliberación realizado por las y los ciudadanos, el cual es vinculante en la determinación de las políticas y acciones que sean pertinentes a las necesidades propias de sus territorios y comunidades.
- L. **Atención Primaria Integral en Salud Rural:** Se implementará la Atención Primaria Integral en Salud Rural como la estrategia que organiza el sistema con el fin de garantizar el acceso de las y los ciudadanos desde el primer nivel de atención en salud hasta los mayores niveles de complejidad, así como la prevención y promoción, el mejoramiento del bienestar y calidad de vida, la participación de la comunidad y la acción intersectorial en la comprensión amplia de la salud y el buen vivir.
- M. **Corresponsabilidad:** Las acciones del Estado en el marco de la presente Ley, serán corresponsables desde sus instituciones, el territorio y sus habitantes para la realización y correcto funcionamiento del Plan Nacional de Salud Rural.
- N. **Complementariedad:** El Plan Nacional de Salud Rural será complementario al Sistema de Salud vigente.
- O. **Carácter estatal:** El Plan Nacional de Salud Rural estará a cargo del Estado tanto en la afiliación, aseguramiento y prestación de servicios.
- P. **Carácter público:** El Plan Nacional de Salud Rural garantizará el acceso de todas las personas del territorio nacional sin barreras de acceso de carácter económico o administrativo. Ninguna institución o empresa que preste servicios de salud podrá negar bajo ninguna circunstancia el derecho a la salud.

**Parágrafo.** Las entidades encargadas de ejecutar los recursos de la subcuenta publicarán de forma permanente el manejo y gestión de dichos recursos a través de un sistema de información público, y presentarán anualmente un informe a los COTIS, a las veedurías comunitarias y de igual forma a las comisiones séptimas de cámara y senado del Congreso de la República.

**Artículo 9.** La afiliación al Seguro Colectivo e Integral para las poblaciones rurales, será de carácter universal y no focalizada, y estará a cargo de los hospitales públicos asignados a la atención en el territorio y los entes territoriales a través de las secretarías de salud municipales y de los departamentos.

**Artículo 10.** Créase las **Unidades Descentralizadas y Colegiadas de Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRESRural)** con carácter participativo, quienes tendrán a cargo la asignación de recursos de acuerdo a lo estipulado en el plan territorial de salud rural.

**Artículo 11.** Añádase un parágrafo al artículo 215 de la Ley 100 de 1993, el cual quedará así:

*Parágrafo. Para efectos de la implementación del Seguro Colectivo e Integral para el Buen Vivir Rural, los recursos serán girados directamente y con destinación específica a las entidades territoriales y territorios de salud rural a través de las Unidades Descentralizadas y Colegiadas de Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRESRural), para que éstos, por medio de las instituciones públicas prestadoras de salud, cubran los servicios establecidos por el Seguro.*

**Artículo 12.** Modifíquese el artículo 47 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 233 de la ley 1955 de 2019, el cual quedará así:

*Artículo 47. Los recursos del Sistema General en Participaciones en Salud se destinarán y distribuirán en los siguientes componentes:*

*El 87% para el componente de aseguramiento en salud de los afiliados al Régimen Subsidiado, que no se encuentra en zona rural y rural dispersa. Para la población que vive en zona rural y rural dispersa, estos recursos entrarán en la subcuenta para la salud rural y serán destinados al Seguro Colectivo e Integral para la población rural y a la*

CAPÍTULO II

**DEL ASEGURAMIENTO COLECTIVO E INTEGRAL PARA LA RURALIDAD**

**Artículo 5. Seguro Colectivo e Integral para las poblaciones rurales.** El acceso a los planes territoriales de salud que contiene, entre otros, el acceso a los servicios de salud (promocionales, preventivos y asistenciales), así como la dimensión de seguridad económica para el pago de incapacidades por enfermedad general, maternidad, accidentes de trabajo y enfermedades laborales, debe ser universal y garante del derecho a la salud. Se creará el Seguro Colectivo e Integral para las poblaciones rurales a cargo de los Territorios de Salud Rural y entes territoriales con el acompañamiento del Ministerio de Salud y Protección Social, en acción intersectorial con todas las entidades del Estado que resulten pertinentes.

**Artículo 6. Subcuenta única para la salud rural.** El Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en concurso con los entes territoriales y los Territorios de Salud Rural, crearán una subcuenta a cargo de la ADRES, cuya función será unificar los recursos destinados a la atención de la totalidad de la población rural en el marco de la implementación del Plan Nacional de Salud Rural. La subcuenta agrupará los recursos provenientes de: el Sistema General de Participaciones, los recursos de regalías destinados a la implementación del Plan Nacional de Salud Rural, recursos propios, recursos provenientes de la cooperación internacional, Fondo de Programas especiales para la Paz, recursos corrientes de la nación y demás recursos asignados o por asignar al Ministerio de Salud y Protección Social para la construcción de paz y salud.

**Artículo 7.** Los recursos de la subcuenta única para la salud rural se distribuirán de acuerdo a las necesidades establecidas en los planes territoriales de salud. El cálculo de costo se realizará de acuerdo al Plan Territorial de Salud Rural garantizando la atención integral de necesidades territoriales tanto individuales como colectivas.

**Artículo 8.** La inspección, vigilancia y control sobre los recursos estará a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, la Contraloría General de la Nación, la Procuraduría General de la Nación y la unidad de investigación en salud a cargo de la Fiscalía General de la Nación. Adicional a la acción de estos entes de control, se contará en los territorios con el ejercicio de control de carácter vinculante de los Consejos Territoriales Intersectoriales en Salud (COTIS) y las veedurías comunitarias.

*ejecución del Plan Nacional de Salud Rural de acuerdo a los planes territoriales en salud rural.*

*El 10% para el componente de salud pública y el 3% para el subsidio a la oferta.", garantizando la proporcionalidad correspondiente a los planes y programas del Plan Nacional de Salud Rural, tanto en salud pública como en el subsidio a la oferta.*

**PARÁGRAFO 1o.** La información utilizada para determinar la asignación de los recursos será suministrada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE); el Ministerio de Salud y Protección Social; el Departamento Nacional de Planeación (DNP); el Instituto Geográfico Agustín Codazzi (IGAC), conforme a la que generen en ejercicio de sus competencias y acorde con la legislación que se expida para el efecto.

**PARÁGRAFO 2o.** Los recursos destinados a salud pública que no se comprometan al cierre de cada vigencia fiscal, se utilizarán para cofinanciar los programas de interés en salud pública de que trata el numeral 13 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001, o las normas que las sustituyan, modifiquen o adicionen."

**PARÁGRAFO 3o.** Los criterios para la distribución de recursos tendrán en cuenta la asignación diferencial de acuerdo a las necesidades por sexo, etapa de vida y contexto socio cultural, económico y territorial sin barreras administrativas o de capacidad de pago de las y los usuarios.

**PARÁGRAFO 4o.** De ninguna manera la asignación de recursos podrá violar la autonomía en la distribución del gasto y manejo de sistemas propios de los pueblos étnicos previamente establecidos y reconocidos

CAPÍTULO III

**ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA Y TERRITORIAL**

**Artículo 13. Territorios de Salud Rural.** El Estado organizará los territorios de salud para la implementación del Plan Nacional de Salud Rural según el principio de territorialización, acceso

<p>efectivo y oportuno a servicios de salud y descentralización, teniendo en cuenta las características y particularidades compartidas de los territorios rurales, situaciones de salud y problemáticas sociales similares, garantizando la eliminación de las barreras geográficas, administrativas, económicas, culturales y sociales. Para ello, se tendrán en cuenta los siguientes criterios:</p> <p>Los Territorios en Salud Rural contarán con una red de servicios en salud de todos niveles de complejidad, con cubrimiento territorial, talento humano adecuado y en número suficiente, así como la infraestructura y dotación necesaria para garantizar la prestación de los servicios de salud en condiciones dignas.</p> <p>Cada Territorio en Salud Rural contará con su respectivo <b>Consejo Territorial Intersectorial en Seguridad Social y Salud (COTIS)</b>.</p> <p>En los Territorios en Salud Rural se llevará a cabo la planeación para la implementación del Plan Nacional en Salud Rural que quedará consignado en el <b>Plan Territorial de Salud Rural</b> a realizarse de forma cuatrimestral con ajustes anuales, y cuya redacción estará a cargo del Consejo Territorial Intersectorial en Seguridad Social y Salud (COTIS).</p> <p>Cada Territorio en Salud Rural contará con su respectiva <b>Unidad Colegiada Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRES)</b>.</p> <p>Cada Territorio en Salud Rural contará con un sistema de inspección, vigilancia y control; así como de evaluación de ejecución del Plan Territorial de Salud Rural. Este sistema debe incluir la veeduría comunitaria.</p> <p>Los pueblos indígenas, pueblos NARP y demás grupos étnicos podrán organizar sus propios Territorios en Salud Rural, y los planes diseñados en estos territorios se guiarán por el enfoque, las prioridades y los objetivos de sus sistemas propios de salud como el SISPI, así como se ejecutará por las instituciones desarrolladas por estos pueblos en casos de que existan.</p> <p><b>Artículo 14. Conformación.</b> Un Territorio en Salud Rural podrá conformarse mediante esquemas asociativos territoriales tales como los esquemas de asociación de municipios y gobernaciones, las zonas PDET, organizaciones territoriales de pueblos indígenas o NARP, entre otros que estén contenidos en el ordenamiento territorial vigente o que deban crearse de acuerdo a los criterios establecidos para tal fin.</p> <p><b>Parágrafo:</b> El criterio prevalente de delimitación para la territorialización de los Territorios en Salud Rural contará, no se limitará a la comprensión de las fronteras territoriales entre municipios y departamentos, ya que en muchos de los casos tendrá que responder a la asociación entre territorios que comparten las características mencionadas anteriormente, y en donde la respuesta institucional estará dirigida a atender de forma</p>	<p>oportuna, eficiente y bajo la garantía del goce efectivo del derecho a la salud de las comunidades rurales.</p> <p><b>Artículo 15. Plan Territorial de Salud Rural.</b> El Plan Territorial de Salud Rural se realizará de acuerdo a las necesidades establecidas mediante el mecanismo de participación comunitaria en el territorio, e incluirán planes y programas de orden nacional, programas de soberanía alimentaria, salud para la mujer e identidades diversas, salud para el trabajo rural, servicios de salud (preventivos, promocionales y asistenciales) salud ambiental, salud mental, salud sexual y reproductiva, participación social, así como todo aquello que se convenga en el territorio. Este plan será el referente para ordenar el gasto de salud en el territorio.</p> <p><b>Artículo 16. Competencias para los municipios no certificados en salud.</b> Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, los municipios no certificados en salud se articularán a la Red Departamental de Salud y gestionarán la implementación del Plan Nacional de Salud Rural, para lo cual ejecutarán las siguientes funciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Impulsarán mecanismos para la adecuada participación social e incidencia en la toma de decisiones que quedarán incluidas en el Plan Territorial.</li> <li>B. Promoverán planes, programas, estrategias y proyectos enmarcados en el Plan Nacional de Salud Rural.</li> <li>C. Vigilarán, coordinarán y articularán la destinación y ejecución de los recursos destinados al Plan Nacional de Salud Rural para su municipio.</li> <li>D. Gestionarán y supervisarán la prestación de los servicios de salud en su municipio.</li> <li>E. Establecerán la situación de salud del municipio para el mejoramiento del Plan Nacional de Salud Rural, y alertarán sobre situaciones de riesgo que vayan en detrimento del derecho a la salud de la población rural.</li> <li>F. Coordinarán y articularán las acciones necesarias con las instancias y entidades públicas para el correcto funcionamiento e implementación del Plan Nacional de Salud Rural.</li> </ul> <p><b>Artículo 17.</b> El Gobierno nacional destinará un recurso específico anual para el fortalecimiento de las entidades territoriales no certificadas en salud, con el objeto de implementar la efectiva descentralización para el correcto funcionamiento del Plan Nacional de Salud Rural.</p>
<p style="text-align: center;">CAPÍTULO IV MODELO Y ESTRATEGIA DE ATENCIÓN EN SALUD RURAL</p> <p><b>Artículo 18.</b> La estrategia de <b>Atención Primaria Integral en Salud Rural</b> (de ahora en adelante <b>APS Rural</b>), la cual incluirá los siguientes componentes: <b>Equipos Territoriales de Salud Rural, Centros de Atención Primaria en Salud y Participación Rural (CAPSPRural), Red pública hospitalaria y Espacios modales interculturales.</b></p> <p><b>Artículo 19. Equipos Territoriales de Salud Rural.</b> Se conformarán equipos compuestos por profesionales, técnicos y tecnólogos de las áreas de medicina, enfermería, salud pública, en compañía de un(a) agente comunitario(a) en salud; quienes tendrán como funciones las siguientes:</p> <p>A. <b>Caracterización de la población:</b> para identificar necesidades básicas en materia de salud, vivienda, saneamiento básico y servicios públicos, agua potable y calidad del aire, condiciones medioambientales con énfasis en agrotóxicos y problemas derivados de la explotación minera, educación, necesidades de proyectos productivos y economía social y solidaria, salud de la mujer rural, salud oral, salud mental, rehabilitación basada en comunidad para personas en condición de discapacidad, garantía de la soberanía alimentaria y derecho humano a la alimentación y nutrición adecuada, salud laboral, salud ambiental, manejo del consumo problemático de estupefacientes y alcohol, salud y niñez, salud y adultez mayor, prevención de violencias intrafamiliares, participación social, salud sexual y reproductiva, diversidades sexuales, enfoque diferencial étnico e intercultural, acceso y garantía al derecho a la salud en el Sistema de Salud vigente.</p> <p>Esta caracterización se realizará con una periodicidad bianual, y contará con los instrumentos para la recolección de la información diseñados a través del Ministerio de Salud y Protección Social, en articulación con las demás instituciones responsables en los diversos temas que abordará la caracterización.</p> <p>B. <b>Atención básica en salud:</b> Los equipos tendrán capacidad resolutoria para hacer atención básica domiciliaria en salud, identificación de signos y síntomas y diagnóstico primario. Estos equipos contarán con los insumos necesarios para brindar este primer nivel de atención en salud.</p>	<p>C. <b>Canalización:</b> Los equipos podrán canalizar, según el reconocimiento de las necesidades en el territorio, a las diferentes instituciones del nivel regional y nacional, y a los diferentes niveles de atención en salud de la red de atención correspondiente.</p> <p>D. <b>Promoción y prevención:</b> Los equipos realizarán las acciones de promoción y prevención contenidas en la política de salud pública que corresponda. Incluyendo estrategias de intervención diseñadas en conjunto con la comunidad, como resultado de un diagnóstico previo participativo en salud. Acompañamiento y fortalecimiento de la participación social en salud.</p> <p><b>Artículo 20. Creación de Centros de Atención Primaria en Salud y Participación Rural (CAPSPRural):</b> El Ministerio de Salud y Protección Social, los entes territoriales en coordinación con los hospitales públicos y los Consejos Territoriales Intersectoriales de Seguridad Social en Salud (COTIS), crearán los Centros de Atención Primaria en Salud y Participación Social (CAPSRural) que se necesiten en el territorio.</p> <p><b>Artículo 21.</b> Serán funciones de los CAPSPRural las siguientes:</p> <p><b>Caracterización del territorio:</b> Los CAPSPRural reunirán la información de caracterización proveniente de los equipos territoriales de salud rural junto con otras fuentes de información disponibles para el territorio y presentarán un diagnóstico preliminar al hospital correspondiente sobre la situación en salud y calidad de vida del territorio.</p> <p>Los CAPSPRural estarán habilitados para prestar servicios de salud en el primer nivel de atención. Para ello contarán con profesionales en salud oral, nutrición, medicina, atención psicosocial, enfermería y/o técnico en enfermería, profesional y/o técnico en salud pública. Así mismo, contarán con los insumos e infraestructura necesaria para la atención. Los CAPSPRural coordinarán con las administraciones territoriales y la red de servicios para el traslado y remisión oportuna de pacientes.</p> <p>Los CAPSPRural, trabajarán de forma articulada con la red de servicios en salud, jornadas itinerantes de atención domiciliaria en salud mental y atención psicosocial, discapacidad, salud oral, salud sexual y reproductiva, demás programas de salud pública, programas de prevención y promoción, salud ambiental, entre otros.</p> <p>Los CAPSPRural serán dependientes de los hospitales públicos municipales y departamentales y harán parte de la nómina de dichas instituciones.</p>

**Artículo 22. Red pública hospitalaria.** El Estado colombiano, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Hacienda y Gasto Público y la Dirección Nacional de Planeación, adecuará, ampliará y recuperará la red pública hospitalaria, los centros y puestos de salud para el cumplimiento del PNSRural, de forma tal que garantice el acceso desde cualquier punto del territorio a dicha red.

**Parágrafo.** El Estado en cabeza de las entidades encargadas tendrán plazo de dos (2) años para llevar a cabo la adecuación ordenada en el presente artículo.

**Artículo 23.** El Plan Nacional de Salud Rural será ejecutado por los hospitales públicos, y contará con la participación de universidades y organizaciones sociales sin ánimo de lucro y/o de economía social, solidaria y cooperativa constituidas legalmente y prioritariamente pertenecientes al territorio. Sus funciones serán las siguientes:

- A. Vincular al talento humano en salud que se requiera para llevar a cabo el Plan Nacional de Salud Rural
- B. El hospital público correspondiente al territorio coordinará el funcionamiento de los CAPSPRural, lo cual incluye: centralización de la información de los CAPSPRural y los equipos territoriales de salud rural, la cual será remitida al Sistema de Información Vigente manejado por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- C. Diseñar y ejecutar los planes y programas territorializados de atención en salud pública, de acuerdo al diagnóstico y planeación participativa realizado por los CAPSPRural, los equipos de atención territoriales de salud rural y las comunidades.
- D. Hacer seguimiento a las intervenciones realizadas por los equipos territoriales de salud rural y los CAPSPRural, así como de las remisiones hechas a los demás agentes del sistema de salud, a través del fortalecimiento de la referencia y contrareferencia, lo cual incluye desde el primer nivel hasta el último de ser necesario. Así mismo, debe hacer seguimiento a las canalizaciones que se lleven a otras instituciones de forma intersectorial.
- E. Desarrollar programas de atención básica en salud que puedan ser ejecutados por los equipos territoriales y los CAPSPRural, así como el personal de salud que labore en las instalaciones del hospital.

