



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXIV - Nº 2372

Bogotá, D. C., miércoles, 17 de diciembre de 2025

EDICIÓN DE 46 PÁGINAS

DIRECTORES:

DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ

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

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PROYECTOS DE LEY

PROYECTO DE LEY NÚMERO 355 DE 2025 CÁMARA

por medio del cual se reglamenta parcialmente y se dignifica la práctica de año rural (Servicio Social Obligatorio - SSO) en Colombia para las profesiones de medicina, enfermería, bacteriología, odontología, fisioterapia, nutrición y dietética, fonoaudiología, optometría, terapia ocupacional, terapia respiratoria, química farmacéutica, instrumentación quirúrgica, y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C. Septiembre de 2025

Señor

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

Secretario General

Cámara de Representantes

Referencia: Presentación Proyecto de Ley número 355 de 2025 Cámara, por medio del cual se reglamenta parcialmente y se dignifica la práctica de año rural (Servicio Social Obligatorio - SSO) en Colombia para las profesiones de medicina, enfermería, bacteriología, odontología, fisioterapia, nutrición y dietética, fonoaudiología, optometría, terapia ocupacional, terapia respiratoria, química farmacéutica, instrumentación quirúrgica, y se dictan otras disposiciones.

Conforme con lo previsto en los artículos 139, 140 y ss de la Ley 5ª de 1992, presentamos a consideración del Congreso de la República el Proyecto de Ley, *por medio del cual se reglamenta parcialmente y se dignifica la práctica de año rural (Servicio Social Obligatorio - SSO) en Colombia para las profesiones de medicina, enfermería, bacteriología, odontología, fisioterapia, nutrición y dietética, fonoaudiología, optometría, terapia*

ocupacional, terapia respiratoria, química farmacéutica, instrumentación quirúrgica, y se dictan otras disposiciones”.

Por tal motivo, se anexa el original y dos copias.

Atentamente,

FABIAN DIAZ PLATA
Senador de la República

JENNIFER DALLEY PEDRAZA SANDOVAL
Representante a la Cámara por Bogotá

PROYECTO DE LEY NÚMERO 355 DE 2025 CÁMARA

por medio del cual se reglamenta parcialmente y se dignifica la práctica de año rural (Servicio Social Obligatorio - SSO) en Colombia para las profesiones de medicina, enfermería, bacteriología, odontología, fisioterapia, nutrición y dietética, fonoaudiología, optometría, terapia ocupacional, terapia respiratoria, química farmacéutica, instrumentación quirúrgica, y se dictan otras Disposiciones

El Congreso de Colombia,

DECRETA:

Artículo 1º. Objeto. La presente ley busca reglamentar el servicio social obligatorio para las profesiones de medicina, enfermería, bacteriología, odontología, fisioterapia, nutrición y dietética, fonoaudiología, optometría, terapia ocupacional, terapia respiratoria, y química farmacéutica, instrumentación quirúrgica y las demás carreras que determine el Ministerio de Salud y Protección Social; adicionalmente se establecen lineamientos para dignificar la labor de los profesionales que son seleccionados para realizar el Servicio Social Obligatorio.

Artículo 2°. *Ámbito de aplicación.* Las disposiciones previstas en esta ley serán aplicables a:

- 2.1 Los profesionales del área de la salud en las disciplinas que el Ministerio de Salud y Protección Social convoque.
- 2.2 Las instituciones públicas o privadas interesadas en constituir y proveer plazas del Servicio Social Obligatorio. Así mismo, aquellas instituciones que actualmente cuenten con una plaza de Servicio Social Obligatorio.
- 2.3 Las instituciones de educación superior que participen en el desarrollo del servicio social obligatorio a través de convenios.
- 2.4 Las secretarías departamentales y distritales de salud que hayan asumido las competencias en salud.

Artículo 3°. *De los principios generales.*

IGUALDAD: Los profesionales a los que cobija esta ley, serán tratados de igual manera que los profesionales vinculados en la planta de personal de las Instituciones Prestadoras de Salud y entidades en donde se desarrolle el Servicio Social Obligatorio.

TRANSPARENCIA: Se pondrá a disposición del público de manera oportuna, completa y permanente la información necesaria del procedimiento de asignación de las plazas, el desarrollo y certificación del Servicio Social Obligatorio.

DIGNIDAD: Los profesionales que presten sus servicios en el marco del Servicio Social Obligatorio, deberán ser tratados en el marco del respeto de sus derechos fundamentales en total plenitud.

PROGRESIVIDAD: Las disposiciones adicionales que desarrollen aspectos del Servicio Social Obligatorio, deberán establecer de forma progresiva avances en materia de derechos y garantías.

EFFECTIVIDAD: Las disposiciones adicionales que desarrollen aspectos del Servicio Social Obligatorio, deberán establecer criterios claros que dejen de lado todo tipo de ambigüedad, para dar paso a la eficacia frente a la ejecución de las mismas.

Artículo 4°. *Objetivos.* El Servicio Social Obligatorio está orientado a:

- 4.1 Mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud, especialmente en poblaciones deprimidas urbanas, rurales y de difícil acceso.
- 4.2 Estimular una adecuada distribución geográfica del talento humano en salud.
- 4.3 Garantizar condiciones laborales dignas a los profesionales que son seleccionados para realizarlo.
- 4.4 Facilitar la respuesta en situaciones de emergencia sanitaria o las que sean consideradas como excepcionales.
- 4.5 Fomentar el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria

4.6. Los demás que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 5°. *Definiciones.* Para efectos de la aplicación de la presente ley, se adoptan las siguientes definiciones:

5.1 Servicio Social Obligatorio. Consiste en el cumplimiento de un deber a través del desempeño de una profesión con carácter social, mediante el cual los egresados de los programas de educación superior del área de la salud contribuyen a la solución de los problemas de salud desde el campo de su competencia profesional, como uno de los requisitos para obtener autorización del ejercicio profesional, en los términos que defina la presente ley y su reglamentación.

5.2 Plazas de Servicio Social Obligatorio. Son cargos o puestos de trabajo creados por instituciones públicas o privadas, que permiten vinculación legal o reglamentaria, a término o período fijo, en labores misionales de salud o de investigación científica, de los profesionales egresados de los programas del área de la salud, cumpliendo con las condiciones de la presente ley para desarrollar el Servicio Social Obligatorio. Estas plazas deben ser previamente aprobadas de acuerdo a lo establecido en la presente ley.

5.3 Sorteo del Servicio Social Obligatorio. Es el procedimiento aleatorio mediante el cual se asigna una plaza de Servicio Social Obligatorio a los egresados de las carreras de la salud que están contempladas en esta ley.

5.4 Disponibilidad en el contexto de Servicio Social Obligatorio. Se entiende por disponibilidad para los profesionales de la salud que realizan el Servicio Social Obligatorio, el estado de alerta y disposición ordenado por la entidad, para prestar sus servicios en cualquier momento durante un período de tiempo determinado, aunque no estén desarrollando actividades propias de su empleo de manera presencial dentro de la infraestructura de la institución.

5.5 Situación excepcional en el contexto de Servicio Social Obligatorio. Se entiende como la declaratoria de emergencia sanitaria o calamidad pública, que decreta el Ministerio de Salud y Protección Social o el Gobierno nacional, donde se requiere de la máxima capacidad de Talento Humano en Salud para la atención de la población.

Artículo 6°. *Duración del servicio social obligatorio.* La duración del Servicio Social Obligatorio será de un (1) año por regla general. Cuando el Servicio Social Obligatorio sea prestado en programas de salud dirigidos a poblaciones vulnerables: Población reclusa, desplazados, indígenas, menores en abandono bajo la protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), instituciones de educación públicas, centros

de atención a personas mayores, entre otros, este tendrá una duración de nueve (9) meses.

Parágrafo 1º. La duración del Servicio Social Obligatorio en situación excepcional no podrá ser mayor a un (1) año.

Parágrafo 2º. La Institución que oferta una plaza de Servicio Social Obligatorio debe garantizar el disfrute de las licencias a los profesionales en Servicio Social Obligatorio que dentro de la legislación se encuentren vigente en materia laboral, entre ellas, la licencia de maternidad o paternidad. El tiempo de la licencia será contabilizado como parte del Servicio Social Obligatorio, sin que se extienda la duración del servicio. De este modo, los profesionales no estarán obligados a reintegrarse por el tiempo restante una vez concluida la licencia.

Artículo 7º. Causales de exoneración. Podrán ser exonerados de la prestación del Servicio Social Obligatorio, los siguientes profesionales:

- 7.1 Los nacionales o extranjeros que, habiéndose presentado al proceso de asignación, no les sea asignada plaza. Para el efecto este Ministerio remitirá a los colegios profesionales con funciones delegadas, la relación de los profesionales exonerados.
- 7.2 Los nacionales o extranjeros que hayan cumplido su Servicio Social Obligatorio en otra profesión del área de la salud en el país, caso en el cual este Ministerio verificará en el ReTHUS.
- 7.3 Los nacionales o extranjeros, con título de pregrado obtenido en Colombia o debidamente convalidado, que hayan cumplido el Servicio Social Obligatorio en el exterior por el término mínimo de un año y con posterioridad a la obtención del citado título. El profesional deberá presentar el documento expedido en el exterior traducido y apostillado o legalizado, según sea el caso, al Ministerio de Salud y Protección Social. La traducción debe ser realizada por un traductor certificado, en los términos previstos por el Ministerio de Relaciones Exteriores en la Resolución número 3269 de 2016 o la norma que la modifique o sustituya.
- 7.4 Quienes hayan cumplido el servicio militar obligatorio en el país en cualquiera de las modalidades establecidas para su prestación, para lo cual deberán presentar certificación expedida por autoridad competente en la que conste su cumplimiento al Ministerio de Salud y Protección Social.
- 7.5 Los nacionales y extranjeros que hayan obtenido su título de postgrado, esto es, especialización, maestría o doctorado en el exterior y su título se encuentre debidamente convalidado, para lo cual deberán presentar, al Ministerio de Salud y Protección Social, copia del acto administrativo que al respecto expida el Ministerio de Educación Nacional.
- 7.6 Los nacionales o extranjeros que acrediten la imposibilidad de su prestación, incluso durante el curso de este, por enfermedades de origen común o laboral, incluyendo enfermedades raras, catastróficas o de alto costo. La imposibilidad de prestación debe ser acreditada por el médico tratante, enfermedades de origen común o laboral, incluyendo enfermedades raras, catastróficas o de alto costo. La imposibilidad de prestación del servicio social obligatorio debe ser acreditada por el médico tratante.
- 7.7 Cuando el profesional tenga un diagnóstico, antiguo o nuevo, de alguna enfermedad de salud mental que imposibilite la prestación del Servicio Social Obligatorio. Este último deberá ser expedido por el psicólogo o psiquiatra.
- 7.8 Cuando personas del núcleo familiar del profesional dependan económicamente de éste o de sus labores de cuidado.
- 7.9 El incumplimiento frente a los salarios o prestaciones sociales pactadas como contraprestación por los servicios prestados.
- 7.10 Cuando el profesional en Servicio Social Obligatorio reciba una remuneración menor al profesional que cumpla sus mismas funciones en la institución que funge como plaza de Servicio Social Obligatorio.
- 7.11 Cuando el profesional en Servicio Social Obligatorio sea contratado mediante una modalidad contractual no permitida en la presente ley para la prestación del Servicio Social Obligatorio.
- 7.12 Cuando el profesional de la salud sea contratado por un periodo inferior al señalado en la presente ley según corresponda.
- 7.13 Cuando el profesional sea víctima de violencia física, psicológica o de género, en cualquier momento de la prestación del Servicio Social Obligatorio.
- 7.14 Cuando la prestación del Servicio Social Obligatorio sea imposible por razones no oponibles al profesional de la salud, para este evento el profesional debe aportar prueba de los mismos o situaciones de caso fortuito o fuerza mayor, conforme a las definiciones establecidas en la normativa vigente
- 7.15 Los demás que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 1º. Los profesionales a quienes les apliquen las condiciones previstas en los numerales 7.1, 7.2, 7.3 y 7.4 podrán prestar voluntariamente el Servicio Social Obligatorio. Para ello deben presentarse al proceso de asignación de plaza.