F. Los hospitales públicos apoyarán la labor de los equipos territoriales y los CAPSPRural a través de la implementación periódica de jornadas de salud itinerantes con equipos interdisciplinarios para el fortalecimiento de: salud de la mujer rural, salud oral, salud mental, rehabilitación basada en comunidad para personas en condición de discapacidad, garantía de la soberanía alimentaria y el derecho humano a la alimentación y nutrición adecuada, salud laboral, salud ambiental, manejo del consumo problemático de estupefacientes y alcohol, salud y niñez, salud y juventud, salud y adultez mayor, prevención de violencias intrafamiliares, participación social, salud sexual y reproductiva, diversidades sexuales, enfoque diferencial étnico, acceso y garantía al derecho a la salud en el Sistema de Salud vigente.

G. El hospital público recibirá y sistematizará las canalizaciones intersectoriales de forma articulada con las demás instituciones que hacen presencia en el nivel territorial, las cuales serán asumidas a través de su participación en el COTIS.

H. Apoyará las jornadas de capacitación en temas de salud a los Agentes Comunitarios(as) de Salud, así como al talento humano en salud adscrito a los CAPSPRural.

I. Los hospitales públicos contarán con equipos interdisciplinarios conformados por profesionales en áreas diferentes al área de la salud, como profesionales en ciencias sociales y humanas, jurídicas, económicas, ingenierías, agronomía, artes y todas aquellas que se requieran según las necesidades del territorio. Estos equipos junto con aquellos especializados en áreas de la salud, deberán realizar una serie de jornadas itinerantes en el territorio ampliando y fortaleciendo la labor de los equipos territoriales en salud y los CAPSPRural.

J. Los hospitales y demás centros de servicios en salud que atiendan población indígena o de alguna otra etnia deberán contar con personal que hable lenguas propias de aquellos pueblos.

**Parágrafo.** Para reunir la información de la caracterización territorial y los diagnósticos participativos, el Ministerio de Salud y Protección Social contará con el plazo de un (1) año para adecuar el Sistema de Información vigente.

**Artículo 24. Espacios modales interculturales.** En el marco del Plan Nacional de Salud Rural se crearán espacios comunitarios para el cuidado de la vida: casas de vida, casas de paso, casas de la mujer, casas maternas, entre otras. Estos espacios servirán a su vez como puertas de entrada a la red de servicios basados en financiamiento público directo y no en facturación de servicios.

CAPÍTULO V

DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL PNSRural

**Artículo 25. Consejos Territoriales Intersectoriales de Seguridad Social en Salud (COTIS).** Modifíquese el artículo 30 de la Ley 1298 de 1994 mediante el cual se crean los consejos territoriales de salud y seguridad social así:

*“ARTÍCULO 30. CONSEJOS TERRITORIALES INTERSECTORIALES DE*

*SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (COTIS). Las entidades territoriales de los niveles seccional, distrital y local, podrán crear un Consejo Territorial Intersectorial de Seguridad Social en Salud que asesore a las Direcciones de Salud de la respectiva jurisdicción, en la formulación de los planes, estrategias, programas y proyectos de salud y en la orientación de los Sistemas Territoriales de Seguridad Social en Salud, que desarrollen las políticas definidas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.*

*Los consejos territoriales tendrán, en lo posible, análoga composición del Consejo Nacional, pero con la participación de las entidades o asociaciones del orden Departamental, Distrital o Municipal. Este Consejo será de carácter intersectorial y contará, además de los miembros antes establecidos, con la presencia de representantes de las organizaciones de la sociedad civil con presencia en el territorio así: 50% de mujeres, entre ellas representantes de organizaciones sociales de mujeres; representantes de pueblos étnicos; representantes de las Juntas de Acción Comunal; representantes de los Comités Comunitarios en Salud; representantes de las veedurías ciudadanas en salud; organizaciones campesinas y representantes de los trabajadores rurales que existan en el territorio.”*

**Artículo 26.** Los COTIS con base en los resultados de los escenarios de participación de las comunidades y los diagnósticos participativos, diseñarán un **Plan Territorial en Salud Rural** el cual será tenido en cuenta en los Planes de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), los Planes de Vida, los Planes de Desarrollo municipales y departamentales y demás formas de planificación comunitaria. Este plan se ajustará según los cambios evidenciados en el diagnóstico participativo.

**Artículo 27. El Plan Territorial en Salud Rural,** será la hoja de ruta en el territorio sobre las necesidades en salud; estrategias, planes y programas; adecuaciones, ampliación y rescate de la red pública hospitalaria; cobertura; destinación del presupuesto para ejecución del Plan Nacional en Salud Rural; protección y conservación de los sistemas propios, saberes ancestrales y medicina tradicional; cumplimiento del enfoque de género; soberanía alimentaria; entre otros aspectos delineados en el Plan Nacional de Salud Rural.

Según el plan establecido, se determinará el número de CAPSPRural y número de equipos territoriales de salud rural que se necesitan para cubrir todo el territorio. El número de equipos territoriales obedecerá a los siguientes criterios:

- 1. Mayor número de visitas en territorios con barreras de acceso por distancia geográfica.
- 2. Mayor carga de enfermedad.
- 3. Indicadores críticos de pobreza, vulnerabilidad y presencia de conflicto armado.
- 4. Mayor número de mujeres, niños y niñas, población en condición de discapacidad y adultos mayores.

CAPÍTULO VI

AGENTES COMUNITARIOS EN SALUD

**Artículo 28. Agente Comunitario en Salud.** El Ministerio de Salud y Protección Social creará y reglamentará la figura de Agente Comunitario en Salud para todos los territorios en el ámbito nacional.

**Artículo 29.** Podrán ser agentes comunitarios en salud:

- 1. Aquellas personas que sean reconocidas como habitantes del territorio donde van a operar.
- 2. Líderes y líderes reconocidas por sus comunidades en el territorio.
- 3. Jóvenes en edad de prestar servicios militar obligatorio que será conmutado al programa de Agente Comunitario en Salud.
- 4. Personas encargadas de labores de cuidado sin remuneración.
- 5. Personas en condición de discapacidad que no reciben remuneración.
- 6. Personas en condición de reincorporación de procesos de paz.
- 7. Personas de la comunidad con interés o afinidad en temas de salud comunitaria.

- 8. Mujeres que deseen trabajar en el capítulo de salud para la mujer rural
- 9. Agentes pertenecientes a pueblos indígenas, afro y pueblo ROM, o cualquier otro pueblo ancestral que haga presencia en el territorio. El PNSRural contará de forma obligatoria con este tipo de agentes en territorios ancestrales o étnicos.
- 10. Personas que representan diversidades sexuales.

**Artículo 30.** Serán funciones de las y los agentes comunitarios en salud las siguientes:

1. Empezará acciones dirigidas a dinamizar la lucha y garantía del derecho a la salud partiendo del conocimiento cercano de los problemas que aquejan a las comunidades, así como de las injusticias sociales, las condiciones socioambientales y las problemáticas individuales y colectivas que encuentran manifestaciones en la salud del territorio.
2. Contribuirá al empoderamiento de las comunidades campesinas, afrodescendientes e indígenas para la exigibilidad de atención en salud, así como en la salvaguarda de saberes ancestrales, medicina tradicional y alternativa.
3. Orientará la articulación entre la comunidad, los equipos territoriales y los CAPSPRural.
4. Organizará las jornadas de caracterización y desarrollo de diagnósticos participativos en salud.
5. Será el primer nivel de reporte de situaciones en salud, alimentación, saneamiento básico, vivienda, problemas ambientales, barreras de acceso, violencias, entre otras problemáticas; para lo cual podrá emitir alertas que tendrán un carácter vinculante y activará la acción intersectorial de forma prioritaria.
6. Las y los agentes comunitarios en salud contarán con los conocimientos necesarios tanto de medicina tradicional y saberes de las comunidades como de procedimientos básicos de la medicina occidental, para dar respuesta a las necesidades emergentes en la comunidad. El agente comunitario deberá conocer y ubicar con rapidez a los médicos tradicionales, sanadores, parteras, comadronas, matronas, entre otras.
7. Liderará e impulsará vocerías en los escenarios de participación comunitaria e interlocución con las instituciones.
8. Convocará los espacios participativos, acciones colectivas en salud pública, campañas y demás eventos que surjan del Plan Territorial y de los programas de atención que se deriven del PNSRural.
9. Dinamizará y promoverá los Comités Territoriales en Salud, las veedurías y demás formas de control social a la implementación del PNSRural.
10. Promoverá el enfoque de derecho a la salud, así como facilitará las herramientas para la exigibilidad del mismo, entendiendo la interdisciplinariedad que involucra el correcto abordaje y comprensión de lo que implica la garantía del derecho a la salud.

- 11. En comunidades con pueblos étnicos, será obligatoria la contratación de agentes comunitarios pertenecientes a las mismas y adicionalmente, tendrán la que acompañar a sus comunidades en labores de traducción.

**Artículo 31. Vinculación.** Las y los agentes comunitarios en salud estarán vinculados a las secretarías de salud de los municipios y departamentos con las garantías laborales establecidas por ley, y el recurso para su financiación vendrá del presupuesto destinado para la ejecución del presente Plan. Las actividades que realizarán tendrán seguimiento por parte de los hospitales públicos y los CAPSPRural, quienes reportarán informes de actividades a las secretarías de salud respectivas.

**Artículo 32. Capacitación de las y los agentes comunitarios en salud.** El Ministerio de Salud y Protección Social junto con el Ministerio de Trabajo a través del SENA diseñará e implementará un programa de capacitación para agentes comunitarios en salud.

La capacitación deberá ser garantizada por el Estado en conjunto con las entidades territoriales y los hospitales públicos. El diseño de estas capacitaciones tendrá un enfoque de análisis en determinación social de la salud, estará acorde a las necesidades de los territorios y adaptarse a las particularidades del mismo, e incluirá como mínimo herramientas básicas para el abordaje de estos temas: vivienda, saneamiento básico y servicios públicos, agua potable y calidad del aire, condiciones medioambientales con énfasis en agrotóxicos y problemas derivados de la explotación minera, educación, salud de la mujer rural, salud oral, salud mental, rehabilitación basada en comunidad para personas en condición de discapacidad, garantía de la soberanía alimentaria y derecho humano a la alimentación y nutrición adecuada, salud laboral, salud ambiental, manejo del consumo problemático de estupefacientes y alcohol, salud y niñez, salud y adultez mayor, prevención de violencias intrafamiliares, participación social, salud sexual y reproductiva, diversidades sexuales, enfoque diferencial étnico y diálogo con saberes ancestrales, acceso y garantía al derecho a la salud en el Sistema de Salud vigente, vigilancia y control del Sistema de Salud.

**Artículo 33. Programa de diálogo, respeto y conservación de saberes ancestrales, medicina tradicional y trabajo en sistemas propios de salud.** El Ministerio de Salud y Protección Social junto con el Observatorio de Salud Rural, el Ministerio de Educación, el Ministerio de Cultura, en concurrencia con universidades, centros de investigación y autoridades étnicas, diseñarán e implementarán un programa de reconocimiento, preservación y homologación de saberes ancestrales, medicina tradicional, partería y experiencia en sistemas de salud propios. Las personas reconocidas en este programa tendrán prelación para ser agentes comunitarios en salud.

CAPÍTULO VII

**FORMACIÓN, AMPLIACIÓN Y GARANTÍAS LABORALES PARA EL TALENTO HUMANO EN EL MARCO DEL DESARROLLO DEL Plan Nacional de Salud Rural**

**Artículo 34.** El Ministerio de Salud y Protección Social junto con el Ministerio de Educación, las distintas facultades y asociaciones gremiales y representantes de los COTIS, revisarán y adecuarán los pensums actuales de las profesiones universitarias, técnicas y tecnológicas en salud, para crear las cátedras necesarias adecuadas para la correcta preparación del talento humano en salud que pueda desarrollar la estrategia de APISRural.

**Artículo 35.** Los hospitales públicos del nivel departamental y municipal que atienden en su mayoría población rural y/o son prestadores monopólicos en el territorio, tendrán la categoría de hospitales universitarios para la formación en APISRural. Este proceso se realizará en articulación con las universidades públicas presentes a nivel departamental, y que cuenten con las facultades de salud correspondientes.

**Artículo 36. Servicio Social Obligatorio.** Los municipios y departamentos adecuarán las plazas para la prestación del servicio social obligatorio, el cual, no se deberá limitar a la atención en salud, sino que, deberá responder a las necesidades de la estrategia de APISRural. Las administraciones territoriales darán todas las garantías laborales a las y los profesionales que presten este servicio en el marco del PNSRural.

**Artículo 37. Estímulo al talento humano en salud que trabaje en el marco del PNSR.** Para garantizar una distribución territorial más equitativa de profesionales, técnicos y tecnólogos del área de la salud, aquellas y aquellos que presten sus servicios en áreas rurales, recibirán un paquete de incentivos: monetarios y salariales, acceso a becas, entre otros, que estimulen su presencia y arraigo en el territorio. Este paquete de incentivos será diseñado por las instituciones correspondientes y será extensible a profesionales de áreas distintas a la salud que hagan parte de la estrategia de APISRural.

**Artículo 38.** Estudiantes de profesiones diferentes al área de la salud que contribuyan a dinamizar el PNSRural, podrán validar su práctica académica como opción de grado. Este proceso deberá ser reglamentado por el Ministerio de Educación en conjunto con el Ministerio de Salud y Protección Social.

**Parágrafo.** La manutención y Seguridad Social del estudiante que realice sus prácticas en el marco del Plan Nacional de Salud Rural, estará a cargo del presupuesto destinado al mismo.

CAPÍTULO VIII

**OBSERVATORIO NACIONAL DE SALUD RURAL**

**Artículo 39.** El Ministerio de Salud y Protección Social con el Instituto Nacional de Salud, creará el Observatorio Nacional de Salud Rural (OBSRural).

**Artículo 40. Composición del Observatorio Nacional de Salud Rural.** El Observatorio Nacional de Salud Rural contará con la presencia de centros académicos y de investigación del ámbito nacional y territorial, organizaciones sociales que trabajen en el campo de la salud, representantes de las y los trabajadores en salud, gremios de profesionales en salud, consejos intersectoriales territoriales en seguridad social y salud, representantes de grupos étnicos, representantes de los entes territoriales y representantes de los agentes comunitarios.

**Artículo 41. Funciones del Observatorio Nacional de Salud Rural.** Las funciones del Observatorio Nacional de Salud Rural (de ahora en adelante OBSRural), serán las siguientes:

- A. Llevar a cabo de forma quinquenal el Estudio Nacional de Salud Rural con carácter participativo y de reconocimiento de la diversidad y multiculturalidad territorial, haciendo seguimiento a la implementación y sostenimiento del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera. El Estudio contendrá un capítulo especial con enfoque diferencial y de género.
- B. El observatorio construirá una serie de indicadores específicos para obtener información clara y desagregada sobre la población rural femenina con el fin de generar insumos para atender de manera adecuada a las mujeres rurales.
- C. Sistematizará las iniciativas propias de las comunidades para la transformación de la ruralidad en el tema de salud, así como las experiencias del territorio sobre saberes y sistemas propios de salud de los pueblos.
- D. Propondrá, acompañará y realizará la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas en salud rural.
- E. Desarrollará líneas de investigación en la materia.

- F. Evaluará y emitirá un informe anual sobre los resultados e impactos en salud y bienestar del Plan Nacional de Salud Rural.
- G. Analizará la información recogida en la implementación de la estrategia de APS Rural y propondrá ajustes al Plan Nacional de Salud Rural.
- H. Establecerá un diálogo entre la academia, las instituciones y las comunidades para avanzar hacia el desarrollo del Plan Nacional de Salud Rural.
- I. Suministrará información actualizada para la toma de decisiones en políticas que afecten positivamente la salud en la ruralidad.
- J. Acompañará el monitoreo comunitario y participativo para la identificación de necesidades y la construcción de propuestas colectivas en salud y bienestar.
- K. Articulará universidades y comunidades para construir experiencias demostrativas en salud rural, así como contribuirá al proceso de planeación local.

CAPÍTULO IX

**SALUD DE LAS MUJERES RURALES, CAMPESINAS E IDENTIDADES DIVERSAS**

**Artículo 42.** Las líneas de acción, planes y programas se establecerán concertadamente con las organizaciones y lideresas de mujeres en los territorios; organizaciones, líderes y lideresas de identidades diversas; los COTIS; el Observatorio de Salud Rural; el Instituto Nacional de Salud; el Ministerio de Salud y Protección Social; espacios intersectoriales que se relacionen con el tema y consejos de expertas y expertos en la materia.

**Artículo 43. Participación política de la mujer y personas de identidades diversas en las decisiones en salud:** los COTIS deberán contar con, al menos, la composición de un 50% de mujeres, así como la participación de representantes de identidades diversas. Esta medida deberá extenderse de manera progresiva a todas las demás instituciones e instancias de participación y decisión que tengan a su cargo el Plan Nacional de Salud Rural.

**Artículo 44.** El Plan Nacional de Salud Rural contará con un programa específico de salud para las mujeres rurales y campesinas, así como para la población con identidades diversas. En la comprensión de que la salud va más allá de la asistencia de la enfermedad, los distintos aspectos del programa podrán ser ejecutados a través de los hospitales públicos, universidades y organizaciones sociales sin ánimo de lucro y/o de economía social, solidaria y cooperativa constituidas legalmente y compuestas prioritariamente por mujeres y personas de identidades diversas que acrediten las capacidades necesarias y cuya razón social sea adecuada para ello.

Este programa irá más allá de las acciones en salud y estará dirigido hacia la atención, promoción, participación y mejoramiento de la calidad integral de vida de estas poblaciones. De igual forma los hospitales públicos facilitarán la planeación y ejecución de las jornadas itinerantes extramurales propuestas en el artículo 19 de la presente Ley.

**Artículo 45.** La salud rural de las mujeres y las identidades diversas en la comprensión amplia de la salud como bienestar y calidad de vida, así como en la preservación de la integralidad de la Reforma Rural Integral, promoverá los derechos de las mujeres rurales en identidades diversas para el acceso igual a vivienda, agua potable, a la propiedad de la tierra capital productivo, al ingreso, a la alimentación y soberanía alimentaria para las necesidades según ciclo vital de las mujeres y personas con identidades diversas, a la preservación de las diversidades étnicas, al crédito, a la protección social, a la educación, a tecnologías y servicios, a un ambiente saludable, a remuneración y al uso discrecional del tiempo como determinantes estructurales de la salud y bienestar de las mujeres rurales y personas con identidades diversas. Los planes y programas que desarrollen este artículo deberán ser de carácter intersectorial.

**Artículo 46.** El Estado garantizará que las diferencias entre mujeres, diversidades sexuales y hombres, no sean un obstáculo para vivir dignamente y disfrutar de salud, para evitar la enfermedad, discapacidad, muertes evitables y/o prematuras asociadas a las diferencias biológicas. Así mismo, el Estado colombiano estará obligado a eliminar cualquier barrera de acceso al sistema de salud que se produzca por la condición de género e identidad de las personas.

**Artículo 47. Sobre los derechos sexuales y reproductivos.** El Estado garantizará el goce efectivo de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres rurales y campesinas, y las personas con identidades diversas así:

1. Acciones, planes y programas para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos tanto para las mujeres como para las identidades diversas. Promoción del control prenatal durante todo el periodo de gestación y el acceso gratuito a métodos anticonceptivos teniendo en cuenta las necesidades diagnosticadas por las mujeres en los territorios rurales.
2. Reconocimiento del derecho que les asiste a las mujeres rurales de escoger el acompañamiento de una partera o comadrona si así lo desean.
3. Reconocimiento y protección de los saberes ancestrales y prácticas culturales en relación a la partería y la labor de las matronas.

4. Creación de espacios para promover el derecho de las mujeres a decidir sobre sus cuerpos y sobre la posibilidad de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Difusión y acciones pedagógicas sobre la Sentencia de la Corte Constitucional C-355 de 2006, así como el fortalecimiento y capacitación de las entidades de salud responsables de garantizar el derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en el ámbito rural.
5. Formación y ampliación del personal de salud capacitado para cumplir el derecho que le asiste a las mujeres rurales y campesinas en la Interrupción Voluntaria del Embarazo.
6. Dotación de insumos e instalaciones adecuadas para la Interrupción Voluntaria del Embarazo.
7. Articulación con los pueblos indígenas que aún practican la ablación, la mutilación genital femenina y otros actos que restrinjan la libertad sexual y reproductiva de las mujeres para la erradicación de dichas prácticas.
8. Programas de promoción para la realización de exámenes periódicos y preventivos como la citología y la mamografía.

**Artículo 48. Programas de salud con enfoque diferencial para las personas y comunidades de identidades diversas que habitan la ruralidad.** En el marco del Plan Nacional de Salud Rural desarrollará un programa diferencial para la prevención de las violencias ejercidas contra de las personas y comunidades de identidades diversas a causa de la estigmatización y sus repercusiones sobre la salud física, mental y emocional. El programa abarcará aspectos como: salud sexual y reproductiva y derecho a la paternidad y maternidad; así como la prevención del contagio de enfermedades de transmisión sexual. Apoyo en el proceso de identidad, cambios físicos, mentales y emocionales de las personas transgénero; formación del personal de salud y de la comunidad sobre la no discriminación, sanción de la violencia institucional, prevención y atención humana y digna en caso de violencias, reconocimiento y atención humana y digna frente a las necesidades de estas poblaciones.

**Artículo 49. Cuidado y autocuidado.** Se fomentará la promoción del autocuidado y el fortalecimiento de las prácticas de cuidado, no solo como tarea de las mujeres sino como labor compartida social e institucionalmente, reconociendo la carga de enfermedad por dedicación de las mujeres a las labores del cuidado de otros a través de planes y programas que fortalezcan el uso del tiempo libre, el acceso prioritario a la salud, la remuneración y la distribución de dichas labores en el hogar.

**Artículo 50. Prevención y atención a las violencias contra las mujeres y las identidades diversas.** El Plan Nacional de Salud Rural I desarrollará una estrategia que entienda las particularidades en que se dan las violencias en el territorio, con el fin de prevenir y atender

humana y dignamente a las víctimas de las violencias ejercidas contra las mujeres y las identidades diversas, abordando los siguientes aspectos:

1. Control de violencias institucionales en prácticas en salud que garantice el respeto y buen trato en los procedimientos tales como: erradicación de la violencia gineco obstétrica, atención sin revictimización en el caso del abuso y maltrato físico, atención humana y digna en acciones de prevención como examen mamario y citología, seguimiento y denuncia en casos de negligencia médica, sanción de las violencias en casos de peritajes, entre otros.
2. Tratamiento oportuno y digno sobre los impactos físicos producidos por las violencias ejercidas contra las mujeres.
3. Promover estrategias psicosociales y colectivas para la construcción de nuevas relaciones libres de violencias, visiones del amor, respeto y dinámicas al interior de las familias y la pareja.
4. Promoción de estrategias en salud mental para tratar el estrés del estigma contra personas LGTBI y transgénero, consumo problemático de sustancias psicoactivas, suicidio, depresión, estrés post traumático como secuela del conflicto armado, entre otros aspectos.
5. Las entidades de salud en las zonas rurales serán fortalecidas para atender y articularse al sistema de justicia cuando tienen conocimiento del delito de violación de embarazos y nacimientos de hijos e hijas de niñas menores de 14 años de edad.
6. Reconocimiento de la continuidad del conflicto armado en el campo e implementación de atenciones y acompañamiento oportuno, humanizado y digno a las víctimas mujeres y de identidades diversas.

CAPÍTULO X

**SALUD, RURALIDAD Y AMBIENTE**

**Artículo 51.** El Plan Nacional de Salud Rural partirá por reconocer al ambiente como sujeto de derecho, y a la salud del ambiente como proceso fundamental de la garantía del derecho a la salud, tal como plantea el enfoque del Buen Vivir de los pueblos.

**Artículo 52.** El capítulo salud, ruralidad y ambiente contendrá los siguientes aspectos:

1. Protección y conservación del ambiente, los ecosistemas, las fuentes acuíferas, la biodiversidad, la calidad del aire, la fauna y la flora en el territorio.

2. Análisis, contención, prevención y atención de los impactos en salud para el ambiente y especialmente, en los ecosistemas de interés ambiental, así como para los pueblos en el territorio de las estrategias para la erradicación de cultivos de uso ilícito como la aspersión con glifosato.
3. Análisis, contención, prevención y atención de los impactos en salud para el ambiente y los pueblos en el territorio del uso de agrotóxicos y monocultivos a gran escala.
4. Protección y garantía de la soberanía alimentaria en territorios donde predomina la siembra de monocultivos con destino a la agroindustria y los biocombustibles. Preservación de semillas nativas y usos tradicionales del suelo fomentando la agroecología.
5. Análisis, contención, prevención y atención de los impactos en salud para el ambiente y los pueblos en el territorio de actividades extractivas como la minería a gran escala, la explotación petrolera, explotación forestal a gran escala, entre otras.
6. Análisis, contención, prevención y atención de los impactos en salud para el ambiente y los pueblos en el territorio producto de los megaproyectos como las hidroeléctricas.
7. Fortalecimiento de campañas para la protección del ambiente en los territorios.
8. Reconocimiento de los impactos sociales y el cambio en las economías producto de las economías extractivas a gran escala, las redes de narcotráfico, el aumento de consumo de estupefacientes y alcohol, y redes de trata de personas para el comercio sexual.

**CAPÍTULO XI  
TRABAJADORES Y TRABAJADORAS RURALES**

**Artículo 53.** El Plan Nacional de Salud Rural reconocerá a las y los trabajadores rurales como sujetos de derecho a la protección social con las mismas garantías que debe tener cualquier otro trabajador en Colombia.

**Artículo 54.** El Ministerio de Salud y Protección Social en articulación con el Ministerio de Trabajo desarrollarán programas de prevención y atención en salud a enfermedades laborales y factores de riesgo derivadas del trabajo rural.

**Artículo 55.** En cabeza del Observatorio de Salud Rural, se adelantarán investigaciones acerca de los riesgos químicos, y biológicos producto de la exposición a agrotóxicos, así como los riesgos mecánicos del trabajo rural en el territorio nacional. Así mismo se hará un estudio sobre la salud mental de las y los trabajadores rurales asociados al acoso laboral, violencia verbal, hostigamiento, explotación laboral, entre otros.

**Artículo 56.** El Estado colombiano en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Trabajo diseñará la política pública de Protección en riesgos laborales para las y los trabajadores rurales.

**Artículo 57. Seguridad económica para la vejez e incapacidad permanente.** El Plan Nacional de Salud Rural, contará con un programa de articulación para el acceso a la pensión e incapacidad permanente en condiciones dignas.

**CAPÍTULO XII  
MEDIDAS ADICIONALES Y VIGENCIA**

**Artículo 58.** A partir de la promulgación de la presente ley, el Gobierno nacional en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, creará la política Decenal de Salud Rural, la cual recogerá entre otros insumos, los resultados de los mecanismos participativos existentes en el territorio y los insumos provistos por el Observatorio Nacional en Salud Rural.

**Artículo 59. Inspección, vigilancia y control.** La inspección, vigilancia y control estará a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, la Procuraduría General de la Nación y demás órganos de control preferente.

**Parágrafo.** El seguimiento y control comunitario que se realizará en los distintos niveles de participación contenidos en Plan Nacional de Salud Rural, será vinculante y hará parte de la construcción de los procesos adelantados por los organismos de control.

**Artículo 60. Vigencia.** La presente Ley tendrá vigencia a partir de su promulgación. El Gobierno nacional tendrá plazo de seis (6) meses para realizar las reglamentaciones necesarias, diseño e implementación.

Por los Honorables Congresistas,

OMAR DE JESUS RESTREPO  
Senador de la República  
Partido Comunes

CARLOS CARREÑO MARÍN  
Representante a la Cámara  
Partido Comunes

JAIRO REINALDO CALA SUÁREZ  
Representante a la Cámara  
Partido Comunes

LUIS ALBERTO ALBÁN URBANO  
Representante a la Cámara  
Partido Comunes

PABLO CATATUMBO TORRES V.  
Senador de la República  
Partido Comunes

GERMÁN GÓMEZ  
Representante a la Cámara  
Partido Comunes

SANDRA RAMÍREZ LOBO S  
Senadora de la República  
Partido Comunes

JULIÁN GALLO CUBILLOS  
Senador de la República  
Partido Comunes

IMELDA DAZA  
Senadora de la República  
Partido Comunes

PEDRO BARACUTAO GARCÍA  
Representante a la Cámara  
Partido Comunes

**EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**

**Tabla de contenido**

**EXPOSICIÓN DE MOTIVOS** ..... 30

**Marco normativo y política pública en salud, ruralidad y pueblos étnicos**..... 31

    Antecedente internacional sobre los derechos del campesinado..... 31

    Derecho a la salud y la disputa normativa en Colombia..... 32

    Legislación vigente..... 36

    Decretos y Resoluciones: ..... 36

    Jurisprudencia: Corte Constitucional ..... 37

    CONPES y Política Pública ..... 37

**Contexto de salud en la ruralidad colombiana**..... 38

    Crisis de la ruralidad en Colombia ..... 38

    Caracterización de la población rural: ruralidades y diversidades en Colombia ..... 39

    La población rural y campesina en Colombia ..... 39

    Mujeres rurales y campesinas, y enfoque de género ..... 41

**Contexto del sistema de salud en Colombia**..... 47

    Antecedente histórico reciente..... 47

    La crisis del sistema de salud colombiano..... 48

    La crisis de la red pública hospitalaria ..... 50

    La política reciente en salud para la ruralidad en Colombia..... 51

    Los sistemas de salud propios de los pueblos indígenas ..... 55

    La salud en los pueblos NARP (negros, afrodescendientes, raizales y palenqueros) ..... 56

**El Plan Nacional de Salud Rural para el Buen Vivir** ..... 58

    La salud rural: el aprendizaje en las FARC..... 58

    El Plan Nacional de Salud Rural en el Acuerdo de Paz..... 59

    Por qué un Plan Nacional de Salud Rural para el Buen Vivir ..... 61

    Propuesta de Plan Nacional de Salud Rural del Ministerio de Salud y Protección Social ..... 62

**Presentación del contenido del Proyecto**..... 63

**Impacto Fiscal**..... 66

**Marco normativo y política pública en salud, ruralidad y pueblos étnicos**

Antecedente internacional sobre los derechos del campesinado

El 28 de septiembre de 2018 la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la Declaración de los Derechos de los campesinos y de otras personas que trabajan en las zonas rurales, la cual fue aprobada por la tercera comisión encargada de asuntos sociales, humanitarios y culturales. Dentro de los argumentos para su aprobación se encuentra el reconocimiento de la situación de vulnerabilidad de las comunidades campesinas debido al cambio climático, la pobreza rural, y factores económicos y productivos que les afectan. Esta declaración contempla un marco normativo que permitirá a los países formular y desarrollar políticas, planes y programas específicos dirigidas a mejorar y dignificar las condiciones de vida de las comunidades campesinas.

Algunos de los artículos que contiene la declaración son los siguientes:

- Los Estados respetarán, protegerán y harán efectivos los derechos de los campesinos y de otras personas que trabajan en las zonas rurales (Artículo 2)
- Los campesinos y otras personas que trabajan en las zonas rurales tienen derecho a disfrutar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales que se reconocen en la carta de las Naciones Unidas, la declaración Universal de derechos humanos, y todos los demás instrumentos internacionales de derechos humanos, sin ningún tipo de discriminación en el ejercicio de sus derechos por motivos de origen, nacionalidad, raza, color, linaje, sexo, idioma, cultura, estado civil, patrimonio, discapacidad, edad, opinión política o de otra índole, religión, nacimiento o situación económica, social o de otro tipo. (Artículo 3)
- Los Estados adoptarán todas las medidas apropiadas para erradicar todas las formas de discriminación de las campesinas y otras mujeres que trabajan en las zonas rurales y para promover su empoderamiento de manera que puedan disfrutar plenamente, en pie de igualdad con los hombres, de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales y obrar por el desarrollo económico, social, político a cultural del ámbito rural, participar en él y aprovecharlo con total libertad. (Artículo 4)
- Los campesinos y otras personas que trabajan en las zonas rurales tienen derecho a una alimentación adecuada y el derecho fundamental a estar protegidos contra el hambre (Artículo 11)
- Los campesinos y otras personas que trabajan en las zonas rurales, con independencia de que sean trabajadores temporarios, de temporada o migrantes, tienen derecho a trabajar en condiciones laborales seguras y saludables, a participar en la aplicación y

el examen de las medidas de seguridad y salud, a escoger a sus representantes de seguridad y salud, y a sus representantes en los comités de seguridad y salud, y poner en práctica medidas de prevención, reducción y control de los peligros y riesgos (...) (Artículo 14)

- Los campesinos y otras personas que trabajan en las zonas rurales tienen derecho a la conservación y protección del medio ambiente y de la capacidad productiva de sus tierras, así como de los recursos que utilizan y gestionan (Artículo 18)
- Los campesinos u otras personas que trabajan en las zonas rurales son titulares de los derechos humanos al agua potable, salubre, limpia, y al saneamiento, que son esenciales para disfrutar plenamente de la vida a través de todos los derechos humanos y la dignidad humana. (Artículo 21)
- Los campesinos u otras personas que trabajan en las zonas rurales tienen derecho a la seguridad social, que incluye los seguros sociales. (Artículo 22)
- Los campesinos u otras personas que trabajan en las zonas rurales tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. También tienen derecho a acceder, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales a sanitarios (Artículo 23)
- Los campesinos y otras personas que trabajan en las zonas rurales tienen derecho a una vivienda adecuada, a mantener un hogar y una comunidad seguros en que puedan vivir en paz y dignidad, y el derecho a no ser discriminados (Artículo 24).

Dentro de los 49 países que se abstuvieron de votar a la declaración se encuentra Colombia, quien en cabeza del gobierno actual no emitió respuesta frente al apoyo para la declaración, lo cual permite evidenciar una vez más los vacíos existentes frente al apoyo y la disposición real de adoptar las medidas necesarias que permitan buscar las soluciones necesarias para una verdadera transformación del campo que beneficie a las comunidades en primera instancia, y que a pesar que la declaración no es vinculante, sí puede impulsar el fortalecimiento de iniciativas que mejoren las condiciones de los territorios rurales.

Derecho a la salud y la disputa normativa en Colombia

Según la Corte Constitucional, el derecho a la salud implica el acceso oportuno, eficaz, de calidad y en igualdad de condiciones a todos los servicios, facilidades, establecimientos y bienes que se requieran para garantizar. De igual manera, comprende la satisfacción de otros derechos vinculados con su realización efectiva como ocurre con el saneamiento básico, el agua potable y la alimentación adecuada, por lo que se define el derecho a la Salud, como:

[...] el 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.

Este derecho debe ser garantizado en todo el territorio nacional, tanto en las zonas urbanas, como rurales del país, sin embargo, esta condición no se ve reflejada del todo en la ruralidad. Aunque es claro que la salud no puede entenderse sólo como atención médica, existe una brecha significativa entre lo urbano y rural propia del ejercicio centralista que potencia la inversión pública en las zonas urbanas, desatendiendo las necesidades de la población rural. La evidencia de lo anterior se observa, solo por mencionar un aspecto, en la existencia de una precaria red de servicios de salud en las zonas rurales y en las cabeceras municipales de los municipios de más baja categoría.

Para la población rural, el artículo 64 de la Constitución Política determinó que:

Es deber del Estado promover el acceso progresivo a la propiedad de la tierra de los trabajadores agrarios, en forma individual o asociativa, y a los servicios de educación, salud, vivienda, seguridad social, recreación, crédito, comunicaciones, comercialización de los productos, asistencia técnica y empresarial, con el fin de mejorar el ingreso y calidad de vida de los campesinos". (Artículo 64, Constitución Política de Colombia)

Con la expedición de la Ley 10 de 1990 y la Ley 60 de 1993, se dio inicio al proceso de fortalecimiento y descentralización del servicio público en salud, así como la asignación de competencias tanto a las entidades territoriales como a la Nación; posteriormente, con la expedición de la Ley 100 de 1993, se creó el Sistema General de Seguridad Social Integral, como medida de implementación de una política de aseguramiento mediante las EPS. De acuerdo al propósito establecido en esta Ley, el sistema general de seguridad social fue creado con el fin de garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana.

En ese camino de transformaciones, de acuerdo a los propósitos del Estado Social de Derecho, como república unitaria, descentralizada, es emitida la Ley 152 de 1994, y la Resolución 5165 de 1994 del Ministerio de Salud y la Protección Social, la Nación y las

entidades territoriales fueron orientadas a elaborar, aprobar, ejecutar, seguir, evaluar, y controlar sus acciones en salud, mediante un plan de desarrollo, que involucre las orientaciones de los diferentes sectores sociales, y el desarrollo territorial.