Parágrafo 2º. Para las causales 7.6, 7.7, 7.8, 7.9, 7.10, 7.11, 7.12, 7.13 y 7.14 deberán ser atendidas y decididas en el marco del artículo 24 de la presente ley.

Parágrafo 3º. Si el Ministerio de Salud y Protección Social establece otras causales de

exoneración que no se encuentren en la presente ley, este reglamentará el procedimiento para hacerlas efectivas en caso de ser necesario.

Artículo 8°. Vinculación de los profesionales en Servicio Social Obligatorio. Los profesionales en Servicio Social Obligatorio deberán ser vinculados por medio de contrato laboral o vinculación legal y reglamentaria. Los profesionales objeto del presente artículo deberán obtener remuneración no inferior a la de los trabajadores que desempeñan las mismas funciones en la institución donde estén realizando su Servicio Social Obligatorio, y garantizar su afiliación al sistema general de seguridad social y riesgos profesionales, primas y demás que contemple la ley laboral vigente.

Parágrafo. Los profesionales en Servicio Social Obligatorio no podrán ser vinculados bajo la modalidad contractual de Orden de Prestación de Servicios, la que haga sus veces o similares.

Artículo 9°. Jornada laboral. La vinculación laboral a la que se refiere el artículo 8° de la presente ley corresponde a la jornada laboral que establezca la ley laboral vigente. Deberá tenerse en cuenta que las jornadas que excedan el máximo legal deberán estar sustentadas en la necesidad del servicio y serán excepcionales.

Parágrafo 1°. El profesional en Servicio Social Obligatorio que exceda la jornada ordinaria, tendrá derecho al reconocimiento del pago de horas extra.

Cuando las horas extra laboradas por el profesional en Servicio Social Obligatorio superen la jornada ordinaria diaria, además de la remuneración de horas extra, tendrá derecho a un (1) día de descanso

Parágrafo 2°. Los profesionales a los que se refiere esta ley tendrán derecho a descansos, sin que se encuentren en condición de disponibilidad en el marco del ejercicio laboral subyacente al Servicio Social Obligatorio.

Parágrafo 3°. Las horas en las cuales los profesionales se encuentren en turno de disponibilidad, serán tenidas en cuenta dentro de la jornada ordinaria.

Parágrafo 4°. Las remisiones a las cuales deba asistir el profesional, serán tenidas en cuenta dentro de la jornada ordinaria. Adicionalmente, la plaza de Servicio Social Obligatorio debe garantizar al profesional el transporte para la misma y viáticos. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará en un plazo no mayor a seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente ley el mínimo de SMDLV correspondiente a los viáticos del profesional que acude a remisión.

Artículo 10. Modalidades del Servicio Social Obligatorio. El Servicio Social Obligatorio podrá ser prestado bajo las siguientes modalidades.

10.1 Prestación de servicios profesionales en:

10.1.1 Instituciones prestadoras de servicios de salud habilitadas.

10.1.2 Planes de salud pública de intervenciones colectivas o programas de promoción y mantenimiento de la salud con énfasis en zonas de difícil acceso o dispersas en IPS habilitadas

10.1.3 Programas de salud dirigidos a poblaciones vulnerables: Población reclusa, desplazados, indígenas, menores en abandono bajo la protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), instituciones de educación públicas, centros de atención a personas mayores, entre otros.

10.1.4 Fuerzas militares y Policía Nacional.

10.1.5 Instituciones públicas o privadas de salud que hayan firmado convenios con Instituciones de Educación Superior que cuentan con programas de formación en áreas de la salud, dentro de la autonomía universitaria, para constituir y proveer plazas del Servicio Social Obligatorio.

10.2 Prestación de servicios profesionales en programas de investigación en salud en instituciones del sector salud o de la industria farmacéutica, avalados por el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación.

Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las modalidades de prestación del Servicio Social Obligatorio contempladas en este artículo en un plazo no mayor a seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente ley.

Artículo 11. Creación y cierre de Plazas. Las secretarías de salud departamentales y distritales coordinarán la apertura, número y cierre de plazas, acorde con las profesiones y modalidades ajustadas al perfil epidemiológico de su población.

Parágrafo. Las secretarías de salud departamentales y distritales, anualmente, deberán tener en cuenta la situación en salud del territorio, las plazas habilitadas para Servicio Social Obligatorio y las necesidades de talento humano en salud para garantizar las apropiaciones presupuestales y evitar insuficiencia de plazas.

Artículo 12. Aprobación de plazas. Las instituciones interesadas en contar con plazas, remitirán a la secretaría departamental y distrital de salud la solicitud de aprobación. Se deberá especificar: Municipio o distrito, población a atender, profesión, cargo, funciones, remuneración y tiempo de servicio. Para aprobarse, las plazas deben cumplir con:

12.1 Acreditar que la plaza ofertada corresponde a una de las disciplinas del área de la salud habilitadas para realizar Servicio Social Obligatorio.

12.2 Acoger una de las modalidades del Servicio Social Obligatorio definidas en la presente ley.

12.3 Contar con los recursos que garanticen la remuneración económica del profesional en Servicio Social Obligatorio. Para ello

las instituciones públicas deberán presentar certificado de disponibilidad presupuestal o documento equivalente, en el caso de las instituciones privadas certificación expedida por el representante legal. En cualquier caso, la anterior documentación debe ser presentada para la totalidad de plazas que tenga asignadas una institución.

Parágrafo 1º. Las secretarías de salud departamentales y distritales deberán reportar a la Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social la información sobre el número total de plazas, discriminando las provistas y las disponibles para cada profesión y modalidad en la frecuencia que reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 2º. Las plazas de Servicio Social Obligatorio tendrán vigencia de seis (6) meses a partir de su aprobación de la plaza. Para su renovación, deberán dar cumplimiento a todos los numerales del presente artículo.

Parágrafo 3º. Solo se aprobarán plazas de investigación en instituciones que tengan grupos de investigación en el área de la salud reconocidos por el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación.

Artículo 13. Pérdida de aprobación de la plaza. Las Secretarías de salud departamentales y distritales retirarán, previa garantía del debido proceso, la aprobación por seis (6) meses y en caso de reincidencia, por un (1) año, en los siguientes casos:

- 13.1** Cuando durante más de dos procesos de asignación la plaza no haya sido ocupada.
- 13.2** Cuando la plaza no sea reportada a la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social.
- 13.3** Cuando se comprueben irregularidades en el desarrollo de Servicio Social Obligatorio
- 13.4** Cuando no cumplan el proceso de renovación de plaza contemplado en la presente ley
- 13.5** Cuando se acredite ante la secretaría de salud departamental o distrital, que la institución incurrió o se encuentra en mora por más de treinta (30) días, en el pago de salarios de los profesionales de la salud que realizan el Servicio Social Obligatorio o se constate incumplimiento en los aportes al Sistema General de Seguridad Social.
- 13.6** Cuando la plaza contrate a profesionales en Servicio Social Obligatorio mediante la modalidad de orden de prestación de servicios, que haga sus veces o similares.
- 13.7** Las demás que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 14. Procedimiento para la asignación de plazas. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá reglamentar el proceso de asignación

de plazas para el Servicio Social Obligatorio, el cual deberá surtir etapas de: convocatoria, reporte y publicación de plazas a asignar, requisitos e inscripción de profesionales aspirantes, validación y publicación de profesionales aspirantes, asignación de plazas y publicación de resultados.

Parágrafo 1º. La reglamentación deberá ser expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social en un plazo no mayor a seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente ley.

Parágrafo 2º. Se exceptúan de este procedimiento a las plazas de modalidad contempladas en el numeral 10.1.4, 10.1.5 y 10.2 del artículo 10 de la presente ley, ya que se someten al procedimiento que las entidades a su cargo determinen.

Artículo 15. Asignación directa de plazas. Una vez efectuado el procedimiento para la asignación de plazas, las instituciones prestadoras de servicios de salud podrán proveer directamente las plazas no asignadas con un profesional que no esté asignado en otra plaza en el país o que no se encuentre en la base de datos de inhabilitados. Igual procedimiento deberá ser realizado con las plazas que resulten vacantes por renuncia o no aceptación del profesional asignado. El Ministerio reglamentará en un plazo no mayor a seis (6) meses el mecanismo para reporte y publicación de estas instituciones a las secretarías departamentales de salud y posteriormente al Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 16. Servicio Social Obligatorio en situación excepcional. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá reglamentar la creación de plazas, autorización de asignación directa y distribución de plazas en el Servicio Social Obligatorio en caso de situación excepcional.

Parágrafo. La duración del Servicio Social Obligatorio en situación excepcional no podrá ser mayor a la contemplada en el artículo 6º de la presente ley.

Artículo 17. Inducción del Servicio Social Obligatorio. Las plazas que se encuentren vigentes en el marco del Servicio Social Obligatorio deberán garantizar el desarrollo de un proceso de inducción gratuito, participativo, obligatorio y documentado de acuerdo a la carrera y temática del profesional asignado, previo al inicio de sus actividades.

Los aspectos que debe tener esta inducción serán definidos y reglamentados por el Ministerio de Salud y Protección Social en un término no mayor a seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente ley.

Artículo 18. Licencia provisional. A partir del momento en que se formalice la vinculación a la plaza del Servicio Social Obligatorio, el profesional contará en forma automática con una licencia provisional para el ejercicio de su profesión únicamente en la plaza asignada.

Parágrafo 1º. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará lo concerniente a la licencia provisional de un plazo no mayor a seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente ley

Parágrafo 2º. La reglamentación que realice el Ministerio de Salud y Protección Social deberá contemplar, como mínimo, que el profesional con licencia provisional pueda hacer uso de la plataforma MIPRES, expedir incapacidades, certificados de nacido vivo, de defunción, prescripción de servicios y tecnologías en salud incluidos o no incluidos en el Plan de Beneficios, la realización de autopsias en lugares donde no haya dependencia del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Artículo 19. Autorización del ejercicio. Una vez cumplido el Servicio Social Obligatorio, la institución, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su finalización, deberá emitirle al profesional la certificación de cumplimiento de este y reportar a la secretaría departamental o distrital de salud. Posteriormente, la secretaría departamental o distrital de salud, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, reportará en el aplicativo de Servicio Social Obligatorio o donde lo disponga el Ministerio de Salud y Protección Social, la información de su terminación y emitirá la certificación del profesional.

Parágrafo 1º. En el momento en el cual, el profesional tenga la certificación de cumplimiento del Servicio Social Obligatorio deberá dirigirse a su colegio profesional correspondiente para que lo inscriba en el ReTHUS.