En el año 2001, es expedida la Ley 715, la cual define la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones, las competencias de la Nación y las entidades territoriales en materia de salud, entre otros aspectos, así como y establece la obligatoriedad de estas entidades para priorizar, de acuerdo a la situación y condiciones de salud en el territorio, las acciones que debe desarrollar en correspondencia a sus competencias en materia

de salud pública.

En el año 2007 se expide la Ley 1122 que crea el Consejo de Seguridad Social en Salud, así como los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, los cuales debían operar como órganos de rectoría y control para reglamentar las disposiciones constitucionales en la materia a través de actos administrativos. La herramienta para llevar a cabo esta tarea es a través de un plan de atención básica, que debe contar con la participación de las comunidades, bajo la dirección del Consejo Territorial (Departamental y/o Municipal) de Seguridad Social en Salud, el cual tendría una vigencia pro – tempore por los dos años siguientes a la entrada en vigencia de la Ley. Una vez cesó la existencia de este Consejo, los recursos fueron girados directamente a las entidades territoriales certificadas en salud (Departamentos y algunos municipios de 1,2 y 3 categoría) (Congreso de la República, 2001).

A su vez, durante esta vigencia fue expedido el Plan Nacional de Salud 2007 – 2010, a través del decreto 3039 del 2007, el cual integró el mandato establecido en la Constitución Política sobre el derecho a salud buscando mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población. Definió prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud de acuerdo a los indicadores, políticas de salud, tratados y convenios internacionales, así como la determinación de responsabilidades en materia de salud pública a cargo de la Nación, las entidades territoriales y demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), y que deben complementarse con las acciones propuestas en el Plan Nacional de Desarrollo y los Planes de desarrollo territorial (MinSalud, 2007).

Sobre el derecho a la salud y debido a la grave crisis del sistema expresadas en un desbordamiento del número de tutelas, la Corte Constitucional promulgó en el año 2008 la Sentencia 7-760 que consagra de forma definitiva, la prioridad del derecho a la salud dentro de cualquier acción del Estado en esta materia. La Corte ordenó a todas las entidades del sistema a corregir las fallas en salud pública, la obligatoriedad de la prestación de los servicios, la garantía del adecuado flujo de recursos, la unificación de los Planes Obligatorios de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado, la actualización del Plan Obligatorio de Salud, entre otras medidas.

Para responder a las órdenes de la Corte, el Gobierno del entonces Álvaro Uribe Vélez, declara a finales del año 2009 la emergencia en salud que buscaba, entre otras medidas, un salvamento a las EPS con ajustes a los protocolos del personal de salud, mayores restricciones al acceso a los servicios, mayor gasto de bolsillo a través de endeudamiento y uso de cesantías, cubrir la quiebra del Fondo de Solidaridad y Garantías, así como ubicar la responsabilidad de la crisis del sistema en los supuestos abusos de los pacientes.

En el 2010, la misma Corte tumba la declaratoria de Emergencia Social dada por el Gobierno de Uribe. Iniciado el gobierno de Juan Manuel Santos sale a la luz pública la corrupción por parte de la EPS y entes territoriales como los famosos recobros fraudulentos, lo que llevó a un nuevo intento de reforma al sistema de salud a través de la expedición de la Ley 1438 del

<p>2011, por medio de la cual se intentó reformar el SGSSS. Su objetivo fue fortalecer la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad civil para el mejoramiento de la salud. Con esta ley se pretendía la universalización del aseguramiento, la unificación del plan de beneficios y la portabilidad o prestación de servicios en cualquier lugar del país, preservando la sostenibilidad financiera del sistema que fue el aspecto de mayor relevancia en esta Ley (Congreso de la República, 2011). Nuevamente el criterio del riesgo financiero lanza por la borda cualquier propósito de la Ley en cumplimiento de la Sentencia.</p> <p>En el artículo 6° la Ley 1438 de 2011, fue determinado que el Ministerio de la Protección Social debía elaborar un Plan Decenal de Salud Pública a través de un proceso amplio de participación social de acuerdo con la organización, las modalidades y las formas establecidas en el Decreto 1757 de 1994 (MinSalud, 1994). Se establece que en el PDSP deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental; así mismo, que debe incluir los objetivos, las metas, las acciones, los recursos, los responsables, los indicadores de seguimiento y los mecanismos de evaluación. El Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de las competencias otorgadas por el Decreto 4107 de 2011, aprueba en mayo de 2011 el proceso técnico para formular y adoptar el Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 - 2021.</p> <p>El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 – 2021, pretende sentar las bases para mejorar las condiciones de vida de la población y los indicadores de salud en el marco de los determinantes sociales, incluyendo políticas internacionales, compromisos y convenios suscritos por el país, tanto con los países fronterizos, como en el ámbito internacional, entre los que tiene primordial relevancia el de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).</p> <p>Para el año 2011, estalla el escándalo de Saludcoop y se ordena su liquidación. Esta empresa era para aquel momento la EPS más grande y poderosa de Colombia. El rápido crecimiento de esta empresa llamó la atención de los organismos de control. En efecto, se halló que se utilizaban los recursos de destinación específica a la salud con otros fines, especialmente en inversiones para la formación de otras empresas de este grupo.</p> <p>Los escándalos empezaron a salir a la luz con casos como los de CaféSalud, Cruz Blanca, Coomeva, entre otras. La concentración de usuarios de Saludcoop y su desmantelamiento, dejó adicionalmente a más de 11 mil trabajadores desempleados, y redes enteras de IPS a la deriva, y agudizó aún más la desatención y las barreras de acceso a los servicios de salud, ya que no existía en el país otra EPS que pudiera suplir las demandas que atendía esta empresa.</p> <p>Ante toda esta crisis y una gran presión social por parte de trabajadores y trabajadoras de la salud, organizaciones sociales, gremiales, y sectores críticos de la Academia a causa de los retrasos en el cumplimiento de la Sentencia 7-760 de la Corte; en el año 2015 se promulga la Ley 1751 Estatutaria de Salud, que es el resultado de una mediación entre los agentes del sistema, la obstinación del gobierno en mantener el SGSSS y quienes exigían una reforma estructural al sistema de salud.</p>	<p>La Ley 1751 elimina los comités técnico-científicos quienes determinaban qué entraba y salía dentro del Plan de Atención, y que habían sido denunciados por haberse integrado bajo los intereses de las EPS, ordena la prestación completa e integral de los servicios fundamentales sin que exista alguna barrera financiera o administrativa, elimina barreras en la afiliación, establece un conjunto de sanciones por negación de servicios y sienta las bases para la política pública de atención en salud de la que derivaría la Política de Atención Integral en Salud (PAIS).</p> <p>Legislación vigente</p> <p><b>Ley 21 de 1991:</b> Por medio de la cual se aprueba el Convenio número 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, adoptado por la 76a. reunión de la Conferencia General de la O.I.T., Ginebra 1989.</p> <p><b>Ley 100 de 1993:</b> Por medio del cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se adoptan otras disposiciones.</p> <p><b>Ley 691 de 2001:</b> Mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia.</p> <p><b>Ley 1751 de 2015 Ley estatutaria en salud:</b> Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Esta ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regular y establecer sus mecanismos de protección; de igual forma, establece que el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.</p> <p>Decretos y Resoluciones:</p> <p><b>Resolución 5165 de 1994:</b> Por medio de la cual se expiden los criterios, parámetros y procedimientos metodológicos para la elaboración y seguimiento de los planes sectoriales y de descentralización de la salud en los Departamentos y Distritos.</p> <p><b>Decreto 1757 de 1994:</b> Por el cual se organiza y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 4 del Decreto - Ley 1298 de 1994.</p> <p><b>Resolución 2358 de 1998:</b> por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.</p> <p><b>Art. 77 del Decreto 1292 de 1994:</b> Acuerdo 117 de 1998 CNSSS Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.</p>
<p><b>Resolución 412 de 2000:</b> Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública</p> <p><b>Decreto 330 de 2001:</b> Por el cual se expiden normas para la constitución y funcionamiento de Entidades Promotoras de Salud, conformadas por cabildos y autoridades tradicionales indígenas.</p> <p><b>Decreto 1011 de 2006:</b> Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p><b>Resolución 425 de 2008:</b> Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales.</p> <p>urisprudencia: Corte Constitucional</p> <p><b>Sentencia T-025 de 2004:</b> Tutela los derechos de la población en condición de desplazamiento</p> <p>ONPES y Política Pública</p> <p><b>Acuerdo 326 de 2005:</b> Por medio del cual se adoptan algunos lineamientos para la organización y funcionamiento del Régimen Subsidiado de los pueblos indígenas</p> <p><b>Conpes 3550 de 2008:</b> Lineamientos para la formulación de la política integral de salud ambiental con énfasis en los componentes de calidad de aire, calidad de agua y seguridad química.</p> <p><b>Conpes 113 de 2008:</b> Política nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN).</p> <p><b>Plan Decenal de Salud 2012 – 2021 “La salud en Colombia la construyes tú”:</b> Fija los lineamientos de política pública, técnicos y administrativos para el impulso del sector Salud durante los 10 años siguientes a su expedición. Dentro de los principales objetivos del Plan Decenal de Salud 2012-2021 se encuentran:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alcanzar mayor equidad en salud.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Mejorar las condiciones de vida y salud de la población.</li> <li>3. Cero tolerancias con la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad evitables.</li> </ol> <p><b>Contexto de salud en la ruralidad colombiana</b></p> <p>Crisis de la ruralidad en Colombia</p> <p>El contexto rural colombiano está caracterizado por una marcada concentración de la propiedad de la tierra, contrastado con amplias situaciones de pobreza y acompañado de factores económicos y políticos que configuran una diversidad de contradicciones sociales. Esta concentración de la tierra ha ocasionado a su vez que las condiciones adecuadas de desarrollo social para el campo se vean obstaculizadas, además de ser una de las causas del difícil acceso a los recursos necesarios para la producción de alimentos, los fenómenos de desplazamiento forzado, los impactos ambientales producto de los conflictos por el uso del suelo, y la deficiente presencia institucional que garantice el desarrollo de programas dirigidos al alcance del bienestar de las comunidades en los territorios más apartados y de difícil acceso en el país, así como de la falta de oferta de servicios que garanticen las necesidades básicas.</p> <p>Adicional al problema de la concentración de la tierra, se encuentra la falta de soluciones reales al narcotráfico que han ocasionado una profundización del fenómeno de la violencia que aún no se resuelve, y que termina por aislar aún más a las comunidades rurales. La persistente idea de buscar solución a los cultivos de uso ilícito a través de mecanismos como la aspersión aérea, y la falta de garantías para una sustitución voluntaria acompañada del desarrollo de programas que garanticen condiciones de vida y sustento económico suficientes, suman elementos que repercuten sobre la salud de las comunidades en la ruralidad.</p> <p>Es así como las condiciones de salud prevalentes para la ruralidad colombiana, encuentran también una relación directa con algunos de los factores históricos que originan el conflicto armado, y que bien están reconocidos dentro del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera, por ello la necesidad de la integralidad del abordaje en salud en conjunto con otros temas que hacen parte de la Reforma Rural Integral, y la solución al problema de las drogas ilícitas, como una de las garantías para lograr una verdadera transformación del campo que dignifique la vida de las comunidades.</p> <p>Adicionalmente, los problemas ambientales derivados del modelo extractivo y del uso de monocultivos a gran escala, la deficiente infraestructura de vías y carreteras, la contaminación de fuentes hídricas, la corrupción en la inversión de obras públicas, y el recrudecimiento de la violencia y persecución contra líderes y lideresas sociales, son algunos de los factores que inciden sobre el estado de salud de las personas. Este tipo de problemáticas generan la afectación sobre la salud física y mental de las poblaciones rurales que requiere</p>

<p>de un enfoque y abordaje de la salud distintos, en donde se tenga en cuenta la generación de saberes propios y ancestrales de las comunidades que han buscado dar respuesta a sus necesidades en medio del abandono estatal, pero también para el rescate y conservación de prácticas culturales originadas en medio de sus contextos característicos.</p> <p>Como punto de partida, se hace entonces necesario comprender la caracterización actual de la población rural, teniendo en cuenta la multiculturalidad existente y las persistentes brechas entre el campo y la ciudad.</p> <p><b>Caracterización de la población rural: ruralidades y diversidades en Colombia</b></p> <p>No existe una ruralidad, existen ruralidades. La tendencia de asociar a la población rural con un patrón socio cultural determinado es un error. Hay tantas ruralidades como poblaciones, etnias, territorios y pueblos existen en Colombia. Se hará a continuación un intento de caracterización de algunas de estas ruralidades, sus problemas en cuanto a salud y el reconocimiento de sus propios desarrollos y maneras de enfrentar los problemas en este ámbito.</p> <p><b>La población rural y campesina en Colombia</b></p> <p>De acuerdo a la información contenida en el tercer Censo Nacional Agropecuario – CNA -, la población rural en Colombia está compuesta por alrededor de 5.1 millones de personas, 2 millones de personas menos que las registradas en el Censo General de 2005, lo cual significa que la migración rural-urbana ha sido considerablemente alta. Esto se debe, en parte, a condiciones de conflicto armado ocasionando desplazamientos o despojos forzados, factores económicos asociados a bajo índice de desarrollo local, falta de oportunidades y problemas asociados al desempleo y falta de garantía de servicios básicos que ha obligado que la población se traslade a las zonas urbanas, bien sea cabeceras municipales o grandes ciudades en busca de otras oportunidades (DANE, 2016).</p> <p>Para el año 2015, la población rural abarca cerca del 80% del territorio nacional rural, lo que evidencia la dispersión en su ubicación, y el 37.6% se encuentra en situación de pobreza multidimensional, evidenciada en las dificultades de acceso en materia de educación, salud, trabajo y condiciones de habitabilidad (servicios de agua potable y saneamiento básico) (DANE, 2016).</p> <p>El aseguramiento en salud, y las barreras de acceso en salud, si bien entre sí no muestran una brecha significativa, evidencian que en las zonas rurales se tiene mayores dificultades para acceder a este derecho que en la zona urbana, según el informe de la Misión para la Transformación del Campo Colombiano, el 8,5% de la población rural dispersa tiene barreras para acceder a la salud, mientras que en la cabecera municipal, es el 6,8% (DNP, 2014).</p>	<p>El tercer Censo Nacional Agropecuario mostró que el 98,5% de los productores rurales dispersos se encuentran afiliados al sistema general de seguridad social en salud, frente a un 4,2% que no está afiliado. En los departamentos muestra que la afiliación a seguridad social en salud es superior al 90%, a excepción de La Guajira donde la afiliación, aunque no es marcadamente inferior, con un 86,7%; sin embargo, el régimen que presenta la mayor proporción de afiliados en todos los departamentos es el subsidiado con un 82,2%, seguido por el régimen contributivo con un 12,8%. De la población étnica censada, el 93,6% cuenta con afiliación a régimen de salud, del cual el 93% de las comunidades indígenas están en régimen subsidiado; el 87,6% de las comunidades afrocolombianas a régimen subsidiado; y el 63,8% de las comunidades raizales están en régimen contributivo (DANE, 2016).</p> <p>Teniendo en cuenta la integralidad que debe tener la garantía del derecho a la salud, es preciso considerar los indicadores de satisfacción de los demás componentes, tales como alcantarillado, saneamiento básico, rezago escolar, acceso a servicios de cuidado de la primera infancia. La población rural en Colombia carece: 94% sin alcantarillado, 57,2% no acceden a acueducto, 22,4% está en condición de rezago escolar, el 10% no tiene afiliación a salud, y el 4,9% tiene barreras de acceso a servicios de primera infancia (DANE, 2016).</p> <p>Este informe muestra, que si bien las brechas no son significativas en afiliación al sistema de seguridad social entre la zona rural y urbana, si se evidencian brechas considerables en el acceso, uso y calidad de los servicios entre cabeceras municipales y población rural y rural dispersa. La Misión describe que las principales razones por las cuales la población rural tiene un acceso más limitado en su derecho a la salud, es por las distancias a los centros de salud, los altos costos asociados a esas distancias, y que la oferta no responde a la composición demográfica de los hogares rurales (DNP, 2014).</p> <p>A nivel territorial, según el informe presentado por el DANE como resultado del tercer censo nacional agropecuario, <i>“una persona se considera privada de esta condición si pertenece a un hogar que tiene al menos una persona mayor de 5 años que no se encuentra asegurada a la Salud”</i>. El mayor porcentaje de esta privación se presenta en La Guajira con 27,4%, seguido por Atlántico 18,0% y Vichada 17,4%. Los departamentos de Guainía, Vaupés y Huila presentan menor porcentaje de hogares con personas que no cuentan con servicios de salud, con 4,3 %, 4,9 % y 6,9 %, respectivamente. Sin embargo, los porcentajes presentados fuentes oficiales como el censo nacional agropecuario, o encuestas de calidad de vida, en materia de salud solo dan cuenta de población afiliada al sistema de seguridad social en salud, más no de la calidad, el acceso y oportunidad en la satisfacción de este derecho.</p> <p>Según el documento borrador del Plan Nacional de Salud Rural, presentado por el Ministerio de Salud y Protección Social, el país ha alcanzado la cobertura del 95%. Sin embargo, algunos municipios en el Chocó o La Guajira, apenas alcanzan aproximadamente el 46%. En algunos municipios PDET el aseguramiento se ubica en el 86%, y en Mapiripán y macarenaestán en 31% y 46% respectivamente.</p> <p>En cuanto a la mortalidad infantil, el análisis de situación de salud rural apunta que existe un</p>
<p>exceso de aproximadamente tres muertes por cada mil nacidos vivos en la zona rural con respecto a la zona urbana. Para el 2017 la mortalidad infantil en el ámbito rural alcanzaba el 10,2% mientras que en el rural era del 12,3%. Este indicador es importante porque también muestra la disponibilidad, oportunidad y calidad de los servicios materno infantiles.</p> <p>En el análisis de la mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) e Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 5 años, aunque la tasa ha descendido tanto en el ámbito rural como el urbano, se mantiene la brecha sostenida en el tiempo. En el 2017 la tasa de mortalidad infantil por EDA en menores de cinco años era de 2,2% en el ámbito urbano, mientras que en el rural era del 4,8%. En cuanto a IRA en lo urbano era del 13,2% mientras que en lo rural era del 15,8% para el mismo año.</p> <p>Con relación al bajo peso al nacer, el análisis informa que la proporción es mayor en la zona urbana que en la rural, sin embargo, se acentúan en el contexto urbano para la población en condición de desplazamiento forzado y demás población ubicada en zonas periféricas de mayor condición de vulnerabilidad socioeconómica. Esta es básicamente población rural habitando zonas periféricas de grandes ciudades.</p> <p>Acerca de la salud mental en la ruralidad, la Encuesta Nacional de Salud Mental (2015) afirma que la mayoría de las afecciones se deben a una experiencia traumática relacionada con el conflicto armado, especialmente en situaciones de desplazamiento e inseguridad. Sin embargo, las cifras también indican que la mayoría de los registros se hacen en la zona urbana, lo que significa que hay una gran dificultad de identificación y caracterización del estado de salud mental en la ruralidad. Es preciso que una política integral de salud para el campo colombiano incluya un programa robusto de salud mental.</p> <p>Una de las problemáticas más agudas que se presentan en los territorios rurales, como lo indica el análisis de situación de salud rural que presenta el Ministerio de Salud y Protección Social es el acceso a los servicios de salud. En referencia a lo anterior, el propio Ministerio reconoce la importancia de la atención extramural y la presencia de talento humano en salud recorriendo los territorios. Pese a esto, el mismo análisis indica que existe una brecha en la cobertura de indicadores tales como atención prenatal (urbano 89,3%, rural 80,8%); en cuanto a la vacunación, la brecha parece imperceptible, pero esto puede deberse a que el programa de vacunación es quizás uno de los pocos sistemáticos en la ruralidad.</p> <p>Sobre la brecha en la distribución de talento humano en salud entre el ámbito rural y urbano, para el 2016, la densidad de profesionales de salud en zonas urbanas era de 102 por cada 10.000 habitantes, mientras que, en las zonas rurales, era de 40.8 en área rural y 28.1 en área rural dispersa.</p> <p><b>Mujeres rurales y campesinas, y enfoque de género</b></p> <p>Para iniciar vale poner de presente que, al hablar de enfoque de género, este no se reduce a las mujeres sino que incluye identidades diversas sobre las cuales un sistema de salud debería</p>	<p>ser comprensivo e integral, y debería orientarse a la consecución del derecho a la diferencia, al libre desarrollo de la personalidad, a la autonomía de las personas sobre sus cuerpos, entre muchos otros aspectos. Tanto en las identidades de género como específicamente en el caso de las mujeres, es importante reconocer que no existe una única mujer rural sino mujeres rurales diversas. Como bien lo señala la Dirección de la Mujer Rural del Ministerio de Agricultura, el 20% de las mujeres rurales son indígenas (53.1%), afrodescendientes (46.4%), palenqueras (0.2%), raizales (0.1%) y del pueblo gitano (0.1 %).</p> <p>El proceso de paz con la entonces guerrilla FARC, es el primero en el mundo en incluir a las mujeres y al enfoque de género dentro de los puntos a negociar. Como lo consigna el documento del CEPDIPO en su libro <i>Estado General de la Implementación del Acuerdo de Paz en Colombia (2019)</i>, la inclusión de disposiciones con este enfoque son un avance histórico en la ampliación de la democracia colombiana que puso en la agenda pública las problemáticas y reivindicaciones de las mujeres y demás identidades de género.</p> <p>Es por eso que en el Acuerdo se afirma que:</p> <p>En la implementación de lo acordado en el punto ‘Hacia un nuevo Campo colombiano: Reforma Rural Integral’ se tendrán en cuenta los siguientes principios: (...) Igualdad y enfoque de género: reconocimiento de las mujeres como ciudadanas autónomas, sujetos de derechos que, independientemente de su estado civil, relación familiar o comunitaria, tienen acceso en condiciones de igualdad con respecto a los hombres a la propiedad de la tierra y proyectos productivos, opciones de financiamiento, infraestructura, servicios técnicos y formación, entre otros; atendiendo a las condiciones sociales e institucionales que han impedido a las mujeres acceder a activos productivos y bienes públicos y sociales (Acuerdo Final, p. 12).</p> <p>De igual forma,</p> <p>(...) se creará e implementará el Plan Nacional de Salud Rural. Para el desarrollo del plan se tendrán en cuenta los siguientes criterios: (...) la adopción de un enfoque diferencial y de género que tenga en cuenta los requerimientos en salud para las mujeres de acuerdo a su ciclo vital, incluyendo medidas en materia de salud sexual y reproductiva, atención psicosocial y medidas especiales para mujeres gestantes y los niños y niñas, en la prevención, promoción y atención en salud (Acuerdo Final, p. 26)</p> <p>En relación al enfoque de género para la implementación del AF, según el informe del CEPDIPO, se ha identificado una tendencia a ocultar la población LGTBI, cuya participación en escenarios de construcción de políticas públicas no es visible, a excepción de la Instancia Especial de Mujeres y en el sistema de Verdad, justicia, Reparación y garantías de no Repetición. Sumado a esto, hace falta una comprensión de lo que significa la transversalización del enfoque de género en la política pública y en la adecuación institucional.</p>

Adicionalmente, la falta de distinción sobre las particularidades y diferencias entre las mujeres rurales y todas las diversidades de género, ha producido que el sistema de salud las y los continúe considerando en abstracto, sin autonomía y asociando a las mujeres al papel que cumplen dentro del núcleo familiar. Los indicadores siguen construyéndose a partir de los núcleos familiares sin que exista una información desagregada y específica sobre la población rural femenina que como bien lo señala el Grupo de Monitoreo para la implementación de la CEDAW en Colombia (2019).

[Existe] La invisibilización constante de las diferencias importantes por sexo, prevalencia, riesgos y consecuencias de los problemas de salud. Aquí no se trata de equiparar las tasas de mortalidad o morbilidad para ambos sexos; el reto es garantizar que las diferencias entre mujeres y hombres, no sean un obstáculo para vivir dignamente y disfrutar de salud, y en la probabilidad de no padecer enfermedad, discapacidad ni muerte prematura por causas prevenibles asociadas a las diferencias biológicas. (Vallejo, 2020)

Esta visión familiarista impide determinar condiciones específicas de la salud y calidad de vida de las mujeres rurales y campesinas, tales como las diferencias de valoración entre trabajo remunerado y trabajo no remunerado. A las mujeres no se les considera igual de productivas que a los hombres. El hecho de que las mujeres no hagan trabajo remunerado repercute en bajos niveles educativos, sobrecarga en el trabajo, dificultades para ser poseedoras y titulares de las tierras, las violencias en lo público y lo privado, la falta de oportunidades laborales y económicas, prejuicios e imaginarios que limitan el desarrollo autónomo de la sexualidad y la maternidad, las consecuencias sobre sus cuerpos y mentes del conflicto armado, el aumento de la militarización, entre otros, como lo señala Juliet Lorena Vallejo Vega de la organización Casa de la Mujer.

Las mujeres rurales se enfrentan a mayores obstáculos que los hombres para acceder a los servicios de salud, por la misma condición de vulnerabilidad y discriminación que las cobija en toda la sociedad. El simple hecho de que el sistema de salud colombiano dependa de la capacidad adquisitiva de las personas, plantea de entrada la inequidad en el acceso por la desigualdad en el ingreso entre hombres y mujeres.

La necesidad de una política diferencial para las mujeres que cierre esa desigualdad histórica y que atienda de forma integral (salud física, mental y emocional) hace que se incluya un capítulo especial de esta naturaleza en el Plan Nacional de Salud Rural para el Buen Vivir.

A pesar de considerarse que el enfoque bajo el que se construyen los indicadores de salud parece limitado, es claro que algunos de ellos permiten analizar la situación de las mujeres en el campo, por tal razón, es importante mencionarlos a continuación:

Con respecto a las condiciones de vida, según la Encuesta Integrada de Hogares (2013), el 88,47 % de los hombres rurales están afiliados al sistema de seguridad social, en relación con las mujeres quienes presentan un porcentaje mayor de afiliación con un 92,57 %.

- haya sido objeto de una violación (87,7 % en zona urbana y 82,4 % en rural).
- El 86,1 % de las mujeres y el 79,4 % de los hombres saben que la IVE es legal cuando existe una malformación grave en el feto.
- El 77,2 % de las mujeres y el 81 % de los hombres de 13 a 49 años saben que la IVE es legal para salvar la vida de la mujer.
- El 40,5 % de las mujeres y el 42,2 % de los hombres saben que la IVE es legal cuando el embarazo pone en riesgo la salud mental de la mujer.

Para el indicador razón de mortalidad materna, el cual es un trazador para todo el sistema de salud, la mortalidad es mayor en la zona rural que en la urbana. En la zona urbana fallecen al año 45 maternas de cada 100.000 nacidos vivos, mientras que en la rural fallecen 60,9, manteniendo la brecha la tendencia histórica.

Con respecto a la disparidad en el embarazo en la infancia y adolescencia, lo primero que detecta es la ausencia de información por territorios. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS (2015) en los municipios PDET la tasa de fecundidad entre los 10 y 14 años es de 4,7 nacimientos por 1000 mujeres frente al 2,9 de todo el país para el año 2015).

En cuanto al acceso y uso de anticonceptivos, pese a que el conocimiento de los mismos es casi universal, se encuentra un menor uso de diversos métodos anticonceptivos por parte de las mujeres rurales (73,6%) con respecto a las mujeres urbanas(76,7%).

Con relación al examen de citología, la distribución es del 67,1% para las mujeres urbanas, versus 63,9% para las mujeres rurales. Adicionalmente, la ENDS reporta departamentos con un alto porcentaje de mujeres que nunca se han realizado la citología, como es el caso de Chocó, Amazonas, Guainía, Vichada, y Magdalena, departamentos que a su vez se componen de grupos étnicos, indígenas, y afrodescendientes.

El sistema de vigilancia en salud pública para el año 2017 reportó un total de 98.999 casos de violencias de género. El 73% de estos casos se reportan en cabeceras municipales, el 14,2% en población rural dispersa, y el 8,6% en centro poblado. El bajo registro de casos en zonas rurales se debe a las barreras de acceso a servicios de atención a las violencias por parte del sistema de salud en articulación con el sistema de justicia.

Embarazo adolescente, porcentaje de mujeres que usan algún método anticonceptivo, VIH, feminicidio, violencia intrafamiliar contra mujeres, porcentaje de mujeres dedicadas alabores del cuidado sin remuneración, mortalidad materna, malnutrición por déficit o por exceso (análisis de doble carga nutricional).

Aún más desconocida resulta la situación de las personas LGTBI en la ruralidad. Tener una identidad sexual diversa en el campo es mucho más complicado debido a que existe una mayor discriminación contra estas personas por el rasgo machista. Según afirma Wilson Castañeda, director del colectivo Caribe Afirmativo en un artículo para Semana Rural (2017) las acciones para reivindicar los derechos y proteger a la comunidad LGBTI se concentran

En relación al trabajo no remunerado, según los resultados de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT) “los hombres ocupan en promedio 3 horas 6 minutos” en el trabajo no remunerado, “mientras que las mujeres 8 horas 12 minutos, esto permite evidenciar que las mujeres ocupan 5 horas 6 minutos día promedio más que los hombres en este tipo de actividades”. En este mismo orden de ideas, la participación promedio en un día de trabajo no remunerado al interior de los hogares es de un 93% para las mujeres rurales mayores de 10 años, frente a la de los hombres que es de un 60,6%.

En temas de violencia ejercida contra las mujeres, según el primer informe sombra específico de mujeres Rurales y Campesinas en Colombia presentado a la CEDAW, al 5 de julio de 2018 se han identificado 123 asesinatos. De esos, 83,19 % corresponde a defensores de Derechos humanos y 14,6% del mismo eran mujeres, y su labor estaba relacionada con la denuncia de los conflictos por la tierra y los conflictos ambientales. Además, el 80,48 % de ellos y ellas hacían parte de organizaciones campesinas, y Juntas de Acción Comunal. (CEDAW; 2019)

Según la ENDS 2015, de las cifras para anticoncepción, El 80,9 % de las mujeres y el 82,7 % de los hombres entre 13 y 49 años usan algún método anticonceptivo. Adicionalmente, el 34,9% de las mujeres en el país se ha realizado la esterilización, de ellas el 36,2 % se ubican en la zona urbana y el 31,1% en la rural.

El 50,9 % de las mujeres entre 13 a 49 años se realizó la prueba de VIH/SIDA ; de ellas el 52,9 % en lo urbano y el 43,5 % en lo rural.

**Violencia de género**

- El 23,9 % de las mujeres de 13 a 49 años alguna vez o actualmente ha sido víctima de intimidación por parte de la pareja. Esta situación se presenta en porcentajes similares en la zona urbana (23,8 %) y la rural (24,0 %).
- El 31,9 % de las mujeres de 13 a 49 años alguna vez o actualmente ha sido víctima de violencia física por parte de la pareja (32,7 % en zona urbana y 29,2 % en rural).
- El 31,1 % de las mujeres y el 25,2 % de los hombres de 13 a 49 años alguna vez han sufrido de violencia económica y patrimonial por parte de la pareja.
- El 7,6 % de las mujeres de 13 a 49 años alguna vez o actualmente ha sufrido de violencia sexual por parte de la pareja.

**Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)**

- El 60,4 % de las mujeres de 13 a 49 años de zona urbana sabe que la IVE es legal en algunos casos, frente al 4 % en zona rural.
- El 86,9 % de mujeres de 13 a 49 años sabe que la IVE es legal cuando la mujer

en las ciudades. Esto ha llevado a la creencia de que la migración a grandes centros urbanos es la única alternativa para salir del closet de tal manera que existe un subregistro sobre las condiciones de vida de estas personas en la ruralidad.

En el ámbito de la salud, en el año 2020 la School of Lay Williams Institute de la Universidad de California publica su estudio *Estrés, salud y bienestar de las personas LGBT en Colombia*, como resultado de la más amplia encuesta nacional nunca antes realizada. Según la encuesta, el 72% reportaron, al menos, angustia psicológica moderada. Señalan que uno de cada cinco encuestados y encuestadas LGBT recibió “terapia de conversión” mientras que un 35% de personas transgénero recibió el mismo tratamiento.

La victimización y la discriminación se atribuye como una de las principales causas del deterioro de la salud de personas LGTB y trans. El 47% de las personas transgénero recibió alguna amenaza de violencia, mientras que el 36% de la misma población fue agredida físicamente y el 27% fue agredida sexualmente.



Resulta gravísimo que el 20% de las y los encuestados reportaron tratos abusivos verbales por parte de agentes del estado y, directamente abusos físicos por parte del 11%. En el 2017, Según el Sistema de Información sobre la Violencia contra las Personas LGBT en Colombia (2018) en 2017, se registraron 66 actos de violencia policial contra personas LGBT.

En cuanto al ámbito escolar, el 67% mostró sentirse inseguros e inseguras en sus escuelas, y el 43% recibió acoso físico y el 47% acoso sexual. El 37% reportan haber sido agredidas y agredidos por sus maestros a causa de su orientación sexual.

El estrés es una de las principales causas de enfermedad en esta comunidad: miedo a perder el trabajo, preocupación o miedo, cansancio o agotamiento, problemas de sueño e irritabilidad. Según un estudio realizado en el 2008 por la Alcaldía de Bogotá, el sistema de salud no estaba adecuado para responder a las necesidades en salud de las personas LGBT,