Artículo 20. Renuncia o no ocupación de plaza. El profesional que resulte seleccionado para ocupar una plaza de Servicio Social Obligatorio y sin justificación renuncie a la misma o no la ocupe, quedará inhabilitado por el término de seis (6) meses contados a partir de la fecha de asignación pública inicial de la plaza o asignación directa, para presentarse a una nueva convocatoria o postulación de nombramiento directo.

Artículo 21. Profesionales sin asignación de plaza. Los profesionales inscritos en el proceso de asignación, que no resulten con plaza asignada, se entenderán exonerados del Servicio Social Obligatorio. Quienes resulten exonerados, tramitarán la autorización del ejercicio profesional ante la entidad competente. Dicha autorización deberá solicitarse dentro del tiempo comprendido entre la fecha de resultados del proceso al cual se inscribió y hasta tres (3) meses posteriores a esta. El profesional que no adelante el trámite de autorización de ejercicio profesional dentro del tiempo establecido, deberá presentarse a la siguiente convocatoria pública de asignación de plazas.

Parágrafo 1º. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la exoneración de profesionales sin asignación de plaza posterior al sorteo del Servicio Social Obligatorio únicamente en los casos de situación excepcional.

Artículo 22. Comité Nacional de Servicio Social Obligatorio. El Comité Nacional de Servicio Social Obligatorio es una instancia de carácter consultivo y asesor del Ministro de Salud y Protección Social, conformado por los Directores de Promoción y Prevención, de Prestación de Servicios y Atención Primaria y de Desarrollo del Talento Humano en

Salud, quien lo presidirá, o los funcionarios que estos designen. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las funciones de este comité y su secretaría técnica en un plazo no mayor a seis (6) meses a partir de la promulgación de la ley

Parágrafo 1º. Dentro de las funciones que establecerá el Ministerio de Salud y Protección Social al Comité Nacional de Servicio Social Obligatorio deberá estar la atención y resolución de peticiones que hayan sido apeladas por el profesional ante la Secretaría Departamental o Distrital correspondiente.

Artículo 23. Comité Territorial de Servicio Social Obligatorio. Créanse los Comités Territoriales de Servicio Social Obligatorio como instancias de carácter consultivo y asesor del secretario de salud departamental o distrital, conformado por los funcionarios que, de acuerdo con la estructura organizacional, atiendan los asuntos relacionados con Promoción y Prevención, Prestación de Servicios y Atención Primaria y Desarrollo del Talento Humano en Salud de la jurisdicción. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las funciones de este comité en un plazo no mayor a seis (6) meses a partir de la promulgación de la ley

Parágrafo 1º. Dentro de las funciones que establecerá el Ministerio de Salud y Protección Social a cada Comité Territorial de Servicio Social Obligatorio deberá estar lo contenido en el artículo 25 de la presente ley

Artículo 24. Procedimiento ante los comités de servicio social obligatorio. Cuando se presente alguna de las situaciones constitutivas de exoneración, el profesional en Servicio Social Obligatorio, podrá solicitar inicio del trámite ante el Comité Territorial de Servicio Social Obligatorio, para lo cual el comité tendrá cinco días (5) hábiles subsiguientes al recibo de la solicitud para dar apertura al trámite.

Para las causales constitutivas de exoneración contempladas en los numerales 7.6, 7.7 y 7.8 del artículo 7º de la presente ley, el Comité Territorial de Servicio Social Obligatorio tendrá cinco (5) días hábiles, a partir de la fecha de notificación de apertura del trámite al profesional, para dar respuesta.

Para la causal 7.9 del artículo 7º de la presente ley, si el profesional acredita ante el Comité Territorial de Servicio Social Obligatorio un retraso mayor a treinta (30) días frente al pago de salarios o incumplimiento en las prestaciones sociales pactadas en el contrato, la plaza de Servicio Social Obligatorio contará con diez (10) días hábiles para efectuar los pagos correspondientes o para dar cumplimiento a las prestaciones sociales pactadas, vencido dicho término, el profesional que no reciba pago o no se le dé cumplimiento efectivo a las prestaciones sociales pactadas, debe informar dicha situación al Comité Territorial, quedará en libertad de renunciar a la plaza y se le concederá la respectiva exoneración.

Para las causales 7.10, 7.11, 7.12, 7.13 y 7.14 del artículo 7º de la presente ley, el profesional en Servicio Social Obligatorio, deberá solicitar inicio del trámite ante el Comité Territorial de Servicio Social Obligatorio, para lo cual el comité tendrá cinco

días (5) hábiles al recibo de la solicitud petición para dar apertura al trámite y notificar al profesional y a la plaza, quien tendrá un término de cinco días (5) hábiles para pronunciarse sobre los hechos que motivan la solicitud y, una vez allegada esta respuesta, el Comité Territorial de Servicio Social Obligatorio tendrá cinco días (5) hábiles para emitir respuesta de fondo acerca de la exoneración. El término para emitir respuesta de fondo sobre estas causales será prorrogable hasta por días (5) hábiles.

Parágrafo 1º. Contra la decisión del Comité Territorial de Servicio Social Obligatorio procede el recurso de reposición, frente a esta misma entidad, y apelación, el cual será remitido y fallado por el Comité Nacional de Servicio Social Obligatorio.

Parágrafo 2º. El Comité Nacional de Servicio Social Obligatorio tendrá diez (10) días hábiles para fallar las solicitudes de apelación, a partir de la fecha de recibo de notificación.

Artículo 25. Reporte de información. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá reglamentar en un término mayor a seis (6) meses a partir de la promulgación de la ley lo concerniente a información relacionada con sorteo de asignación de plazas, renunciias, no aceptación de plazas y exoneraciones concedidas en el marco del Servicio Social Obligatorio.

Parágrafo 1º. El reporte de la información deberá tener un enfoque cuantitativo y cualitativo.

Artículo 26. Inspección y vigilancia. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá reglamentar en un término mayor a seis (6) meses a partir de la promulgación de la ley lo concerniente a la inspección y vigilancia, la cual estará a cargo de las secretarías departamentales y distritales de salud.

Artículo 27. Transitorio. La reglamentación de la presente ley se deberá expedir en un término no mayor a seis (6) meses a la entrada en vigencia de la presente ley.

Artículo 28. Vigencia y derogatorias. La presente ley rige a partir de su sanción, promulgación y publicación en el *Diario Oficial*, deroga el artículo 33 de la Ley 1164 de 2007 y las demás disposiciones que sean contrarias.

Cordialmente,



EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

PROYECTO DE LEY NÚMERO 355 DE 2025
CÁMARA

por medio del cual se reglamenta parcialmente y se dignifica la práctica de año rural (Servicio Social Obligatorio - SSO) en Colombia para las profesiones de medicina, enfermería, bacteriología, odontología, fisioterapia, nutrición y dietética, fonoaudiología, optometría, terapia ocupacional, terapia respiratoria, química farmacéutica, instrumentación quirúrgica, y se dictan otras disposiciones.

La presente exposición de motivos está compuesta por 6 apartes principales:

Contenido

- I. ANTECEDENTES LEGISLATIVOS
- II. OBJETO DEL PROYECTO
- III. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO
- IV. CONSTITUCIONALIDAD Y LEGALIDAD
- V. IMPACTO FISCAL
- VI. CAUSALES DE IMPEDIMENTO

I. ANTECEDENTES LEGISLATIVOS

Proyecto de Ley número 237 del 2019 Senado, autoría de los Senadores: *Juan Luis Castro Córdoba, Angélica Lozano Correa, Luis Iván Marulanda Gómez, Iván Leonidas Name Vásquez Antonio Eresmid Sanguino Páez, y los honorables Representantes León Fredy Muñoz Lopera, César Augusto Ortiz Zorro, Juanita María Goebertus Estrada, Catalina Ortiz Lalinde,* a los cuales se les reconoce el desarrollo de importantes apartes de esta iniciativa que por su idoneidad y por la especificidad del tema se conservan de manera parcial o completa. La iniciativa fue previamente archivada por la causal referida en el artículo 190 Ley 5ª de 1992.

Proyecto de Ley número 27 de 2023 Senado, autoría del Senador *Fabián Díaz Plata* y la Senadora *Piedad Córdoba Ruiz* (q. e. p. d.) a la cual se le reconoce sus importantes aportes, investigación y elaboración de esta iniciativa legislativa y en lo concerniente al desarrollo y trámite realizado en informe de ponencia para primer debate del cual hasta el día de su fallecimiento fungió como coordinadora ponente. La iniciativa fue archivada por la causal referida en el artículo 190 Ley 5ª de 1992.

Proyecto de Ley número 302 de 2024 Senado, Autoría del Senador *Fabián Díaz Plata* y la Representante a la Cámara *Jennifer Dalley Pedraza Sandoval* y *Yenica Acosta Infante.* Con quienes se nutrió la iniciativa, dando un enfoque mucho más amplio y especializado de la iniciativa, aunque el suscrito Senador, también ponente rindió ponencia en términos, con ocasión a la agenda legislativa no fue posible dar primer debate. La iniciativa fue archivada por la causal referida en el artículo 190 Ley 5ª de 1992.

Se presenta la iniciativa debido a la necesidad de reglamentar parcialmente y dignificar el ejercicio de los profesionales en Servicio Social Obligatorio, los cuales en su actividad diaria se enfrentan a circunstancias que van en contravía de los derechos humanos y laborales tales como: a) violencia física, psicológica o de género, b) situaciones de inseguridad o amenazas contra su integridad, c) precarización (Jornadas laborales extensas, remuneración no efectiva, ni oportuna), d) discriminación al ser profesionales en Servicio Social Obligatorio, e) Asignación de funciones no relacionadas con el cargo, entre otras.

II. OBJETO DEL PROYECTO

El presente proyecto de ley busca reglamentar parcialmente y dignificar la situación laboral de los profesionales que actualmente realizan Servicio Social Obligatorio en nuestro país (bacteriólogos, enfermeros, médicos y odontólogos), así como las nuevas profesiones que deberán realizarlo según la Circular 022 de 2023 expedida por el Ministerio de Salud (fisioterapia, nutrición y dietética, fonoaudiología, optometría, terapia ocupacional, terapia respiratoria, química farmacéutica, instrumentación quirúrgica) ya que a la luz de la normatividad vigente no cuentan con garantías legales que les permitan un ejercicio justo del año rural.

III. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

El Servicio Social Obligatorio o “año rural” corresponde a un año en el cual los profesionales recién graduados de medicina, enfermería, bacteriología y odontología, que son seleccionados de forma aleatoria a través de un sorteo realizado por el Ministerio de Salud, deben prestar sus servicios en una Institución Prestadora de Salud (IPS) de algún municipio o ciudad que le sea asignada. Ahora bien, se debe tener en cuenta que el Servicio Social Obligatorio fue extendido a las profesiones de fisioterapia, nutrición y dietética, fonoaudiología, optometría, terapia ocupacional, terapia respiratoria y química farmacéutica, teniendo en cuenta lo estipulado en la Circular 22 de 2023 del Ministerio de Salud¹.

Realizando un recuento histórico, el Servicio Social Obligatorio (SSO) nació por primera vez en Colombia bajo el Decreto número 3842 de 1949, allí inicialmente se denominó como “Año Rural” o “Servicio de Salubridad Rural”, se contemplaba como un año de práctica dentro del pregrado de medicina y era obligatorio su curso para obtener el título de médico. Posteriormente, no hubo ningún tipo de normativa al respecto hasta el año de 1981 donde se expide la Ley 50 “*por la cual se crea el servicio social obligatorio en todo el territorio*

nacional”, donde se establece el nuevo nombre “*Servicio Social Obligatorio (SSO)*”, el profesional debe estar en el régimen laboral de contratación directa y el requisito de realizarlo después de obtener el título con el fin de refrendarlo. Por otra parte, al año siguiente se expide un decreto donde se contempla un Servicio Social Obligatorio de 6 meses de duración en las zonas afectadas por el conflicto armado.