<p>y estas no acudían a los servicios por temor a la estigmatización. Se tenían que enfrentar a la ausencia de preparación del personal de salud que prestaba los servicios a esta población.</p> <p>Para el 2016 habían aproximadamente 150 mil casos reportados de VIH, con un aumento en hombres gay/bisexuales del 12 al 17% y en mujeres transgénero del 15 al 21% en un periodo de 4 años. El 14% carecía de un seguro de salud frente al total del 6%.</p> <p>No existen datos sobre suicidio en esta población, sin embargo se ubica que el 30% de las y los encuestados reportan tener ideas suicidas. En el 2018, de 2.458 casos en todo el país, el 0,5% eran personas LGTB pero se aducen causas variadas que podrían apuntar a una subestimación de la cifra.</p> <p style="text-align: center;"><b>Contexto del sistema de salud en Colombia</b></p> <p>Antecedente histórico reciente</p> <p>El Sistema Nacional de Salud, creado en el año 1975, funcionaba a través del subsidio a la oferta desde el Estado, dirigido preferentemente a la red de hospitales públicos, un seguro social y cajas de previsión que cubría una minoría de trabajadores y trabajadoras, y una oferta de salud privada para quienes tenían recursos para acceder a aquella.</p> <p>Desde finales de los años 80 e inicio de los 90 en Colombia, se inició un proceso de descentralización acompañado de una apertura económica y cierta apertura política gracias a los procesos de paz acontecidos en la época. La conjunción de tales procesos significó una mayor autonomía para los territorios que se juntó con la tendencia de reducción de los Estados propia de la época. Al tiempo, el proceso de elaboración de una nueva carta constitucional (1991) como momento culmen de cierre del bipartidismo en Colombia, causó, por un lado, tuviésemos una Constitución nominalmente garantista de derechos, pero que abrió la senda a las privatizaciones y entrega a terceros de funciones del Estado al mercado.</p> <p>Así, en el año 93, y posterior a la reforma y privatización del Sistema de Pensiones, se creó el Sistema Integral en Seguridad Social, con el que se termina de reformar todo el conjunto de la protección social: salud y riesgos profesionales.</p> <p>La reforma al sistema de salud en ese año, recogió las discusiones del Banco Mundial que posteriormente serían consignadas en el documento <i>Invertir en Salud</i>, entre cuyas recomendaciones está priorizar la eficiencia del gasto, focalizar la acción del Estado en los más pobres priorizando la asistencia y abrir la prestación de servicios de salud al sector privado.</p> <p>Se formuló así el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), sistema aparentemente de carácter público donde prevalece el aseguramiento con una creciente disminución del papel del Estado y una expansión de la delegación de funciones del mismo</p>	<p>a empresas privadas. En el caso de la salud hablamos de la delegación de la garantía del derecho, de la prestación y de la administración de recursos públicos de destinación específica.</p> <p>Este sistema fragmentado consta de varios regímenes (los principales han sido el subsidiado y el contributivo) con planes diferenciados, lo que ha causado un acceso desigual a tratamientos, medicamentos y servicios según la capacidad de pago, por tanto, no se puede decir que se trate de un sistema de equidad y acceso universal.</p> <p>El sistema se diseñó pensando en la atención individual de usuarios por demanda de servicios, sin demasiada diferenciación entre usuarios y mucho menos sin articulación con las realidades territoriales que comprende el país. Entonces, no se trata de uno comprensivo y adecuado a las múltiples realidades territoriales que abarca el país.</p> <p>La crisis del sistema de salud colombiano</p> <p>El primer grave problema del actual sistema de salud es la fragmentación producida por un concepto de política en salud como un conjunto acciones individuales y colectivas que no consiguen articularse en una política integral. Así las cosas, las acciones individuales son suministradas por el mercado en una lógica basada en la atención de la enfermedad y la demanda de los servicios, mientras que las acciones colectivas, al menos en teoría, van encaminadas a afectar los determinantes sociales de la enfermedad a través de la salud pública, la promoción y la prevención en salud. Un poco de sentido común debería permitir ver cómo sanar el entorno y proveer condiciones de vida produciría sociedades saludables, pero el sentido y el propósito común no es lo que caracteriza el sistema, sino la rentabilidad de la atención individual. Se trata de una visión restrictiva de la salud como ausencia de enfermedad que activa relaciones económicas muy poderosas contenidas en un complejo médico industrial y financiero.</p> <p>La prueba del tipo de elección política sobre el enfoque que orientaría nuestro sistema es que aquellas acciones individuales que acontecen cuando aparece la enfermedad y que significan una alta demanda de servicios, son las que se llevan la mayor proporción de los recursos en presupuesto nacional.</p> <p>El mercado establece una relación perversa con una serie de “clientes” a través de la dependencia con la enfermedad, en una mirada fragmentada de los seres humanos como cuerpos que operan mecánicamente y que van presentando fallos a lo largo de su vida.</p> <p>En el marco de facilitar este tipo de transacciones, el papel del Estado se reduce a funciones como la “modulación” o “rectoría”. La inspección, vigilancia y control ha sido deliberadamente insuficiente especialmente frente a las Empresas Promotoras de Salud (EPS) en donde el manejo de los dineros por parte de aquellas es hoy en día un cuello de botella en la fluidez de los recursos. Los costos de la intermediación financiera, la presión de las</p>
<p>farmacéuticas por mantener la libertad de precios, el desvío de los recursos de la salud para fortalecer inversiones de las empresas intermediadoras, fenómenos monopólicos de tamaño descomunal como lo fue Saludcoop, y la utilización del Fondo de Solidaridad y Garantías para cubrir los huecos del Estado, causaron y siguen causando que Colombia tenga uno de los gastos en salud más elevados e ineficientes en relación con el goce efectivo al derecho a la salud, en toda la región.</p> <p>Por otro lado, bajo el esquema del actual sistema, el Estado se descarga de la responsabilidad de garantizar la universalidad del sistema y se concentra en aportar subsidios a la demanda para la población más pobre, es decir, la focalización de la política a través del régimen subsidiado. Este reordenamiento del sistema se proyectó bajo el supuesto de que las y los afiliados al subsidiado irían disminuyendo en la medida en que habría un crecimiento económico sostenido y como “natural” consecuencia de esto, la generación de mayor empleo. Por supuesto, el país ha atravesado algunos picos de crecimiento económico que no han significado la activación de sectores productivos generadores de empleo en el país. Para intentar mantener la artificiosa relación entre crecimiento y empleo, los gobiernos y los distintos parlamentos han llevado a cabo un conjunto de medidas de flexibilización laboral que ha precarizado el trabajo en Colombia, y ha generado una cuantiosa fuga de recursos en exenciones, liberando cada vez más de su obligación frente a la seguridad social de las y los trabajadores a los empleadores, y todo este conjunto de políticas no se ha podido relacionar al día de hoy con la activación de la producción interna y la generación de mayor empleo. Las políticas tampoco han favorecido una adecuada distribución de la riqueza, siendo la informalidad y la flexibilización laboral la norma que, a su vez, ha impedido que más colombianos y colombianas pasen del régimen subsidiado al contributivo.</p> <p>Finalmente, el Estado se encargaría, de forma descentralizada, del componente de salud pública el cual es muy marginal frente al aseguramiento y nunca logró una adecuada articulación. Aunque varias de las acciones en salud pública son responsabilidad de las EAPB, estas no encuentran rentable su correcta implementación.</p> <p>El ánimo de lucro en el sistema ha incentivado de manera perversa, la corrupción. Para el año 2019, una dirección especial de la Fiscalía dedicada a investigar la corrupción en salud, estimó que casi un billón de pesos de estos recursos públicos se perdió, es decir, el 8% del presupuesto para ese sector en ese año.</p> <p>La Defensoría del Pueblo publicó en el 2019 el informe de tutelas por el derecho a la salud en la vigencia del 2018 reportando la dramática cifra de 607.308 acciones, es decir, una acción cada 52 segundos.</p> <p>De otro lado, solo en el caso de la actual coyuntura a causa de la emergencia sanitaria en el marco del COVID-19, la Superintendencia Nacional de Salud ha recibido más de 870 mil quejas sobre 15 EPS, donde lo que operan son procesos de sanción pecuniaria principalmente. Un sistema de salud que depende de una acción jurídica o de estar sancionando a sus agentes para que cumplan con sus funciones, debe al menos producir un claro manto de duda sobre</p>	<p>su capacidad para garantizar el derecho a la salud de las y los colombianos.</p> <p>La crisis de la red pública hospitalaria</p> <p>Un capítulo especial alrededor de la crisis del actual sistema de salud en Colombia, lo merece la situación de la actual red pública hospitalaria, en especial porque esta se constituye en muchos territorios, como la red de servicios al alcance de la población rural.</p> <p>Con el cambio de sistema se pasa del subsidio a la oferta al subsidio a la demanda, es decir, un subsidio que se otorga para que el usuario acceda al mercado con el proveedor de su elección. Según Luis Alberto Martínez, director ejecutivo de la Asociación de Empresas Sociales del Estado de Antioquia (AESA), es a partir de ese punto que vivimos un marchitamiento de la red pública hospitalaria y una proliferación de operadores privados compitiendo por clientes.</p> <p>A partir de la Ley 100 de 1993, la discrecionalidad en la contratación de servicios queda en manos de las EPS quienes dejan de lado la prioridad de hacerlo con la red pública hospitalaria. Además, dentro de la reforma al sistema los hospitales fueron obligados a asumir una reestructuración a manera de empresarización (Empresas Sociales del Estado E.S.E.) que los puso en una competencia desigual con Instituciones Prestadoras de Salud - IPS de carácter privado: los hospitales públicos se quedaron con la población empobrecida, de alto costo y en zonas donde no existe la misma demanda de servicios. La baja demanda de servicios en zonas dispersas, bajo el esquema de pago por facturación, hacía que los hospitales que atienden en las zonas rurales no tuviesen los mismos ingresos que las IPS que operan en una gran ciudad.</p> <p>Por otro lado, el papel de vigilancia del Estado puso sus ojos, principalmente, en la actuación de los hospitales públicos quienes ya vivían de antemano, situaciones complejas de corrupción y clientelismo. Las acciones para la eficiencia y control del gasto se concentraron en el saneamiento financiero de los hospitales públicos, por encima del control y vigilancia a las empresas de carácter privado que participaban del sistema.</p> <p>Como también lo afirma Luis Alberto Martínez, para intentar solventar los problemas de funcionamiento de los hospitales públicos, a través de la Ley 812 de 203 se les permite contratar los servicios a prestar con terceros a través de convenios con entidades públicas y privadas. La integralidad del hospital como unidad que alberga múltiples servicios se rompe entonces, lo que ha ido llevando a una “deshospitalización” de las Empresas Sociales del Estado.</p> <p>Los hospitales quedaron como un cascarón vacío útil para la contratación de servicios, al tiempo que todo lo anterior llevó a un gravísimo deterioro de las condiciones de las y los trabajadores y a un abandono paulatino de plantas físicas, tecnologías, laboratorios, entre otros aspectos.</p>

<p>Adicionalmente los hospitales tuvieron que padecer una especie de “trato diferencial” por parte de las EPS: estas preferían contratar en integración vertical con sus propias redes y, adicionalmente, retenían los pagos de las facturas de los servicios contratados con los hospitales públicos.</p> <p>El creciente déficit financiero en los hospitales públicos se tramitó a través de la liquidación. Ante esta grave crisis de los hospitales, la Corte Suprema en el año 2001, a través de la Sentencia 540, aclara que los hospitales públicos no pueden ser tratados como cualquier otra empresa del Estado, porque su finalidad es garantizar un derecho humano consagrado en la Constitución, por ende, su rentabilidad no es financiera sino social.</p> <p>Adicionalmente, la Corte Suprema, a través de la Sentencia 540 de 2001, aclara que, por la naturaleza y misionalidad de esta particular Empresa Social del Estado, no pueden tomarse medidas basadas en el déficit financiero, pues la rentabilidad de los hospitales es de orden social.</p> <p>En la actualidad, el 75% de los municipios con menos de 15 habitantes, la mayoría de ellos en zonas rurales y dispersas, dependen de un hospital público. Como también afirma Luis Alberto Martínez y otros expertos, mantener el esquema de competencia en las zonas donde los hospitales públicos son los prestadores monopólicos, es innecesario. Pero aún en aquellas donde hay más prestadores, el rescate de la red pública hospitalaria como parte fundamental de la garantía del derecho a la salud, es fundamental. El hospital sigue siendo el referente más a la mano de la atención, especialmente para las poblaciones más vulnerables que se encuentran, en buena medida, en la ruralidad colombiana.</p> <p>La política reciente en salud para la ruralidad en Colombia</p> <p>El Modelo de Acción Integral Territorial (MAIT) entra a operativizar la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), y deroga las resoluciones 429 de 2016 y 489 de 2019, con las cuales se establecía el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). Contempla 8 líneas de acción, dentro de las que se encuentran: aseguramiento, salud pública, prestación de servicios, talento humano en salud, financiamiento, enfoque diferencial, articulación intersectorial, y gobernanza. La finalidad de este último modelo es lograr mejores resultados en salud, y propone para tal fin el desarrollo de acciones articuladas entre los agentes del sistema de salud, las comunidades y los departamentos o distritos, acompañados por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Pese a que la política y los modelos de atención MIAS y MAIT plantean un enfoque territorial y el desarrollo de un “modelo especial” es necesario resaltar que no logran superar la visión asistencialista, conciben el territorio de manera reducida al espacio físico y la universalidad en salud es reducida cobertura.</p>	<p>De otro lado, una de las principales debilidades del modelo de atención consiste en que las funciones de fortalecimiento de oferta de servicios de salud, la identificación de riesgos, necesidades y potencialidades poblacionales; identificación de necesidades y expectativas de agentes y demás actores del sector salud; concertación de prioridades en salud pública (dentro de las que se incluye incentivar las prácticas de autocuidado y coordinación con otros sectores para intervenir en los determinantes sociales en salud); y la adaptación de rutas integrales de atención en salud (RIAS), quedaron a cargo de los entes territoriales sin que se establezca con claridad en qué consiste el apoyo del Ministerio de Salud y Protección Social para que dichas entidades tengan el soporte técnico y de recursos que requieren para asumir tales competencias, y de otro lado, no es claro el papel que tendría el Estado como rector del sistema de salud. El Estado sigue cumpliendo un papel de mediador entre agentes del sistema y usuarios.</p> <p>Para finalizar, a pesar de mencionarse la Atención Primaria en Salud como una de las estrategias a desarrollar para el PNSR, su enfoque no es el adecuado. En primer lugar, y como ya se ha mencionado, la Atención Primaria en Salud no se puede confundir con atención básica, se trata de una estrategia intersectorial, multicultural e interdisciplinaria que debe ordenar el sistema de salud más allá de la prestación de servicios. Es decir, debe ser una estrategia orientada a la calidad y bienestar de vida integral en los territorios.</p> <p>En segundo lugar, una adecuada APS rural debe contar con la participación social y políticas de las comunidades en los ejercicios de diagnóstico de necesidades y en la toma de decisiones adecuadas en salud a las particularidades de sus territorios.</p> <p>La APS debe garantizar el acceso pleno a todos los servicios de salud en todos los niveles de complejidad para todos y todas las habitantes de un territorio. El Estado debe asumir mayor responsabilidad para mejorar la oferta institucional en los territorios. Esto significa que hay que ampliar la red de servicios en salud, la disponibilidad de talento humano preparado para las condiciones de la ruralidad, el acceso a tecnologías, medicamentos y tratamientos, entre otros aspectos a fortalecer. No puede seguir el Estado evadiendo su responsabilidad frente al Sistema de Salud argumentando que gran parte de la solución a la crisis de la salud en la ruralidad se soluciona a través de la promoción de las prácticas de autocuidado como una forma de prevención.</p> <p>El MIAS acusaba adicionalmente varios problemas. El fracaso del esquema de asegurador único que en teoría ayudaría a la gobernabilidad del sistema articulando a entes territoriales y pueblos indígenas. Este modelo de aseguramiento persiste en el cálculo del riesgo financiero por encima de la protección en salud. Esto significaba que el asegurador privilegiaba el cálculo del riesgo de atender población dispersa sobre lo que no tenía mayores incentivos, lo que se agravaba con el desmantelamiento de las redes de servicios a cargo de los entes territoriales. Así las cosas, ni el asegurador único ni los entes territoriales hacían presencia suficiente en el territorio.</p> <p>En el caso del modelo piloto en Guainía, como bien lo evidencia la respuesta del Doctorado</p>
<p>Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, en Respuesta al Auto de Seguimiento a la Sentencia 7-760 de 2008 sobre “Convocatoria a sesión técnica en el marco del seguimiento a la orden vigésima novena” la evaluación sobre esta primera experiencia arrojó algunos problemas, mencionamos algunos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Imposibilidad de concentrar en un asegurador único a todos los afiliados, lo que hace imposible una territorialización completa.</li> <li>• Un modelo territorial que carece de una adecuada red de servicios próxima al usuario aumenta costos en términos de traslado de pacientes.</li> <li>• Nuevamente el modelo se centra en la atención de individuos, la consulta y las acciones preventivas individuales, lo que significa que el enfoque familiar y comunitario sigue siendo débil.</li> <li>• Las barreras geográficas siguen siendo un grave problema para el acceso a los servicios llegando a ser 16 horas de traslado para acceder a un centro de salud en el Departamento.</li> <li>• No basta con el reconocimiento de los determinantes sociales en salud si no se opera una verdadera estrategia de articulación a través de la gestión integral en salud.</li> <li>• Hay insuficiencia en el enfoque intercultural, especialmente cuando hay que establecer una relación entre médicos y parteras tradicionales, además de lograr la operativización de los mecanismos de participación. Por ejemplo, el Encuentro de Parteras y Médicos Tradicionales no se ha hecho con continuidad.</li> <li>• No ha existido una adecuada formación de personal sanitario para atender a este modelo y a las complejidades del territorio.</li> <li>• La existencia de un asegurador en el manejo de los recursos y la tendencia de estos a no girar los dineros que requieren los prestadores sigue debilitando la red, especialmente para los hospitales públicos.</li> <li>• No existe la rectoría ni independencia suficiente por parte de los entes territoriales para llevar el control necesario sobre el asegurador, ni para condicionar su desempeño a los principios de la atención primaria de salud, la interculturalidad, la participación o la intersectorialidad.</li> <li>• La lógica de operar por demanda de servicios hace que se restrinja la atención así como la inversión en ampliar y adecuar redes, sistemas de información, entre otros aspectos fundamentales. Esta misma lógica hace que sea costoso mantener servicios para una baja demanda, lo que lleva al asegurador a una estrategia de control de costos que desprestege a la población lo que se evidencia en: malas condiciones laborales de las y los trabajadores de la salud, falta de insumos, deficiencias en la capacidad resolutoria y evasión de remisiones necesarias a ciudades que tiene servicios de mayor complejidad.</li> </ul> <p>Otra de las dificultades que presentó el MIAS, fue la comprensión de lo que significa el territorio y el enfoque que se le dió al mismo, ya que lo planteaba como una gran extensión a la cual dividió en 3: una Colombia rural, una rural dispersa, y otra urbana; lo cual es erróneo para la territorialización y gestión de la salud pública, ya que se debe comprender desde los</p>	<p>microterritorios que tienen similitudes culturales y étnicas, así como en los medios de producción y el desarrollo social y económico; dichas subregiones pueden pasar incluso los límites de los departamentos, tal y como lo afirma Luis Alberto Martínez, coordinador de la Mesa Antioquia por la transformación del sistema de salud. Para esto, es necesario ampliar la visión de las comunidades en los territorios expresadas en sus planes de vida, a través de diálogos de saberes, reconocimiento de los sistemas propios de pueblos indígenas y afrodescendientes, así como la labor de la organización social en el territorio.</p> <p>El segundo modelo que aún se encuentra en piloto, MAIT, también presenta una serie de deficiencias, tal y como lo expresa el documento de “Comentarios al proyecto de resolución “Por medio de la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud –PAIS, se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial y se incorpora la misma en un solo documento” escrito por Mario Hernández, coordinador del Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La principal de ellas tiene que ver con el corto tiempo de implementación entre un modelo y otro, con esto se hace referencia al MIAS y MAIT, respectivamente. Lo cual deja un mensaje de inestabilidad que no permite que el sistema empiece a operar en los territorios, asumiendo sus responsabilidades a nivel territorial e institucional. Otra de las dificultades de este modelo, es que sigue basándose en incentivos para lograr el arraigo de los agentes del sistema en el territorio, con lo que se supedita la atención de la población al cálculo de rentabilidad que hacen estos agentes.</li> <li>• Insiste en que la articulación de los agentes del sistema proporcionará el carácter integral del modelo. Sin embargo, después de tres años de implementación del MIAS, esta estrategia no ha dado los resultados esperados, o al menos, al momento se desconoce si existe alguna evaluación al respecto. El modelo persiste en la separación de los regímenes lo que es causa de una gran inequidad, es decir, el derecho a la salud sigue dependiendo de la capacidad de pago del usuario. Esto es particularmente grave en áreas rurales donde la tasa de informalidad es altísima.</li> <li>• Continúa la separación entre la atención individual y la atención colectiva. El centramiento en la atención individual hace que desaparezca la perspectiva preventiva y de promoción de la salud, así como de la interdependencia de los derechos.</li> <li>• Continúan los mismos problemas de territorialización debido a la atención individual y a la competencia por número de afiliados y por control de la UPC. Varios aseguradores siguen operando en un mismo territorio, además, con el debilitamiento por la delegación de responsabilidades de los entes territoriales a estas aseguradoras, no hay control y rectoría sobre el sistema.</li> <li>• El modelo sigue diseñado con base en un usuario, con protocolos construidos en evidencia obtenida en contextos diferentes a aquellos que caracterizan los territorios. La perspectiva intercultural no puede ser, en este caso, un simple factor más dentro</li> </ul>