Después de 26 años, el Servicio Social Obligatorio para el personal de la salud se vuelve a establecer en el artículo 33 de la ley 1167 de 2007, reglamentado bajo las Resoluciones números 1058 de 2010, 2358 de 2014 y 06357 de 2016. Sin embargo, debido a que la única reglamentación legislativa corresponde al artículo 33 de la Ley 1167 de 2007, un artículo con 5 párrafos, cada Gobierno ha hecho modificaciones que han llegado a estar en contra de los derechos laborales, ya que dentro de una de las resoluciones que reglamentó, se llegó a establecer que los profesionales en “año rural” pudiesen ser contratados por las IPS bajo Orden de Prestación de Servicios.

La última normativa vigente frente al Servicio Social Obligatorio es la Resolución número 774 de 2022 donde se contempla que los profesionales deben estar vinculados por contrato laboral, mecanismos para brindar garantías ante irregularidades, condiciones para excepción del “año rural”, entre otros aspectos. A pesar de lo anterior, la norma presenta problemas desde la estructura de su planteamiento, muestra de ello son las denuncias de los profesionales de la salud en SSO sobre contratación a través de OPS, remuneración inadecuada, no pago de salud y pensión, no atención a amenazas, agresiones físicas y psicológicas, ausencia de acciones efectivas para sancionar plazas de año rural² que no garanticen derechos laborales, carencia de mecanismos efectivos para verificar que las plazas de año rural cuenten con el dinero para pagarle a los profesionales en SSO y ausencia del Ministerio de Salud como ente rector del Servicio Social Obligatorio, teniendo en cuenta que constituye la máxima autoridad en temas de salud en el país.

La falta de garantías a los profesionales en Servicio Social Obligatorio (SSO) es tan acentuada que, cuando el profesional desea interponer una queja, solicitud de exoneración o cualquier otra petición, su primera y segunda instancia es ejercida por la misma Secretaría Departamental de Salud del municipio donde se encuentra realizando su año rural. Ningún colombiano puede tener como juez en dos instancias a una misma institución, sin embargo, esto no ocurre con los profesionales de año rural, por lo que, lamentablemente, en muchas ocasiones

¹ Circular 22 de 2023. Lineamientos para Implementar el Servicio Social para las Profesiones de Fisioterapia, Nutrición y Dietética, Fonoaudiología, Optometría, Terapia Ocupacional, Terapia Respiratoria y Química Farmacéutica. Ministerio de Salud. Extraído de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%20Externa%20No.%2022%20de%202023.pdf.

² ¿Qué es una plaza de año rural? Se conoce así al cargo o puesto de trabajo que es ofertado por una Institución Prestadora de Salud (pública o privada) o un grupo de investigación en ciencias de la salud, para los profesionales recién egresados que deben hacer Servicio Social Obligatorio.

sus peticiones son infravaloradas o no tienen una respuesta adecuada por parte del ente territorial.

Es imperativo abordar esta problemática laboral a la cual se enfrentan los profesionales de la salud en el ejercicio del Servicio Social Obligatorio, puesto que la precarización se ve reflejada en las plazas no ocupadas en zonas de difícil acceso y/o zonas en conflicto, donde son en algunos casos la única cercanía que los residentes de estas zonas tienen con la atención primaria en salud.

Según información del Ministerio de Salud, desde el 1° de enero de 2024 hasta el mes de julio del presente año habían renunciado 378 profesionales a su Servicio Social Obligatorio, esto quiere decir que renuncian hasta 2 rurales por día. Dentro de las causales que motivaron estas renunciaciones se encontraban: “amenazas”, “enfermedad”, “víctima de conflicto armado”.

El Servicio Social Obligatorio se convierte en un determinante transversal en el proyecto de vida de los profesionales de la salud recién graduados, aquellos que son seleccionados para realizarlo deben completarlo en su totalidad para recibir la tarjeta profesional que les permite ejercer dentro del territorio colombiano. Incluso, en los profesionales graduados en medicina, también se convierte en un determinante para continuar su proyecto profesional, ya que en dado caso que deseen presentarse a un posgrado de especialidad médico-quirúrgica deben contar con su tarjeta profesional debidamente expedida.

Aun teniendo en cuenta todo lo anterior, hay profesionales que en medio de su Servicio Social Obligatorio (SSO) deciden renunciar por motivos que están fuera de su control tales como: amenazas, violencia, conflicto armado, retraso en pagos, entre otros, debido a que son situaciones indignas o que atentan contra su integridad. Llegan a tomar esta decisión como último recurso por falta de atención a sus problemáticas desde la autoridad competente y teniendo en cuenta la grave consecuencia para su proyecto de vida, ya que son sancionados impidiéndoles la presentación al sorteo de Servicio Social Obligatorio o asignación directa de una plaza durante un periodo de 9 meses.

Por otra parte, es imperativo recordar los profesionales en Servicio Social Obligatorio que han sido víctimas de desaparición, asesinato, amenazas y otras situaciones que han amenazado gravemente su integridad, a continuación, se especifica los casos que se han documentado de acuerdo al lugar donde ocurrieron los hechos:

- **Minti, Amazonas (2006):** El doctor Jairo Alonso Villamil Castellanos estaba realizando su rural en el municipio de Minti, Amazonas. En uno de los recorridos que hacía en lancha hacia Leticia para abastecerse de víveres y otros elementos que le enviaba su familia fue asesinado³.

- **Río San Juan, Chocó (2013):** El doctor Edgar Torres Prestán realizaba su año rural en el municipio Litoral de San Juan en el departamento de Chocó, cuando se dirigía al municipio de Sipí a través del río San Juan, su embarcación fue interceptada por un grupo armado y hasta la fecha no se tiene conocimiento de su paradero⁴.
- **Argelia, Cauca (2018):** El doctor Diego Aguilar se encontraba realizando su año rural en el municipio de Argelia, Cauca. Después de compartir con otros tres médicos del lugar en una celebración de cumpleaños, fue encontrado sin vida al día siguiente⁵.
- **El Bagre, Antioquia (2019):** A menos de dos meses de terminar su año rural, el doctor Cristian Camilo Julio Arteaga fue asesinado en vía pública por dos desconocidos en El Bagre, Antioquia donde prestaba sus servicios. A raíz de este hecho, otros de sus compañeros que laboraban en el hospital local tomaron la decisión de renunciar⁶.
- **El Bagre, Antioquia (2023):** Dos médicas que estaban realizando su año rural en el municipio de El Bagre, Antioquia, debieron salir del lugar después de amenazas en contra de su integridad debido a denuncias de las malas condiciones en medio de las cuales debían prestar sus servicios⁷.
- **Barranca de Upía, Meta (2023):** Los médicos de año rural y demás profesionales de la salud del centro médico local se vieron obligados a esconderse en uno de los baños de las instalaciones debido a que personas externas ingresaron al centro para asesinar a un paciente que estaba siendo atendido. Los profesionales declararon: “A esto es a lo que se somete el médico rural del servicio social obligatorio, a prestar un servicio con calidad humana sin garantías (...)”⁸.

noticiasrcn.com/colombia/medico-en-amazonas-no-murio-en-accidente-sino-que-fue-asesinado-368968.

4 “Édgar Torres Prestán, el secuestrado del que nadie se acuerda”, El Espectador. Extraído de: <https://www.elespectador.com/colombia/mas-regiones/edgar-torres-prestan-el-secuestrado-del-que-nadie-se-acuerda-article-626711/?outputType=amp>.

5 “En Argelia lloran la muerte de un médico caleño que nunca negó una consulta”, El Tiempo. Extraído de: <https://www.eltiempo.com/amp/colombia/cali/hallan-cuerpo-del-medico-sebastian-reina-desaparecido-en-argelia-290206>.

6 “La tragedia de un médico asesinado a pocos días de terminar año rural”, El Tiempo. Extraído de: <https://www.eltiempo.com/amp/colombia/medellin/cristian-julio-arteaga-medico-asesinado-en-el-bagre-antioquia-360890>.

7 “Echaron a dos médicas por denunciar negligencia en clínica en El Bagre, Antioquia”, El Espectador. Extraído de: <https://www.elespectador.com/colombia/mas-regiones/echaron-a-dos-medicas-por-denunciar-negligencia-en-clinica-en-el-bagre-antioquia/?outputType=amp>.

8 “Sangre, gritos y mucho miedo: armados intentaron “re-

3 “Médico en Amazonas no murió en accidente, sino que fue asesinado”, Noticias RCN. Extraído de: <https://amp.>

- Cucutilla, Norte de Santander (2023): La doctora Karla Castellanos fue agredida por una paciente que había atendido días atrás en el hospital local, en medio de la nota periodística se documentó: *“fue atacada por su paciente, quien la agarró del cabello, la botó al suelo, le golpeó la cabeza en repetidas ocasiones contra el piso y le arañó la cara, sin que la doctora pudiera defenderse, hasta que el mismo personal del centro de salud se la quitó de encima”*⁹.
- **Zapatoca, Santander (2024):** En el mes de enero del presente año, los médicos de año rural del hospital local empezaron a recibir amenazas a través de correo electrónico, dos días después de este hecho, una médica fue apuñalada en el parqueadero de las instalaciones del centro médico. Adicionalmente, los profesionales denunciaban: *“No contamos con vigilancia las 24 horas del día, solo en la jornada diurna y no se puede hacer acompañamiento permanente durante los turnos de noche por parte de las autoridades policiales”*¹⁰.

Los anteriores son algunos de los casos de desaparición, asesinato, violencia y atentados en contra de la integridad física de profesionales durante su Servicio Social Obligatorio. Lamentablemente, existen muchos otros que ocurren diariamente de los cuales no se tiene registro alguno, ya que los que se han documentado son aquellos que han llegado a ser objeto de reportaje por algún medio de comunicación o son casos virales en diferentes redes sociales.

La labor que cumplen los profesionales recién egresados de las carreras de la salud que deben hacer su Servicio Social Obligatorio es muy loable, como se mencionaba previamente, en muchos lugares son la única puerta de acceso al Sistema de Salud de nuestro país. Sin embargo, no se puede continuar permitiendo que sean obligados a ejercer su labor en condiciones inhumanas y que van en contravía de la dignidad de cualquier ser humano.

IV. CONSTITUCIONALIDAD Y LEGALIDAD

Ley 50 de 1981¹¹, Por la cual se crea el Servicio Social Obligatorio, y se establecen parámetros

para el ejercicio de la actividad bajo condiciones favorables de desarrollo, lo cual impulsaba la ocupación de las plazas, especialmente las ubicadas en zonas de difícil acceso o con problemas de orden público.

Dichas circunstancias eran:

- I. **Tiempo:** Definía la duración del Servicio Social Obligatorio y lo determinaba en un año por regla general y 6 meses en casos excepcionales como que la zona en la que se encuentre la plaza donde se ejecutara el servicio tuviere afectación al orden público y el acceso al sistema de salud se denominara de difícil acceso.
- II. **Remuneración:** La asignación salarial y prestacional entre el personal de planta y el personal en Servicio Social Obligatorio debía ser equivalente.
- III. **Vinculación:** Se prohibía la tercerización y cualquier tipo de contratación que no fuera directa con la entidad.
- IV. **Territorialidad:** La asignación de plazas se hacía a nivel departamental.

Ley 1164 de 2007¹², por la cual se dictan disposiciones en materia de talento humano en salud, en el artículo 33 dispuso crear nuevamente el Servicio Social Obligatorio para los profesionales de la salud y se dictan otras disposiciones.

Resolución número 1058 de 2010¹³, esta normatividad fue el punto de precarización de las garantías laborales en medio del Servicio Social Obligatorio, especialmente en las zonas de difícil acceso, entre los lineamientos en detrimento se encuentran:

- I. **Duración:** Todas las plazas sin distinción de su ubicación o afectación de orden público, contarán con la misma duración asignada (1 año).
- II. **Sanciones:** Se conciben sanciones a quienes renuncien a la plaza.
- III. **Precarización:** Se habilita la contratación a través de Órdenes de Prestación de servicios.
- IV. **Sorteo:** Se crea un sistema de sorteo de plazas a nivel nacional.

matar” a un paciente en hospital del Meta”, El Colombiano. Extraído de: <https://www.elcolombiano.com/amp/colombia/que-paso-en-el-hospital-de-barranca-de-upia-ataque-a-medicos-OD23027090>.

⁹ “Video: médica rural denuncia que fue atacada por una de sus pacientes”, El Tiempo. Extraído de: <https://www.eltiempo.com/amp/colombia/otras-ciudades/medica-rural-fue-atacada-por-una-de-sus-pacientes-en-norte-de-santander-783116>.

¹⁰ “Médica fue apuñalada al salir de un hospital: personal de salud denunció constantes amenazas a través de correos”, Infobae. Extraído de: <https://www.infobae.com/colombia/2024/01/18/medica-fue-apunhalada-al-salir-de-un-hospital-personal-de-salud-denuncio-constantes-amenazas-a-traves-de-correos/>.

¹¹ Ley 50 de 1981, por la cual se crea el Servicio Social

Obligatorio en todo el Territorio Nacional. Extraído de: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66575>.

¹² Ley 1164 de 2007, por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. Extraído de: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1164_2007.html.

¹³ Resolución número 1058 de 2010, por medio de la cual se reglamenta el Servicio Social Obligatorio para los egresados de los programas de educación superior del área de la salud y se dictan otras disposiciones. Extraído de: <https://www.bogotajuridica.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=39644>.

Esta misma resolución, creó los comités de Servicio Social Obligatorio, a los cuales se les establecieron las siguientes funciones:

- I. Estancia consultiva para los profesionales en Servicio Social Obligatorio.
- II. Decidir sobre casos de convalidación y exoneración de plazas.
- III. Validar la disponibilidad presupuestal de las plazas al momento de habilitarlas.
- IV. Recepcionar a los profesionales en Servicio Social Obligatorio, las quejas relacionadas con: Falta de pagos, jornadas excesivas, situaciones de violencia, falta de insumos, enfermedades y demás circunstancias que pudieren desencadenar en una solicitud de exoneración.

Es necesario señalar que los Comités de Servicio Social Obligatorio, cuentan con un margen de acción limitado y que en buena parte de las quejas no es posible atender en debida forma las situaciones que se presentan, ni resolverlas de fondo. Esto, debido a la poca especificidad de la norma en cuanto a regular concretamente su competencia y margen de acción; al igual que la necesidad de plantear en sentido estricto las causales de exoneración, convalidación o reubicación de plaza.

Por parte de las entidades a cargo se han realizado esfuerzos por mejorar las condiciones derivadas de esta resolución, por ejemplo:

Resolución número 2358 de 2014¹⁴, a través de la cual se establece de manera concreta la posibilidad de que las asignaciones salariales para quienes se desempeñarán en su año de SSO, fueran inferiores a la del personal de planta, pues dicha norma deroga expresamente el artículo 15 de la Resolución número 1058, que aún conservaba dicha prerrogativa.

Resolución número 6357 de 2016¹⁵, la cual a través de una adición al artículo 4°, establece la violencia como causal de exoneración. Lo cual es un avance en el restablecimiento de las garantías del ejercicio digno de esta labor social, no obstante, situaciones como tardanza en los pagos, enfermedades y jornadas excesivas, no se encuentran entre las definidas causales de exoneración. Estas mismas situaciones denotan la falta de acción y rigurosidad de los comités y/o la remisión de información parcial para estudio

de estos por parte de las entidades prestadores de servicios de salud, puesto que, no es conducente que el comité apruebe las plazas y vigile como esta en sus funciones la disponibilidad presupuestal para las plazas y al mismo tiempo se demoren los pagos de los profesionales.

Se hace necesario definir los alcances de los comités, a fines de que puedan resolver de fondo las diferentes situaciones ya cotidianas para los profesionales de la salud en Servicio Social Obligatorio, en las cuales se ven vulnerados en sus derechos fundamentales del orden laboral, y que los comités encargados de vigilar y dar seguimiento y solución a estos acontecimientos, se ven cortos a la hora de solucionar conflictos en las que participe una institución prestadora de salud renuente.

Resolución número 774 de 2022¹⁶

Corresponde a la última resolución del Ministerio de Salud y Protección Social sobre el Servicio Social Obligatorio, dentro de los puntos que se deben mencionar de este acto administrativo se encuentran:

- I. **Eliminó cualquier tipo de violencia** como una causal de exoneración para los profesionales en Servicio Social Obligatorio
- II. **Permite pagos a 90 días**, ya que únicamente después de este tiempo la Secretaría Departamental de Salud tendría la capacidad de proceder a investigar a la Institución Prestadora de Salud que está en mora con el salario del profesional
- III. **No hay mecanismos para comprobar capacidad de pago**, lo anterior se debe a que las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que quieran ofrecer una plaza de año rural deben presentar por una única vez un certificado presupuestal donde acreditan capacidad de pago del salario del profesional, sin embargo, esto no se refrenda ya que se les otorga una vigencia vitalicia.
- IV. **No hay garantía de debido proceso para el profesional en año rural**, ya que ante cualquier petición que este último desee presentar, su primera y segunda instancia es asumida por la Secretaría Departamental de Salud correspondiente al municipio donde esté prestando sus servicios
- V. **El Ministerio de Salud y Protección Social no asume un papel de rectoría**, lo anterior se debe a que esta cartera únicamente se encarga de realizar el sorteo donde se asigna una plaza de año rural al profesional o, por el contrario, se le exonera. El Ministerio de Salud y Protección Social no tiene ninguna capacidad de otorgar exoneraciones

¹⁴ Resolución número 2358 de 2014, *por la cual se establece el procedimiento para la asignación de las plazas del Servicio Social Obligatorio (SSO), de las profesiones de medicina, odontología, enfermería y bacteriología, en la modalidad de prestación de servicios de salud y se dictan otras disposiciones*". Extraído de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-2358-de-2014.pdf>.

¹⁵ Resolución número 6357 de 2016, *por la cual se dictan disposiciones relacionadas con el Servicio Social Obligatorio (SSO) en el marco de las zonas veredales transitorias de normalización y se dictan otras disposiciones*. Extraído de: https://minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%206357%20de%202016.pdf.

¹⁶ Resolución número 774 de 2022, *por la cual se reglamenta el Servicio Social Obligatorio para los egresados de los programas de educación superior del área de la salud*. Extraído de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20774%20de%202022.pdf.

ni sanciones para aquellas Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que incumplan con sus obligaciones.

Sin duda alguna, la presente normatividad en lo que respecta al Servicio Social Obligatorio continúa sin brindar garantías de condiciones laborales adecuadas a los profesionales de año rural. Sin embargo, como medida para que los recién egresados de las carreras de la salud se vean obligados a hacerlo, se contempla un mecanismo de represión a través de sanciones por no aceptación de las plazas, este no es el camino.

Una de las pretensiones del Servicio Social Obligatorio es conducir profesionales de la salud a zonas alejadas y con nula/poca presencia del sistema de salud, sin embargo, las medidas de represión crean predisposición entre los profesionales de la salud en Servicio Social Obligatorio, los cuales ante la incertidumbre de lo que van a encontrar en el lugar de la plaza y la imposibilidad de rechazar y/o solicitar traslado, se ven obligados a ejercer su profesión en las condiciones que sus superiores o jefes inmediatos les impongan. Por otra parte, si se garantizan los derechos laborales de los profesionales, esto generaría una percepción e interés por cubrir las plazas de año rural.

Lo anterior, tendría una incidencia directa en la aceptación y no renuncia a las plazas; quienes presten el Servicio Social Obligatorio no lo deben hacer bajo la consigna de la sanción, lo deben hacer bajo la concepción de que su labor es necesaria y que esta tendrá un impacto en la comunidad a la que atienden.

Se considera que para generar un cambio que permita mitigar la ausencia de profesionales de la salud en algunos lugares de nuestro territorio nacional, debe actuarse con coherencia estableciendo incentivos. No puede obviarse que estos profesionales deciden aceptar el reto de prestar su servicio social en sitios alejados de sus lugares de domicilio; muchas veces en poblaciones que les resultan desconocidas, en las cuales el pago se torna incierto, pues ciertamente el profesional de la salud, cuya plaza está alejada de su lugar habitual de vivienda, incurre en unos gastos y hace un mayor esfuerzo que uno que labore y viva en el mismo lugar.

Con el fin de brindar un ejemplo adicional a la problemática que en la actualidad se presenta frente a la falta de garantías para nuestros profesionales en SSO, es pertinente poner en conocimiento la respuesta emitida por el Comité de Servicio Social Obligatorio de la secretaría de salud departamental de la gobernación del Casanare. En la misma se referencia una reclamación interpuesta por falta de pago de salarios atrasados e imposición de jornadas laborales que excedían los límites legales por parte del hospital donde el profesional de la salud venía cumpliendo su año rural. En dicha oportunidad se determinó que: "... Atendiendo su respuesta el comité de servicio social obligatorio, en reunión

del 22 de diciembre de 2015, conceptúa que, por tratarse de un asunto de autonomía administrativa de red de salud de Casanare E. S. E., que medía en una relación contractual debe ser resuelto por dicha entidad. Se conmina a red de salud de Casanare E. S. E., para que dé solución a su petición con la mayor celeridad del caso".

En otras ocasiones, la respuesta se orienta a indicar que tienen en sus manos las vías judiciales en aras de obtener los pagos, lo cual resulta absurdo, dado que el rural en principio no tiene tiempo para enfrentar durante su año de SSO demandas para obtener pago de salarios. Por otro lado,

tampoco tienen dinero para pagar honorarios de abogado en aras de adelantar dicho trámite; como último aspecto, y no menos importante, la tensión que enfrenta un trabajador al momento de demandar a su empleador hace que este tipo de demandas nunca se presenten, pues la mayoría de litigios laborales entre empresa y empleado se presentan cuando aquel ya no presta servicio alguno para la parte que pretende demandar.

Consideramos conveniente que la normativa desarrollada en el presente proyecto de ley obedece a una propuesta que logre mejorar los escenarios legales actuales en relación con el SSO. La necesidad de una regulación atinente al servicio social obligatorio se genera tomando de presente la problemática actual de nuestros profesionales, en aras de establecer pautas que les permita contar con garantías durante el tiempo de desempeño del SSO, pues si bien la economía de nuestra salud está colapsada, ello no es óbice para que se sigan cometiendo abusos como los que hoy en día se presentan.