<p>del modelo, sino que debe ser un eje rector de la acción del Estado en el territorio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acciones que han sido delegadas a las EAPB tales como prevención y caracterización de acuerdo a contextos territoriales y geográficos, o afectar determinantes sociales de la salud, no presentan grandes incentivos financieros para dichas empresas porque no se encuentran dentro de la UPC. El interés es apropiarse de los recursos para acciones colectivas del PIC.</li> </ul> <p>Los sistemas de salud propios de los pueblos indígenas</p> <p>Según el DANE, la población indígena en Colombia es de aproximadamente 1,9 millones de personas, lo que representa un crecimiento del 36,8%. Se puede afirmar que, al día de hoy, representa el 4,4% del total de la población. Se trata de 115 pueblos nativos concentrados en Arauca, Chocó, Magdalena, Vichada, Vaupés, Guainía, Bogotá, Cundinamarca, Caldas, Santander, Tolima y Nariño.</p> <p>Los pueblos indígenas han tenido que lidiar históricamente con los enfoques y el centralismo de los sistemas de salud en Colombia y la resistencia por mantener sus sistemas e iniciativas propias en este ámbito. Con el fin de ilustrar cómo estos pueblos han venido produciendo sus propias reflexiones y acciones en salud desde su cosmovisión, se analizará el caso de una de las organizaciones de pueblos indígenas documentada por el investigador Jaime Urrego en su artículo: <i>Las luchas indígenas por el derecho fundamental a la salud propio e intercultural en Colombia</i> (2020), en los años 70 durante los congresos indígenas de donde surge el Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC).</p> <p>Desde sus inicios se estableció entre los pilares fundamentales, la salud entendida dentro del concepto de tierra, territorio, cultura y vida, donde la salud es la armonía que se mantiene y se restablece por la medicina tradicional. En 1977 el CRIC crea una red de Agentes Comunitarios Indígenas Bilingües que impulsan la organización en salud. Para el año 1981 crean el Programa de Salud donde hablan de su propio gobierno descentralizado en la materia, se proponen el fortalecimiento de la medicina tradicional, el acompañamiento a pacientes con personal bilingüe y la formación del personal propio a través de la ya mencionada figura de Agentes Comunitarios.</p> <p>Al tiempo, para 1981 el Estado implementa un subsector en el Sistema Nacional de Salud de asistencia pública para pobres, donde se incluye sin mayor discriminación o compresión alguna a los pueblos indígenas. La Resolución 10.013 del Ministerio de Salud, expedida en ese mismo año, se convierte en un hito porque reconoce la otredad. Se crea la figura de promotores que desplaza a los anteriores Agentes Comunitarios que es una figura más limitada que la anterior.</p> <p>En 1986, la ONIC crea su propio Programa de Salud proyectando a nivel nacional la tarea</p>	<p>que ya había cumplido el CRIC. El Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) que se incorpora a través de la Ley 21 de 1990, y establece la consulta previa, así como el reconocimiento de la autonomía de gobierno de los pueblos indígenas.</p> <p>Pero es en el año 1991 donde, como menciona Urrego, se da la visibilidad estructural del sujeto político indígena en el marco del proceso de la Asamblea Nacional Constituyente (ANC) y la promulgación de la Constitución de 1991. Durante el tránsito entre el Sistema Nacional de Salud al modelo propuesto por la Ley 100 del 93, se expide la Resolución 5.708 (1992) que reduce la medicina tradicional a otro tipo de terapéutica. Con la Resolución 1088 de 1993 se definen a las Asociaciones de Cabildos como entidades públicas que podrán manejar recursos.</p> <p>Ya en la Ley 100 de 1993, los pueblos indígenas siguen siendo considerados de población pobre y son incluidos arbitrariamente en los programas de subsidios parciales en el esquema occidental de atención en salud, con una penetración cada vez mayor de los intereses de agentes privados por captar afiliados. En 1995, tras las protestas convocadas por el CRIC, se exige la derogación de la Ley 100, lo que desencadenó algunas modulaciones en el sistema para los pueblos indígenas tales como la afiliación colectiva a cargo del cabildo, prohibición del mercado, creación de prestadores en salud indígenas, entre otros aspectos. Se crean una serie de Empresas Administradoras del Régimen Subsidiado de Salud Indígena (ARSI) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígenas (IPSI) en el territorio nacional. Esto significó una integración del mercado con instituciones que, si bien no eran igual a su expresión paralela al resto del sistema, seguía y sigue atado al núcleo duro de la Ley 100 cuyos efectos perversos ya han sido explicados anteriormente.</p> <p>Al día de hoy, cualquier iniciativa de salud en la ruralidad debe considerar esta trayectoria, así como respetar, dialogar y preservar los avances de los sistemas propios.</p> <p>La salud en los pueblos NARP (negros, afrodescendientes, raizales y palenqueros)</p> <p>En el año 1981, Colombia ratifica la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial mediante la Ley 22 de ese año. Para la ONG DeJusticia en su libro <i>Raza y derechos humanos en Colombia, informe sobre discriminación y derechos de la población afrocolombiana</i> (2009), en Colombia y especialmente, en cabeza de sucesivos gobiernos, recae la responsabilidad por la negación del racismo y la invisibilización de los pueblos NARP lo que se expresó en deficiencias de la información tales como la participación de personal de origen NARP en la estructura del Estado, la presencia en centros educativos, el acceso a servicios públicos, la ausencia de políticas de atención diferencial, entre otros aspectos.</p> <p>Como aconteció con los pueblos indígenas, la Constitución del 91 abre la senda para el reconocimiento de los pueblos NARP dentro del ordenamiento colombiano. El Decreto 1332 de 1992 creó la Comisión Especial para las Comunidades Negras cuyo fin era el</p>
<p>reconocimiento de los derechos de estos pueblos. Así mismo, la Ley 70 de 1993, desarrolló el artículo transitorio de la Constitución y dictó disposiciones sobre el derecho a la propiedad colectiva. Es notable que dentro de la Ley 100 hay una mención a la participación de los pueblos indígenas, pero no sucede igual con los pueblos NARP. El Decreto 2314, crea una interesante figura para que la elaboración de planes diferenciales del desarrollo para dichas comunidades.</p> <p>Es prácticamente hasta el 2001, a través de la Ley 691 de 2001 que se reglamenta la participación de los grupos étnicos en el SGSSS. Las referencias normativas a la comprensión de los sistemas propios en salud de los pueblos NARP y la manera como serán tenidos en cuenta en el diseño e implementación de las políticas en la materia, son prácticamente inexistentes.</p> <p>El que el Estado colombiano haya invisibilizado la existencia de saberes en salud de los pueblos NARP, no significa en lo absoluto que aquellos no existan y que hayan operado de manera efectiva en los territorios. Lo primero que resulta necesario resaltar es que mantienen una lucha histórica por preservar sus costumbres frente al cuidado de la salud, el uso de plantas medicinales, así como del saber de las parteras, sanadores tradicionales, sobanderos, curanderos o remedieros. La comprensión de la salud para una buena parte de estos pueblos significa recuperación del equilibrio y la armonía más que curación de síntomas o enfermedad, según como lo relata Yohaysa Perea Rentería en su artículo <i>En Colombia, comunidades negras conservan su ancestralidad y cultura (II)</i> publicado en el año 2019.</p> <p>Tanto la comprensión de los pueblos NARP como la de los pueblos indígenas, se constituye en una fuente importante para poner en cuestión el modelo morbicéntrico y curativo, ineficiente y poco saludable del actual sistema, ya que la comprensión de salud como integralidad y como conjunto de relaciones con el territorio, el ambiente, las tradiciones, lo colectivo, la cosmovisión, entre otros aspectos, se convierte en un aporte indispensable para pensar en que se necesita un sistema de salud realmente integral, abarcativo y que supere el concepto de salud como ausencia de enfermedad.</p> <p>Según el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 del DANE, se estima que en Colombia hay 2.982.224 millones de personas autorreconocidas como NARP. Entre 2005 y 2018 hay una reducción del 30,8% de personas autorreconocidas. La mayoría de la población</p> <p>se concentra en un 66,1% en los rangos de 15-64 años y la distribución de la jefatura de hogar corresponde al 59,3% en cabeza de los hombres y el 40,7% en cabeza de las mujeres.</p> <p>La reducción de población autorreconocida supera los niveles de mortalidad o emigración vigentes lo que supone un deterioro alarmante de la identidad, así como la falta de esfuerzos ingentes de sensibilización y capacitación para el autorreconocimiento. Así las cosas, es importante que un Plan Nacional de Salud Rural aporte a mantener y reconocer las tradiciones</p>	<p>en salud y cuidado de los pueblos NARP, y sus sistemas propios puedan entrar en diálogo con los demás sistemas establecidos en la materia.</p> <p>Aunque la mayoría de la población NARP se concentra en las cabeceras municipales (66,7%), aún persisten una buena proporción que habita los centros poblados y rurales dispersos (33,3%). La distribución entre hombres y mujeres es de 48,8% vs 51,2% respectivamente. La mayoría de los pueblos NARP habitan en el Valle del Cauca, Chocó, Bolívar, Antioquia, Cauca y Nariño.</p> <p>Quizás los indicadores más dramáticos para los pueblos NARP son los de la pobreza. Mientras que el índice de pobreza multidimensional para el conjunto de la nación se encuentra en el 19,6%, estos pueblos alcanzan el 30,6%, distribuidos un 24,4% en cabeceras y 50% en centros poblados y rural disperso. El trabajo informal alcanza el escandaloso porcentaje del 81% siendo realmente dramático en la ruralidad con un 92,4%. Unos indicadores muy dicientes de las condiciones de salud en estos pueblos es el de la inadecuada eliminación de excretas que alcanza en la ruralidad un 40,1%, sin acceso a fuente de agua mejorada que está en un 51,2%, un hacinamiento crítico del 10,2%, sin aseguramiento en salud del 14,1%, barreras de acceso a salud por encima del 11,2%, entre muchos otros. El departamento con mayor IPM de pueblos NARP es nariño con un 56,9%, seguido de Chocó con un 40,5% y Magdalena con un 36,8%.</p> <p><b>El Plan Nacional de Salud Rural para el Buen Vivir</b></p> <p>La salud rural: el aprendizaje en las FARC</p> <p>La salud en la ruralidad no es nueva para el partido COMUNES. Durante los años de lucha armada, como guerrilla se logró construir un sistema propio y autogestionado de salud en simbiosis con la naturaleza, con el territorio y con las comunidades.</p> <p>En el fragor de la guerra, el personal sanitario encargado de actividades de salud estaba constituido en su mayoría por personas arraigadas en el territorio que se nutrían tanto de los saberes tradicionales en medicina popular selvática y algún entrenamiento en medicina occidental. Las condiciones adversas en las que se desarrolló el sistema propio de salud de la</p>

<p>guerrilla permitió un aprendizaje muy práctico e incluso novedoso en el tratamiento de traumas propios del conflicto armado, acciones colectivas en salud comunitaria, en medicinatropical, entre otros muchos aspectos. Estos conocimientos no solo se aplicaban para atender a las y los combatientes, sino que se articulaban con las necesidades en salud de las y los pueblos circundantes en el territorio, lo que era muy importante en medio de un contexto de más de 50 años de abandono estatal y donde la presencia de brigadas de salud por parte del Estado, eran utilizadas como estrategias de guerra violando el derecho internacional humanitario de la garantía y neutralidad de la misión médica.</p> <p>Como uno de los elementos a resaltar del sistema de salud propio de las FARC, fue la formación de médicos y enfermeras del colectivo que se caracterizaban por saber utilizar todos los recursos de su entorno para hacer procedimientos que salvaban la vida de sus compañeros y compañeras, pero que también les permitía atender dolores menores. Estos médicos y enfermeros (as) empíricos, junto con sus respectivas comandancias, diseñaron la estrategia de hospitales móviles, que se trataba de una experiencia de atención que cubría el territorio y recogía de los saberes propios de las comunidades, lo cual permitió desarrollar conocimientos en áreas desde los primeros auxilios, estabilización de heridas graves hasta su traslado a un centro médico, odontología, laboratorio clínico, vacunación, uso de plantas medicinales, prácticas para el fomento de la soberanía alimentaria, cuidado y conservación del medio ambiente, saneamiento, desparasitación, acondicionamiento físico y deporte, entre otros.</p> <p>Todo este personal formado en temas de salud, está dispuesto y esperando que el Estado colombiano cumpla con lo pactado tras la firma del Acuerdo Final y así poner toda su experiencia al servicio de las necesidades de la población rural. Como afirma Timoleón Jiménez, “Somos una fuerza revolucionaria, pero también una fuerza trabajadora que busca aportar al desarrollo y bienestar del pueblo colombiano”.</p> <p><b>El Plan Nacional de Salud Rural en el Acuerdo de Paz</b></p> <p><i>El Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera</i>, en el punto número 1 “Hacia un nuevo campo Colombiano: Reforma Rural Integral”, busca crear las condiciones de bienestar necesarias para la población rural colombiana, sentando las bases para una transformación estructural del campo.</p> <p>A través de Reforma Rural Integral (de ahora en adelante RRI), se busca generar los factores económicos, políticos, sociales, y materiales, que permitan la realización y la garantía de los derechos sociales que se han negado históricamente a las poblaciones rurales del país, siendo una de las causas de inequidad y abandono que llevaron al origen del conflicto social armado colombiano.</p>	<p>El Plan Nacional de Salud Rural (PNSR) hace parte de los 16 planes nacionales sectoriales dirigidos a garantizar el mínimo de derechos necesarios para la superación de las condiciones de pobreza a las que se ven arrojadas las comunidades rurales del país. Reconociendo que la falta de acceso y atención a salud de forma oportuna son una de las dificultades que más aquejan las comunidades rurales, en donde la falta de un diagnóstico oportuno, la falta de asistencia y atención en salud de forma interdisciplinaria, y las dificultades para acceder a consulta médica, tratamiento, y suministro de medicamentos, afectan el bienestar de las mismas, y son el resultado de un sistema de salud que no fue pensado en principio para dar respuesta a las necesidades y el contexto propio de la ruralidad colombiana. Esto se evidencia en la expresión de indicadores en materia de salud que se mencionan más adelante y dan cuenta de la amplia brecha entre el campo y la ciudad, así como su estrecha relación con las condiciones de pobreza presente en los territorios.</p> <p>Es así como en el acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera se reconoce dentro del planteamiento de los planes nacionales para la Reforma Rural Integral, la necesidad de un PNSR con el fin que niños, niñas, mujeres y hombres tengan acceso adecuado a bienes y servicios públicos, contribuyendo así al desarrollo social, y para el que se tendrán en cuenta los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Construcción y mejoramiento de infraestructura, a partir de un diagnóstico participativo que permita realizar mejoras en la atención a usuarios y usuarias, dentro de las que se incluyen mejoras y disponibilidad de tecnología adecuada, así como la disponibilidad y permanencia de personal calificado en los territorios.</li> <li>• Adopción de un enfoque diferencial y de género, teniendo en cuenta las necesidades de salud para las mujeres de acuerdo con su ciclo vital, salud sexual y reproductiva, atención psicosocial, atención a gestantes y primera infancia, desde el enfoque de promoción y prevención.</li> <li>• Adopción de un modelo de salud pública especial para zonas rurales dispersas, con un enfoque preventivo.</li> <li>• Adopción de un sistema de seguimiento y evaluación que garantice la calidad y oportunidad en la atención en salud.</li> </ul> <p>Como la gran mayoría de los planes nacionales establecidos para el logro de la RRI, el PNSR no presenta grandes avances en cuanto a su desarrollo y aplicación en los territorios. A la fecha, de los 16 planes nacionales de la RRI, 3 han sido formulados, “la concreción de nueve (9) de los 16 PATR (Planes de Acción para la Transformación Regional), los cuales, sin</p>
<p>embargo, han sido cuestionados por las dificultades para la participación y su incapacidad para lograr estrategias de intervención coordinadas entre el gobierno central y los entes territoriales como se pretendía; asimismo, la adopción del Compes 3926 sobre adecuación de tierras, el cual no contó con una participación social”.</p> <p>Para el presente año, el Gobierno Nacional en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social entregó lo que sería el documento oficial del Plan Nacional de Salud Rural, en el que se identifican como problemáticas a solucionar, las brechas en aseguramiento y las brechas en los resultados en salud, dentro de los que se encuentran: mortalidad materna, tasa de mortalidad infantil, mortalidad por EDA e IRA, bajo peso al nacer, embarazo adolescente, violencias de género, e impacto del conflicto en la salud mental. De igual forma, tiene en cuenta indicadores como vacunación, disponibilidad de profesionales, control prenatal, parto institucional, entre otros, para referirse a las brechas de acceso a servicios de salud.</p> <p>Pese a que se reconoce la necesidad de cerrar las brechas existentes entre lo urbano y lo rural, así como la diversidad territorial existente, la cual requiere ser tenida en cuenta para permitir la superación de las brechas, es necesario fortalecer los estudios y escenarios de diagnóstico social requeridos para identificar las necesidades que presentan las poblaciones y que permitan plantear soluciones de cara a los contextos socioeconómicos existentes.</p> <p>Las propuestas planteadas tienen en cuenta los 4 pilares establecidos en el acuerdo final, dentro de las que se encuentran: un modelo especial de salud, adecuación y mantenimiento de la red de servicios de salud, articulación con otras obligaciones sectoriales, y por último, seguimiento y evaluación.</p> <p><b>Por qué un Plan Nacional de Salud Rural para el Buen Vivir</b></p> <p>Después de haber presentado las precarias condiciones de salud en la ruralidad, la ineficiencia del actual sistema de salud para garantizar la protección de las y los habitantes del campo colombiano y analizando los vacíos que dejan las políticas en la materia, es importante proponer un Plan que permita cerrar esas brechas urbano-rurales en términos de salud, así como mejorar el bienestar y buen vivir de los pueblos en relación con el ambiente.</p> <p>La formulación de la presente Ley busca sentar una base inicial para la construcción de una reforma al sistema de salud que obedezca a las particularidades territoriales y garantice el derecho a la salud de las y los habitantes que moran en ellos.</p> <p>De manera rápida se presentarán las razones del diseño de esta iniciativa legislativa.</p>	<p><b>Propuesta de Plan Nacional de Salud Rural del Ministerio de Salud y Protección Social</b></p> <p>Aunque en el Acuerdo Final se plantea la necesidad de construir un Plan de Salud Rural que contribuya al cierre de las brechas urbano rurales y esté acorde con las particularidades de los territorios, los sucesivos gobiernos han insistido en mantener y ampliar el modelo vigente contenido en la PAIS.</p> <p>En el año 2019, El Ministerio de Salud y Protección Social ha adelantado la redacción de un Decreto que contiene el Plan Nacional de Salud Rural como parte del mandato del Acuerdo Final. Sobre el Decreto existe un borrador que a la fecha no ha sido oficializado. Respecto a este documento, cabe resaltar los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Según el Acuerdo de Paz, el enfoque del PNSR debía tener dos componentes: mayor oferta de servicios de atención médica y orientarse bajo un enfoque diferencial para la ruralidad y el género.</li> <li>• Aunque el acuerdo habla de una concepción amplia de salud, entendida como una vida digna y el Buen Vivir, el Ministerio permanece bajo la idea de reducir el PNSR a la atención en salud. Lo cual evidencia una vez más que la actual administración, se niega a cambiar el modelo imperante, pese a las evidentes deficiencias del mismo para operar en la ruralidad.</li> <li>• El Plan Nacional de Salud Rural concibe las desigualdades entre el campo y la ciudad como un problema de comparación de indicadores, y no como resultado de un proceso estructural e histórico del abandono del Estado en estos territorios. Además, tiene una comprensión muy limitada de las personas que viven en la ruralidad, pues precisamente las cataloga como vulnerables o pobres, sin tener en cuenta sus saberes, experiencias de vida, culturas, formas de organización propias, entre muchos otros aspectos.</li> <li>• No se piensa de manera integral el problema de salud en la ruralidad, sino que acude a una ampliación de lo que ya existe. Al tiempo que concibe la ruralidad como distribución de la población en el territorio, sin ninguna conexión con su entorno. Esta falencia permite explicar la dificultad en la prestación de servicios porque estos dependen de la demanda, y este criterio desfavorece a quienes viven de manera dispersa en el territorio.</li> <li>• Al mantener la intermediación de un asegurador, es este agente el que ordena las prioridades en salud en el territorio y no las comunidades: define qué servicios se prestan y cuáles no, administra según criterio de rentabilidad cuál infraestructura se mantiene y cuál se cierra; y define según el criterio de la demanda a quién se atiende y a quién no.</li> </ul>