La necesidad de este proyecto de ley se presenta además en concordancia con lo dispuesto por la Corte Constitucional que en Sentencia T-249 de 2015¹⁷, exhorta al Ministerio de Salud puntualmente a que: "Se revise la forma en que se asigna este recurso y determine estímulos necesarios para conseguir que las personas se interesen en prestar sus servicios allí".

La Corte Constitucional mediante Sentencia C-024 de 1998¹⁸, señaló que "la protección al trabajo establecido por mandato del artículo 25 constitucional, incluye la fijación de jornadas máximas, dentro de las cuales los trabajadores presten los servicios propios de la relación laboral y estén sometidos a las órdenes del patrono. La

¹⁷ Sentencia T-249 de 2015, Corte Constitucional de Colombia. Extraído de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2015/t-249-15.htm>.

¹⁸ Sentencia C-024 de 1998, Corte Constitucional de Colombia. Extraído de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/C-024-98.htm#:~:text=C%2D024%2D98%20Corte%20Constitucional%20de%20Colombia&text=Toda%20relaci%C3%B3n%20laboral%20establecida%20por,de%20descanso%20a%20ellas%20correspondientes>.

jornada permanente, indefinida e ininterrumpida, sin periodos de descanso razonable previamente estipulados, atentos contra la dignidad del trabajador, cercena su libertad, pone en peligro sus derechos a la salud y a la vida, y causa daño a su familia, por lo que resulta contraria al ordenamiento superior (...)."

En el artículo 13¹⁹ de la Constitución ha consagrado el derecho a la igualdad, para que la misma sea disfrutada de manera real y efectiva a lo largo y ancho de todo el territorio nacional. De igual forma, el artículo 25²⁰ de la constitución nacional estipula el derecho al trabajo como un derecho fundamental y una obligación social, objeto de especial protección por parte del Estado. El trabajo, al tenor del mismo precepto, es un derecho subjetivo que logra eficacia cuando se ejerce en condiciones dignas y justas.

Estas condiciones refieren, a su vez, la garantía de los contenidos mínimos de que trata el artículo 53²¹ de la carta, entre los cuales se encuentran la remuneración mínima, vital y móvil, proporcional a la cantidad y calidad de trabajo; y la primacía de la realidad sobre las formalidades establecidas por los sujetos en las relaciones laborales. Es a partir de estos contenidos que se estructura la protección constitucional del principio de a trabajo igual salario igual, tradicional en el derecho laboral colombiano.

Sobre la materia expuesta, la jurisprudencia de la Corte ha delimitado el concepto del principio de a trabajo igual, salario igual, al señalar mediante Sentencia T-644 de 1998²²: "Esta corporación ha sostenido que del carácter fundamental del derecho al trabajo y de la especial protección ordenada al estado por este precepto constitucional, se desprende la exigencia legal y judicial del respeto por la dignidad y la justicia en la relación laboral". Estrechamente relacionado con lo anterior, se encuentra la obligación a cargo del patrono de proporcionar una remuneración acorde con las condiciones reales del trabajo, puesto que el salario es "la causa o el motivo, desde el punto de vista de quien se emplea, para establecer vinculación laboral".

Aun cuando existen normas que regulan la jornada de trabajo y que podrían ser aplicadas a los profesionales en SSO, por tratarse de una prestación del servicio regida incluso por normas propias, muchas entidades de salud se amparan en la falta de normas puntuales para cometer abusos contra del personal de salud en SSO. Dichos abusos están relacionados con el indebido manejo de

disponibilidades y sobrecarga laboral manifiesta. Lo anterior subyace en una necesidad absoluta para legislar de manera puntual sobre estas situaciones.

V. IMPACTO FISCAL

Sobre el contenido y alcance de la previsión del impacto fiscal en los proyectos de ley la Honorable Corte Constitucional ha precisado:

"Las obligaciones previstas en el artículo 7° de la Ley 819/03 constituyen un parámetro de racionalidad legislativa, que está encaminado a cumplir propósitos constitucionalmente valiosos, entre ellos el orden de las finanzas públicas, la estabilidad macroeconómica y la aplicación efectiva de las leyes. Esto último en tanto un estudio previo de la compatibilidad entre el contenido del proyecto de ley y las proyecciones de la política económica, disminuye el margen de incertidumbre respecto de la ejecución material de las previsiones legislativas. El mandato de adecuación entre la justificación de los proyectos de ley y la planeación de la política económica, empero, no puede comprenderse como un requisito de trámite para la aprobación de las iniciativas legislativas, cuyo cumplimiento recaiga exclusivamente en el Congreso. Ello en tanto (i) el Congreso carece de las instancias de evaluación técnica para determinar el impacto fiscal de cada proyecto, la determinación de las fuentes adicionales de financiación y la compatibilidad con el marco fiscal de mediano plazo; y (ii) aceptar una interpretación de esta naturaleza constituiría una carga irrazonable para el Legislador y otorgaría un poder correlativo de veto al Ejecutivo, a través del Ministerio de Hacienda, respecto de la competencia del Congreso para hacer las leyes. Un poder de este carácter, que involucra una barrera en la función constitucional de producción normativa, se muestra incompatible con el balance entre los poderes públicos y el principio democrático.

Si se considera dicho mandato como un mecanismo de racionalidad legislativa, su cumplimiento corresponde inicialmente al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, una vez el Congreso ha valorado, mediante las herramientas que tiene a su alcance, la compatibilidad entre los gastos que genera la iniciativa legislativa y las proyecciones de la política económica trazada por el Gobierno. Así, si el Ejecutivo considera que las cámaras han efectuado un análisis de impacto fiscal erróneo, corresponde al citado Ministerio el deber de concurrir al procedimiento legislativo, en aras de ilustrar al Congreso sobre las consecuencias económicas del proyecto. El artículo 7° de la Ley 819/03 no puede interpretarse de modo tal que la falta de concurrencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público dentro del proceso legislativo, afecte la validez constitucional del trámite respectivo.

...Así, pues, el mencionado artículo. 7° de la Ley 819 de 2003 se erige como una importante herramienta tanto para racionalizar el proceso legislativo como para promover la aplicación y el cumplimiento de las leyes, así como la implementación efectiva de las

¹⁹ Artículo 13, Constitución Política de Colombia. Extraído de: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html#13.

²⁰ Artículo 25, Constitución Política de Colombia. Extraído de: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html#25.

²¹ Artículo 53, Constitución Política de Colombia. Extraído de: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991_pr001.html#53.

²² Sentencia T-644 de 1998, Corte Constitucional de Colombia. Extraído de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/T-644-98.htm>.

políticas públicas. Pero ello no significa que pueda interpretarse que este artículo constituye una barrera para que el Congreso ejerza su función legislativa o una carga de trámite que recaiga sobre el legislativo exclusivamente.

... Precisamente, los obstáculos casi insuperables que se generarían para la actividad legislativa del Congreso de la República conducirían a concederle una forma de poder de veto al Ministro de Hacienda sobre las iniciativas de ley en el Parlamento. El Ministerio de Hacienda es quien cuenta con los elementos necesarios para poder efectuar estimativos de los costos fiscales, para establecer de dónde pueden surgir los recursos necesarios para asumir los costos de un proyecto y para determinar la compatibilidad de los proyectos con el Marco Fiscal de Mediano Plazo. A él tendrían que acudir los congresistas o las bancadas que quieren presentar un proyecto de ley que implique gastos. De esta manera, el Ministerio decidiría qué peticiones atiende y el orden de prioridad para hacerlo. Con ello adquiriría el poder de determinar la agenda legislativa, en desmedro de la autonomía del Congreso”²³.

VI. CAUSALES DE IMPEDIMENTO

Conforme al artículo 3° de la Ley 2003 de 2019, que modificó el artículo 291 de la Ley 5ª de 1992, este proyecto de ley reúne las condiciones del literal a y b, de las circunstancias en las cuales es inexistente el conflicto de intereses del artículo 286 de la Ley 5ª de 1992, toda vez que es un proyecto de ley de interés general, que puede coincidir y fusionarse con los intereses del electorado.

Atentamente,



FABIAN DIAZ PLATA
Senador de la República



JENNIFER DALLEY PEDRAZA SANDOVAL
Representante a la Cámara por Bogotá

PONENCIAS

INFORME DE PONENCIA POSITIVA
PARA PRIMER DEBATE EN CÁMARA
DEL PROYECTO DE LEY NÚMERO 239
DE 2025, CÁMARA

por medio del de la cual se crea el Certificado de Responsabilidad Étnica Empresarial y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C., 10 de diciembre de 2025.

Honorable Representante:

CAMILO ESTEBAN ÁVILA MORALES

Presidente

Comisión Séptima Constitucional Permanente

Cámara de Representantes

Asunto: Informe de ponencia positiva para primer debate en Cámara del Proyecto de Ley número 239 de 2025, por medio del de la cual

se crea el certificado de responsabilidad étnica empresarial y se dictan otras disposiciones.

Respetado Presidente:

De acuerdo a la designación realizada por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes, según lo dispuesto en la Constitución Política y en los artículos 150 y 153 la Ley 5ª de 1992, me permito rendir Informe de PONENCIA POSITIVA para PRIMER DEBATE EN CÁMARA al Proyecto de Ley número 239 de 2025, por medio del de la cual se crea el Certificado de Responsabilidad Étnica Empresarial y se dictan otras disposiciones.

Del honorable Representante,



GERMÁN ROGELIO ROZO ANÍS
Coordinador Ponente
Representante a la Cámara
Departamento de Arauca

INFORME DE PONENCIA POSITIVA PARA
PRIMER DEBATE DEL PROYECTO DE LEY
NÚMERO 239 DE 2025 CÁMARA

Con el ánimo de rendir una ponencia comprensible a los honorables miembros de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes y buscando precisar los objetivos, el alcance y la necesidad del proyecto, procedemos a desarrollar el informe de ponencia en el siguiente orden:

1. Antecedentes y trámite legislativo.
2. Objeto del proyecto de ley.
3. Exposición de motivos.
 - 3.1 Consideraciones generales.
 - 3.1.2 Derecho al trabajo.
 - 3.2 Contexto del mercado laboral de los grupos étnicos en Colombia.
 - 3.3 De la Consulta Previa.
 - 3.3.1 Medidas que deben consultarse.
 - 3.3.2 De la afectación directa.
 - 3.3.3 Procedencia de la Consulta Previa.
 - 3.3.4 Análisis del proyecto de ley frente a la Consulta Previa.
4. Contenido del proyecto de ley.
5. Fundamentos jurídicos.
6. Circunstancias o eventos que pueden generar posibles conflictos de intereses.
7. Impacto fiscal de la iniciativa.
8. Pliego de modificaciones.
9. Conclusiones.
10. Proposición.

²³ Sentencia C-315/08, Corte Constitucional de Colombia. Extraído de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/C-315-08.htm>.

11. Texto propuesto para primer debate.

1. ANTECEDENTES Y TRÁMITE LEGISLATIVO

La iniciativa objeto de estudio es de origen parlamentario, radicada en el Congreso de la República el día 19 de agosto de 2025, por parte de la honorable Representante *Astrid Sánchez Montes de Oca*. Fue publicado en la *Gaceta del Congreso* número 1589 del 1° de septiembre de 2025.

La Mesa Directiva, mediante Oficio número CSCP 3.7 - 884-25 del 19 de noviembre de 2025, designó como coordinador ponente al honorable Representante *Germán Rogelio Rozo Anís*, con el fin de rendir el presente informe de ponencia para primer debate.

El presente proyecto de Ley fue presentando en los periodos legislativos de 2018-2019 y 2020-2021, pero debido a que los tiempos no fueron suficientes, fue archivado de acuerdo con el artículo 190 de la Ley 5ª de 1992 en el mes de junio del año 2022.

Asimismo, fue presentando en el periodo legislativo correspondiente a 2021-2022, asignándole el número 250 de 2021 Cámara y 382 de 2022 Senado, alcanzando dos debates en la Cámara de Representantes y un (1) debate en la Comisión Séptima del Senado de la República, lamentablemente no alcanzo a surtir su último debate debido a que los tiempos no fueron suficientes, por ende, fue archivado de acuerdo con el artículo 190 de la Ley 5ª de 1992 en el mes de junio del año 2023.

Igualmente, se presentó nuevamente en el periodo legislativo de 2023-2024, asignándole el número 123 de 2023 Cámara y 300 de 2024 Senado, alcanzando el tercer debate sin que se llegara a surtir su último debate debido por lo que fue archivado de acuerdo con el artículo 190 de la Ley 5ª de 1992 en el mes de junio del año 2023.

La versión que se pone a discusión de los miembros del Congreso de la República ha sido construida para una mejor armonización con la legislación existente, aplicando las mejoras surgidas de cada debate, tanto en las discusiones de Cámara de Representantes, como el debate de Senado de la República, así como con los diferentes conceptos emitidos por las entidades que aportaron sus comentarios y recomendaciones en la discusión de las propuestas, y los diversos requerimientos brindados por las comunidades e instituciones que confluyen en la creación del certificado de responsabilidad étnica empresarial.

Por otro lado, el Ministerio del Trabajo emitió concepto el cual fue allegado al correo electrónico institucional el día 7 de marzo del año 2024 dentro del trámite del proyecto de Ley número 123 de 2023 Cámara y 300 de 2024 Senado, en el que conceptuó favorablemente sobre esta iniciativa señalando textualmente lo siguiente:

“El Ministerio del Trabajo brinda concepto favorable a la iniciativa legislativa, conforme se encuentra acorde con los postulados de generación

de empleo y empleabilidad derivados de la promoción de incentivos a favor de la inclusión laboral de personas que se identifiquen como integrantes de comunidades étnicas. Este postulado de inclusión desde el principio constitucional de igualdad y no discriminación resulta acorde con los principios que motivan la regulación derivada del Plan Nacional de Desarrollo “Colombia Potencia Mundial de la Vida”, y el Proyecto de Ley número 166 de 2023 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley número 192 de 2023 Cámara y con el Proyecto de Ley número 256 de 2023 Cámara, por medio del cual se adopta una reforma laboral para el trabajo digno y decente en Colombia”, que en la actualidad se debate en la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes”.

Adicionalmente, planteó unas modificaciones al texto del proyecto de ley, las cuales fueron acogidas dentro de esta nueva iniciativa que se presenta.

2. OBJETO DEL PROYECTO DE LEY

La presente iniciativa legislativa tiene como objeto la creación del Certificado de Responsabilidad Étnica Empresarial, destinado a fomentar la inclusión y contratación de personas pertenecientes a comunidades indígenas, negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras, Rom o gitanas en el sector empresarial colombiano. Este certificado, además de promover la diversidad étnica dentro de las organizaciones, busca ofrecer beneficios en los procesos de contratación estatal a empresas comprometidas con la inclusión.

3. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

3.1 CONSIDERACIONES GENERALES

3.1.1 POBLACIÓN AFROCOLOMBIANA

De conformidad con el Censo 2005, la población que se autorreconoció en las categorías afrocolombiana, negra, raizal y palenquera son 4.311.757 personas, es decir, el 10,6% del total de la población del país. Valor porcentual este que investigadores como Gustavo de Roux consideran inexacto, pues según sus palabras *“el sinnúmero de condicionantes existentes en una sociedad que discrimina racialmente inclina a muchos a no autoidentificarse como afrodescendientes, situación que se traduciría en un subregistro de esta población en los datos censales. Esto hace suponer que la proporción de afrocolombianos correspondería a una cifra no inferior al 15%, porcentaje que representa una porción muy significativa de la población colombiana”*. Otros investigadores¹ (Agudelo, sin fecha; Sánchez y García 2006), con base en trabajos de Urrea, Ramírez y Viáfara (2001) y de Barbary, Urrea (2004), estiman la población afrocolombiana entre el 18% y 22% del total de la población del país.

¹ Citados en Cartilla “Recomendaciones Comisión Intersectorial para el Avance de la Población afrocolombiana”, página 10.

De acuerdo con el último Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV), elaborado por el DANE en el año 2018 y actualizado en el mes de agosto del año 2022, se identificaron 2.982.224 personas que se auto reconocen como miembros de comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, cifra que equivaldría al 9,34% de la población total nacional para el año 2018. Pese a esto, la cifra anterior se encuentra en fase de actualización por parte del DANE, debido a una orden generada por parte de la Corte Constitucional en vista de la Sentencia T 276 2020, puesto que, se disminuyó la población afrodescendiente en un 30.8% en comparación con el Censo realizado en el año 2005. Por lo anterior, en la estructuración y

creación del presente proyecto de ley se utilizarán los datos referentes y registrados en el Censo realizado en el año 2005.

Además del subregistro, la población afrocolombiana históricamente ha sido víctima de exclusión y discriminación (abierta y soterrada), barreras con las que sistemáticamente se le ha impedido el avance, como colectividad étnica, hacia el desarrollo social, político y económico.

Sobre este particular, el informe final de la Comisión Intersectorial para el Avance de la Población Afrocolombiana² nos muestra los siguientes indicadores de bienestar de esta población, comparados con la no afro, así:

Tabla 1.

		Afrocolombiano	No Afrocolombiano
EDUCACIÓN	ANALFABETISMO	11.7%	7.0%
	AÑOS PROMEDIO DE EDUCACIÓN (HOMBRES)	6.9	8.1
	AÑOS PROMEDIO DE EDUCACIÓN (MUJERES)	6.4	8.2
POBREZA	NBI	53.7%	42.2%
	POBREZA	9.5%	7.4%
MERCADO LABORAL	TASA DE DESEMPLEO	6.3	3.4
	TASA DE OCUPACIÓN	40.4%	44.3%
DESPLAZAMIENTO	INTENSIDAD DESPLAZAMIENTO (PROMEDIO 2000 – 2002)	6.31%	3.42%
	MIGRACIÓN POR VIOLENCIA	6.78	3.74
SALUD	TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (PROMEDIO 2001 – 2006)	23.5	16.6

Así mismo, estudios realizados por la Organización Afrocolombiana de Derechos Humanos Cimarrón, informan que:

1. El ingreso per cápita promedio de los(as) afrocolombianos(as) se aproxima a los 500 dólares anuales, frente a un promedio nacional superior a los 1500 dólares.
2. El 75% de la población afro del país recibe salarios inferiores al mínimo legal de vida, se ubica en un 20% por debajo del promedio nacional. La calidad de la educación secundaria que recibe la juventud afrocolombiana es inferior en un 40%, al compararla con el promedio nacional.
3. En los departamentos del Pacífico colombiano, de cada 100 jóvenes afros que terminan la secundaria, solo 2 ingresan a la educación superior.
4. Aproximadamente el 85% de la población afrocolombiana vive en condiciones de pobreza y marginalidad, sin acceso a todos los servicios públicos básicos.

3.1.2 DERECHO AL TRABAJO

De conformidad con el estudio realizado por la Agencia de Información Laboral de la Escuela

Nacional Sindical ³. En el sector formal de la economía los trabajadores afro están ubicados en niveles inferiores, así su calificación profesional esté a la par de los demás, o incluso superiores en algunos casos. Reciben ingresos más bajos y trabajan más horas extras sin recibir compensación legal. Y para las mujeres es recurrente el desconocimiento de derechos fundamentales en el trabajo, y se presenta mayor vulneración en el tema de la maternidad y el embarazo. Un dato muy indicativo, es que en los negros tienda a ser más alta la satisfacción con el trabajo que tienen, lo mismo que el temor a perderlo.

De acuerdo a Barco y Caicedo, el 39,8% de la población afro consultada para su estudio pertenece al estrato socioeconómico 2, seguido por un 27,3% con un estrato 3. Sin embargo, la población afro no supera el 1% en ubicarse en el estrato 5.⁴

2 Creada mediante el Decreto número 4181 de 2007.

3 <http://ail.ens.org.co/noticias/la-poblacion-afrocolombiana-sufre-mayor-deficit-trabajo-decente-exclusion-laboral/>

4 Barco, Hemer & Caicedo, Luis. (2023). Población Afrodescendiente en Colombia: Principio de Igualdad de Oportunidades en Materia Laboral. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 7. 10250-10279. 10.37811/cl_rcm.v7i5.8621.

En este mismo estudio se presenta que la población afro se desempeña en su mayoría en el trabajo como obrero o empleado, de acuerdo a Barco y Caicedo, esto representa un 68% de la población afro. No obstante, se evidencia en este estudio que el 89% se encuentra en un trabajo permanente y es bajo el porcentaje de un empleo estacional⁵.

Es de destacar que la población afro se desempeña en su mayoría en el sector terciario de la economía, es decir, en la prestación de servicios y en menor medida en actividades del sector primario, con una dedicación de 25 a 48 horas semanales, de acuerdo a Barco y Caicedo.

Dentro de la caracterización socioeconómica de la población afrodescendiente, se identifica que, a pesar de presentar movilidad social y ascenso en estratos socioeconómicos, la población afro no tiene aún acceso a garantías laborales y en comparación con la población en general sigue siendo muy reducido su ingreso campo laboral, en especial, a otros sectores diferentes al sector primario. Es entonces que sigue existiendo una brecha de ingresos y de generación de empleo para la comunidad afro del país.

En este sentido, la discriminación de la población afrodescendiente se hace presente dentro de los escenarios laborales, esto se evidencia, de acuerdo a la investigación realizada por Barco y Caicedo, que los salarios y los tipos de contratos se hacen de manera diferenciada para una persona reconocida como afrodescendiente. Además, se pone en evidencia comentarios discriminatorios, sesgos racistas e insultos por su color de piel.

“En el campo de la informalidad, las condiciones laborales de los y las trabajadoras afros son aún más preocupantes, con indicadores profundos de precariedad laboral. Hay una generalizada inexistencia de condiciones de seguridad social, una marcada desprotección en salud y pensiones, un desolador panorama en materia de ingresos, nivel educativo, número de hijos, composición de los hogares, lugares habitacionales, zonas de residencia y maltrato social”⁶.

Gran parte de los trabajadores se encuentran por debajo de la línea de pobreza, y sin mayores expectativas para superar ese estado. Son los destinatarios del mayor número de agresiones, tratamientos discriminatorios en instituciones oficiales (policía, hospitales, espacio público, entre otros), habitan en barrios y lugares marginados sin garantías de servicios públicos, infraestructura y movilidad. Además de este preocupante panorama se observa una tendencia sociocultural a naturalizar la informalidad como su condición connatural, con incrementos significativos en programas

asistenciales y escasas políticas para construir estrategias de incorporación laboral en escenarios formales.

“Un punto neurálgico en la persistencia de las condiciones de exclusión y pobreza es la alta cantidad de personas que reciben un salario mínimo o menos (65%). Situación alarmante, pues muchas de ellas son personas cabeza de hogar, cuyo precario ingreso escasamente posibilita garantías para el bienestar humano”⁷.