**Presentación del contenido del Proyecto**

El Plan Nacional de Salud Rural para el Buen Vivir, concibe la salud de manera diferente a la propuesta de gobierno porque la entiende como una relación social, económica, ambiental y cultural que produce bienestar y calidad de vida. En esa medida el plan propuesto intenta ser más comprensivo y extenso que la propuesta inicial de gobierno, buscando identificar todos aquellos procesos de determinación social que definen el estado actual de salud en las comunidades y los territorios, y a su vez, planteando abordajes de salud para la ruralidad colombiana y sus particularidades.

El Seguro para el Buen Vivir Rural obedece a la necesidad de transformar la actual lógica del aseguramiento que privilegia la afiliación por sobre el acceso al sistema, la atención en salud de individuos bajo demanda de servicios administrada por agentes privados, por un seguro que garantice realmente el acceso efectivo al sistema de salud a cargo del Estado y de carácter público. Lo anterior requiere la reorganización en la distribución de los recursos con el fin de atender las necesidades desde el territorio y no desde la ciudad para el campo. La creación de una subcuenta única que reúne todos los recursos permite la autonomía de los territorios en asignar según las prioridades que se determinen de manera participativa.

A propósito de la autonomía, para evitar repetir los antecedentes de corrupción por parte de algunos entes territoriales en el manejo de los recursos, el Plan Nacional de Salud Rural para el Buen Vivir fortalece la vigilancia y control comunitario a través de la ampliación de la participación en los consejos territoriales y las veedurías comunitarias. El control de los territorios no es solamente sobre las competencias sino también sobre los recursos, lo que se hará a través de las Unidades Descentralizadas y Colegiadas de Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud. Estas unidades distribuirán los recursos según lo que establezcan los planes territoriales en salud. Es decir, la destinación de los recursos que se venía haciendo desde el nivel central se flexibiliza y se adecua a las prioridades en salud de los territorios.

De otro lado, se hace necesario pensar en la reorganización del territorio que obedezca a criterios diferentes a la forma actual. La razón por la que se hace urgente esta reorganización es porque una adecuada estrategia de salud y calidad de vida debe responder a las características compartidas dentro de un territorio, criterios de proximidad a las y los habitantes de las redes de servicios, arraigos y cultura, entre otros aspectos. Es la forma

orgánica de producir territorio y no la forma institucional la que debe prevalecer. Para esto se crean los territorios de salud rural.

Hay tres ejercicios de autonomía en estos territorios: el ejercicio de *autonomía política* a través de los Consejos Territoriales Intersectoriales de Salud (COTIS) los cuales se constituyen como principal instancia de toma de decisiones. Por esto en el Plan Nacional

se garantiza la ampliación de la participación de las comunidades en estos Consejos. El ejercicio de la *autonomía administrativa* que se realiza a través de las unidades colegiadas, y la *autonomía de los pueblos étnicos* que pueden organizar sus territorios de salud bajo sus propios criterios y condiciones.

Para dinamizar lo anterior, es necesario pensar un modelo en salud distinto al hegemónico en el actual sistema de salud colombiano, partiendo de entender que su origen y caracterización están pensados en función de atender las dinámicas rurales. Hay que plantear una estrategia que ordene la salud en la ruralidad a través de la Atención Primaria Integral en Salud Rural para el Buen Vivir.

La Atención Primaria en Salud es una estrategia que surge con fuerza en los años 70 del siglo pasado, como una forma de respuesta del Estado que busca dar soluciones integrales para la superación de la enfermedad más allá de la curación. Un sistema de salud basado en Atención Primaria Integral en Salud, es aquel que tiene mecanismos de seguimiento, acompañamiento en todo el ciclo vital de las personas, el acceso efectivo a los servicios de salud, a la participación social y política, al fortalecimiento de la salud pública y del enfoque preventivo y promocional.

Posteriormente la APS ha tenido desarrollos más amplios como la inclusión de los enfoques diferenciales, étnicos, ambientales, de saneamiento básico, alimentarios, culturales y que culmina ese primer ciclo con la APS renovada que propone la Organización Mundial de la Salud-OMS. Hoy en día la APS ha ido recogiendo cada vez más las experiencias diferentes de los territorios, de tal manera que se habla del Buen Vivir de los pueblos, donde la salud significa armonía y equilibrio en las relaciones entre las personas, las comunidades y el ambiente. La propuesta del Plan Nacional de Salud Rural recoge la tradición de la APS enriqueciéndola con el buen vivir de los pueblos de América Latina.

El componente de los equipos territoriales en salud recoge experiencias a nivel internacional como la cubana, la brasileña, la canadiense y la española, donde se han logrado grandes avances en materia de promoción y prevención. Esto ha permitido condiciones de bienestar a través de la atención domiciliaria oportuna e interdisciplinar de las problemáticas en salud y calidad de vida gracias a estrategias de acción conjunta del Estado y la comunidad. La acción de los equipos territoriales ayuda a descongestionar los servicios de salud, a cubrir mayores extensiones en el territorio, abaratan los gastos en salud al anticiparse a la enfermedad, estimulan la participación social y la promoción de liderazgos a través de agentes comunitarios en salud, dialoga con los saberes y medicinas tradicionales y construyen nuevas relaciones entre el Estado y la sociedad, entre otras muchas otras ventajas.

El punto de referencia espacial para estos equipos domiciliarios serán los Centros de Atención Primaria en Salud Rural, que son más integrales que los convencionales centros de salud y puestos de atención que operan hoy en el territorio. No son solo centros de

asistencia en salud, sino que son referentes para la participación social, para el desarrollo de programas de prevención y promoción, para la capacitación de agentes comunitarios en salud, para la obtención y centralización de información, para el soporte a las medicinas tradicionales y ancestrales, y por supuesto, para la atención básica en salud.

Acerca de los espacios modales interculturales, son puntos de referencia ubicados dentro de la comunidad que sirven de soporte a la estrategia de atención primaria integral en salud rural donde las personas pueden encontrar apoyo, acompañamiento, asistencia, cuidado, intercambio y relacionamiento, construcción de saberes, actividad física y propuestas culturales, alimentación, salud mental, protección de los derechos y resguardo de la vida.

El componente de formación de profesionales en salud es uno de los claves para el fortalecimiento de la participación social, en la comprensión de las realidades en salud en el territorio, en la búsqueda de soluciones para las mismas y el empoderamiento comunitario para la exigibilidad en el derecho a la salud. Los cambios propuestos en la formación obedecen a la necesidad de lograr el arraigo y una distribución más equitativa entre lo urbano y lo rural de este tipo de profesionales. Al tiempo que integra interdisciplinariamente otras profesiones que aportan a esa comprensión amplia de la salud en un diálogo de saberes.

Un aspecto preocupante son los vacíos en la información y la investigación sobre la salud en la ruralidad. Esto ha llevado a que las políticas de salud para el campo se tomen a partir de evidencias producidas en contextos ajenos a las realidades territoriales, lo que influye en la baja resolutivez de los problemas más prevalentes en salud y calidad de vida para la ruralidad. La creación de un Observatorio para la Salud Rural busca cubrir este déficit de conocimiento sobre los territorios, a la vez que involucra los saberes y la investigación, acción participativa de las comunidades para la transformación de sus realidades. Se distancia de la mirada clásica de un observatorio de salud que se concentra en los aspectos epidemiológicos y de medición de impactos y resultados, e incluye metodologías sociales y participativas de comprensión del territorio.

Finalmente, las brechas de inequidad existentes entre el campo y la ciudad, así como la indiscutible falta de atención y seguimiento en salud para la población rural, y la baja presencia institucional, dan cuenta de un sistema de salud que no fue pensado para la ruralidad colombiana. Urge entonces un Plan Nacional en Salud Rural que permita contribuir

al logro del bienestar que merecen las gentes del común, que esté basado en las necesidades reales y la diversidad de los territorios. La experiencia vivida a lo largo de estos años nos muestra que es necesario pasar de la atención de la enfermedad, a un enfoque de promoción y prevención real, de territorialización de la salud, y del reconocimiento y respeto a las prácticas y saberes en salud propias del territorio.

**Impacto Fiscal**

La ley 819 de 2003 "Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones" establece en su artículo 7 que el impacto fiscal del cualquier proyecto de ley que ordene gasto o que otorgue beneficios tributarios, deberá hacerse explícito y deberá ser compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, además se deberá incluir expresamente en la exposición de motivos de las iniciativas legislativas.

Aunque el presente proyecto de ley no ordena ningún gasto ni otorga beneficios tributarios dedicamos unas consideraciones respecto a la reorientación del manejo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

De acuerdo con la información de la ADRES, para el año 2020 en el régimen subsidiado se apropió un total de \$24,5 billones por concepto de UPC a nivel nacional, de los cuales el aporte del presupuesto General de la nación fue de \$13,6 billones, la cofinanciación municipal fue del orden de los \$9 billones y la departamental \$1 billón. Es decir, actualmente la financiación de la salud para las personas susceptibles de componer el Plan Nacional de Salud Rural corre en un 30% a manos de los municipios.

Vale la pena mencionar que de acuerdo al artículo 23 de la ley 1438 de 2011 se establecen los toques de gasto de administración e intermediación que cobran actualmente la EPS para la prestación de sus servicios, el cual es del 10% de la UPC, y en un párrafo aclara que para el régimen subsidiado será del 8%. Toda vez que el PNSR elimina la intermediación en los territorios se está ahorrando al sistema cerca de \$2 billones de pesos, el doble del aporte total de los departamentos para la financiación del sistema de salud (solo contando el 8% del régimen contributivo), que van a ayudar a fortalecer la red pública hospitalaria e ir saneándose el déficit histórico.

A pesar que la presente iniciativa está por fuera del mandato del artículo 7 de la ley 819 de 2003 ya que no se decretan gastos ni beneficios tributarios se adelanta la discusión en torno a la primacía de la garantía de la seguridad social como un derecho que va más allá de un servicio. Según la recomendación 202 de la OIT, en relación con la sostenibilidad financiera, fiscal, y económica, "(k) sostenibilidad financiera, fiscal y económica, teniendo debidamente en cuenta la justicia social y la equidad;" así mismo, en este instrumento determina que, "Los Miembros deberían considerar una serie de métodos para movilizar los recursos necesarios afín de asegurar la sostenibilidad financiera, fiscal y económica de los pisos de protección social nacionales, tomando en consideración la capacidad contributiva de los distintos grupos de población. Esos métodos, utilizados individualmente o en combinación, podrán consistir en hacer cumplir efectivamente las obligaciones tributarias y contributivas, redefinir las prioridades de gasto o crear una base de recaudación más amplia y suficientemente progresiva."

Por otra parte, el Informe VI de Seguridad social para la justicia social y una globalización Equitativa "Discusión recurrente sobre la protección social (seguridad social) en virtud de la Declaración de la OIT relativa a la justicia social para una globalización equitativa, 2011", señaló que, "La viabilidad y sostenibilidad de los sistemas de protección social se ha convertido en una gran preocupación para los países, independientemente de la fase de desarrollo económico en que se encuentren".

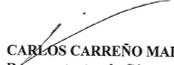
Así mismo, este instrumento determinó que "(...) todo debate razonable sobre el tema de la viabilidad financiera debería centrarse no sólo en los costos y las repercusiones fiscales a corto plazo de los sistemas de seguridad social, sino que debería abarcar también una comparación entre los costos a corto y a más largo plazo y sus efectos y beneficios. A medida que las economías se desarrollan y tienen que encontrar el mejor equilibrio posible entre la esfera de gasto público social y otras esferas de gasto público que compiten con ella sigue planteándose el reto de mantener y ampliar el espacio fiscal."

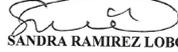
A su vez, el párrafo del artículo 334 de la Constitución Política, la regla fiscal no puede aplicarse de manera tal que se menoscaben los derechos fundamentales, se restrinja su alcance o se niegue su protección efectiva. Se trata de un imperativo que subordina toda decisión a la imposibilidad de afectar el goce efectivo de los citados derechos constitucionales. Por ello, en forma categórica, el inciso 4 del artículo 1 del Acto Legislativo No. 03 de 2011, dispone que: "En ningún caso se afectará el núcleo esencial de los derechos fundamentales".

De los Congresistas,

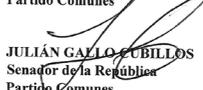
  
OMAR DE JESÚS RESTREPO  
Senador de la República  
Partido Comunes

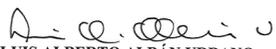
  
GERMÁN GÓMEZ  
Representante a la Cámara  
Partido Comunes

  
CARLOS CARREÑO MARÍN  
Representante a la Cámara  
Partido Comunes

  
SANDRA RAMÍREZ LOBO S  
Senadora de la República  
Partido Comunes

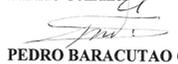
  
JAIRO REINALDO CALA SUÁREZ  
Representante a la Cámara  
Partido Comunes

  
JULIÁN GALLO CUBILLOS  
Senador de la República  
Partido Comunes

  
LUIS ALBERTO ALBÁN URBANO  
Representante a la Cámara  
Partido Comunes

  
IMELDA DAZA  
Senadora de la República  
Partido Comunes

  
PABLO CATATUMBO TORRES V.  
Senador de la República  
Partido Comunes

  
PEDRO BARACUTAO GARCÍA  
Representante a la Cámara  
Partido Comunes

SECCIÓN DE LEYES

SENADO DE LA REPÚBLICA – SECRETARÍA GENERAL – TRAMITACIÓN LEYES

Bogotá D.C., 25 de Julio de 2022

Señor Presidente:

Con el fin de repartir el Proyecto de Ley No.043/22 Senado "POR MEDIO DEL CUAL SE BRINDAN GARANTÍAS PARA ACCESO A SALUD PARA LA POBLACIÓN RURAL, Y SE CREA EL PLAN NACIONAL DE SALUD RURAL", me permito remitir a su despacho el expediente de la mencionada iniciativa, presentada el día de hoy ante la Secretaría General del Senado de la República por los Honorables Senadores JULIAN GALLO CUBILLOS, OMAR DE JESÚS RESTREPO, SANDRA RAMÍREZ LOBO, IMELDA DAZA, PABLO CATATUMBO TORRES; y los Honorables Representantes GERMAN GOMEZ, CARLOS CARREÑO MARIN, JAIRO REINALDO CALA SUAREZ, LUIS ALBERTO ALBAN URBANO, PEDRO BARACUTAO GARCIA, JUAN PABLO SALAZAR. La materia de que trata el mencionado Proyecto de Ley es competencia de la Comisión SÉPTIMA Constitucional Permanente del Senado de la República, de conformidad con las disposiciones Constitucionales y Legales.

GREGORIO ELJACH PACHECO  
Secretario General

PRESIDENCIA DEL H. SENADO DE LA REPÚBLICA – JULIO 22 DE 2022

De conformidad con el informe de Secretaria General, dese por repartido el precitado Proyecto de Ley a la Comisión SÉPTIMA Constitucional y envíese copia del mismo a la Imprenta Nacional para que sea publicado en la Gaceta del Congreso.

CÚMPLASE

EL PRESIDENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

ROY LEONARDO BARRERAS MONTEALEGRE

SECRETARIO GENERAL DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

GREGORIO ELJACH PACHECO

CONTENIDO

Gaceta número 884 - sábado 6 de agosto de 2022

SENADO DE LA REPÚBLICA

PROYECTOS DE LEY

Proyecto de ley número 41 de 2022 Senado, por medio de la cual se crea el banco nacional de voluntariado, se regula su funcionamiento y se establecen otras disposiciones..... 1

Proyecto de ley número 42 de 2022 Senado, por medio de la cual se garantiza el manejo de la higiene menstrual en el país y se provee de manera gratuita artículos de higiene menstrual a niñas, mujeres y personas menstruantes en condición de vulnerabilidad..... 8

Proyecto de ley número 43 de 2022 Senado, por medio del cual se brindan garantías para acceso a salud para la población rural, y se crea el plan nacional de salud rural..... 14