Un elevado porcentaje de los afrodescendientes que trabajan en la economía informal no tiene vacaciones pagadas (94,7%), ni prima de navidad (94,7%), ni derecho a cesantías (96,6%). El 69% de ellos manifiestan el deseo de cambiar de trabajo. En el caso de las mujeres, aparte de la falta de prestaciones legales, el 89,6% de las embarazadas no tuvo licencia remunerada⁸.

Al indagar los temas relacionados con la seguridad social, se halló que el 83,2% está afiliado a salud, frente al 16,8% que no tiene afiliación; situación preocupante porque de estos últimos un 32% no estuvo afiliado en los últimos dos años, e incluso más. El 62% está en el régimen subsidiado, el 18,5% pertenece al régimen contributivo bajo la modalidad de beneficiario, y sólo el 18,5% participa como cotizante del régimen contributivo⁹.

Finalmente, las cifras expuestas a lo largo de este apartado evidencian la necesidad de mejorar las condiciones de ingresos e incremento para la población afro, quienes en razón de sesgos y discriminación racial se ven afectadas en conseguir condiciones dignas laborales.

3.2 CONTEXTO DEL MERCADO LABORAL DE LOS GRUPOS ÉTNICOS EN COLOMBIA

En concepto emitido por la Dirección de Derechos Fundamentales del Trabajo, Subdirección de Protección Laboral del Ministerio del Trabajo¹⁰ dentro del Proyecto de Ley número 300 de 2024 Senado se consignaron datos relevantes sobre el contexto del mercado laboral de los grupos étnicos en Colombia que por la importancia de los datos suministrado se procede a citar dentro de la presente ponencia para soportar el objeto del presente proyecto de ley.

⁵ *Ibid*, pág. 10256.

⁶ Correa Montoya, G., Pérez Álvarez, A., Viveros Bermúdez, V. H., Morales, M. E., Flórez Acosta, J. H., Tangarife, C. L., & Bedoya, F. (2009-2010). Precario, pero con trabajo, ¡otros están peor!: déficit de trabajo decente en la población afrocolombiana Cartagena, Buenaventura, Cali y Medellín.

⁷ Comunicaciones CUT. (2010, octubre 20). Panorama de conflictos laborales en la Costa Atlántica.

⁸ *Ibid*, pág. 23.

⁹ *Ibid*, pág. 26.

¹⁰ *Bibliografía*.

CEPAL (2009). Afrodescendientes en América Latina y el Caribe: del reconocimiento estadístico a la realización de derechos. Naciones Unidas, febrero de 2009. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7227/1/S0900315_es.pdf.

DANE. (2018). Censo Nacional de Población y Vivienda. Departamento Administrativo Nacional de Estadística

DANE. (2019). Base de datos de la Gran Encuesta Integrada de Hogares. Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

DANE. (2021). Base de datos de la Gran Encuesta Integrada de Hogares. Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

“Se calcula que 370 millones de mujeres y hombres pertenecen a pueblos indígenas y tribales en más de 70 países de todo el mundo. Su subsistencia y la seguridad de su suministro alimentario dependen de las tierras en las que habitan y los recursos naturales que contienen.

Sociedades pluriétnicas con grupos poblacionales ampliamente heterogéneos que se distribuyen de manera asimétrica en la geografía, caracterizan América Latina. Según las estimaciones del Banco Mundial o incluso de la Comisión Económica para la América Latina y el Caribe (CEPAL), la población indígena de la región es superior a los 45 millones de individuos, lo que representa un 8,3% de la población total de América Latina (CEPAL, 2009); y la población afrodescendiente representa más de 150 millones de individuos, lo que representa entre el 15,6% y el 30,0% de la población regional (CEPAL, 2009).

En Colombia, el Ministerio del Trabajo desempeña un papel fundamental en la implementación de políticas y programas destinados a mejorar las condiciones laborales y promover la inclusión de todos los colombianos.

En función de ello, se ha desarrollado una nueva política de trabajo digno y decente que vincula las particularidades de diversos sectores y contextos como los de las zonas rurales, con enfoque étnico, poblacional, de género y cierre de brechas, así como estrategias que potencien el fortalecimiento de la inspección laboral para la garantía del cumplimiento de la normatividad laboral. Con el impulso de mecanismos para la extensión de la seguridad social con énfasis en los grupos más vulnerables y la modernización y formalización del empleo público”.

De modo que, la Dirección de Derechos Fundamentales del Trabajo tiene por objetivo el desarrollo del Trabajo Decente en Colombia, la regulación de las relaciones individuales y colectivas del trabajo y la protección de los derechos fundamentales del trabajo, en particular de las poblaciones vulnerables.

En este sentido, la Subdirección de Protección Laboral tiene la misión proponer normas y procedimientos con el objeto de lograr el mejoramiento de las condiciones de trabajo y respeto de los derechos fundamentales a los jóvenes trabajadores, personas con discapacidad, poblaciones Indígenas, Rrom, comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, adultos mayores, trabajadores sexuales, población LGBTI y, en general todas aquellas comunidades que por su situación o condición puedan verse discriminadas o vulneradas con énfasis en el sector rural.

Colombia tiene una larga historia de diversidad étnica, con poblaciones indígenas, afrodescendientes y comunidades ancestrales; sin embargo, esta riqueza cultural ha estado acompañada de discriminación sistemática, marcada por desigualdades en acceso a la educación, servicios básicos y oportunidades

laborales. La marginación histórica ha creado barreras significativas para el desarrollo de estos grupos poblacionales en el ámbito laboral.

De manera que, este documento tiene la finalidad de presentar un contexto sobre el Mercado Laboral de los Grupos Étnicos en Colombia para 2024.

Situación del Mercado Laboral de las Comunidades Afrocolombianas:

Según el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 del DANE, 4.671.160 personas se reconocieron como afrodescendientes, que representan aproximadamente el 10,6% de la población total según el censo nacional del DANE de 2018, se concentran principalmente en regiones como la Costa Pacífica Nariñense, el Valle del Cauca y el Chocó. Estas regiones han sido históricamente marginadas, con bajos niveles de inversión pública y una limitada infraestructura económica.

De acuerdo con el DANE (2023), en el mercado laboral, los afrodescendientes enfrentan tasas de desempleo más altas que la población general y a menudo se encuentran en empleos informales, mal remunerados y sin acceso a la seguridad social. Esta situación es aún más crítica en el sector rural, donde la falta de acceso a la educación y la formación profesional limita aún más las oportunidades de empleo formal y de calidad.

Además, el trabajo en el sector rural para las comunidades afrodescendientes suele estar vinculado a actividades agrícolas de subsistencia, pesca artesanal y minería informal. Estas actividades, están expuestas a condiciones de trabajo difíciles y riesgos elevados.

Situación del Mercado Laboral de las Comunidades Indígenas:

Según el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 del DANE, 1.905.617 personas que se autorreconocieron como indígenas, que representan aproximadamente el 4,4% de la población colombiana según el censo nacional del DANE de 2018, que enfrentan desafíos similares. Con más de 87 pueblos indígenas reconocidos, su presencia es notable en regiones como la Amazonía, la Sierra Nevada de Santa Marta, los Llanos Orientales y otras áreas rurales y selváticas del país.

En el sector rural, los pueblos indígenas dependen principalmente de la agricultura de subsistencia, la pesca, la caza y la recolección de productos naturales. Sin embargo, la falta de acceso a mercados, la escasa infraestructura y la limitada inversión en proyectos productivos sostenibles dificultan su inserción en la economía formal. Además, la tenencia de tierras, un tema crucial para las comunidades indígenas, a menudo se ve amenazada por conflictos territoriales, lo que a su vez impacta negativamente su estabilidad laboral y económica.

La discriminación y la falta de reconocimiento de sus derechos territoriales y culturales también han limitado el acceso de las comunidades indígenas a empleos formales.

Condiciones Laborales de los Grupos Étnicos en Colombia:

Según el DANE (2023), desde el año 2019 sigue existiendo una brecha estructural entre grupos étnicos, en la que las personas afrodescendientes e indígenas tienen una mayor probabilidad de no tener un sistema de seguridad social que les augure el bienestar a largo plazo. La problemática de la informalidad obliga a las comunidades indígenas y afrodescendientes a permanecer en condiciones laborales difíciles que persisten en el tiempo, impiden la movilidad social ascendente y crean una trampa de vulnerabilidad y pobreza.

Por su parte, la población afrodescendiente redujo la población ocupada en trabajo asalariado como parte de empresas particulares, en empleo doméstico y en patrón o empleador; asimismo, amplió la participación porcentual en trabajo por cuenta propia, en trabajo familiar no remunerado y en trabajo asalariado en el sector público.

De acuerdo con el DANE (2023), un elemento que aparece al comparar 2019 y 2021 es la fuerte diferencia entre indígenas y afrodescendientes versus la población no étnica, entre los dos años aumentó considerablemente la informalidad institucional para la gente indígena y la afrodescendiente, mientras presentó una reducción moderada para la población no étnica que también está permeada por la condición de informalidad.

¿Cómo está la participación de las comunidades étnicas en el sector laboral?

Resaltamos la relación simbiótica entre las luchas por el reconocimiento de los derechos del trabajo y los procesos de entendimiento de los derechos diferenciales de los pueblos indígenas, las comunidades negras, afrodescendientes, palenqueras y raizales.

Comprender desde mediados del siglo pasado, el aporte económico y la construcción de la nación a partir de formas de vida dotadas de valores y riquezas culturales, con sus garantías en dignidad y justicia, es un proceso que en palabras del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, exigió ver a los pueblos indígenas y tribales intrínsecamente ligados a sus contextos, su cultura y espiritualidad. Promoviendo desde la diferencia y la diversidad, tratos no violentos y no racistas. De ahí la importancia que, desde esa comprensión integral del trabajo y sus senderos por su dignificación, instancias

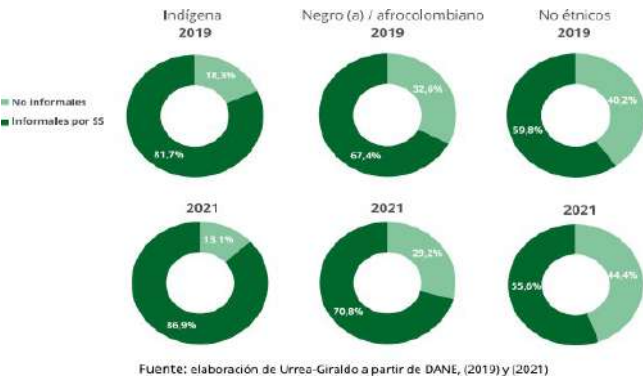
como la Organización Internacional del Trabajo –La OIT- hayan determinado audazmente, focos para que las relaciones laborales, incorporen nociones de pueblo, territorio, protección, autorreconocimiento, autoridad y colectividad.

A partir del año 1991 con la expedición de la Constitución Política de Colombia, se ha promovido la existencia de derechos fundamentales y derechos diferenciales para los pueblos indígenas; reconociendo que existe un estrecho y especial vínculo de los indígenas con el territorio, lugar de

interacciones, donde se materializan relaciones y otros derechos necesarios para la pervivencia. Pese a ello, en la actualidad estamos ante una violación sistemática y recurrente de sus derechos, lo que representa un riesgo de extinción física y cultural definitiva.

Según el informe de Minorías Étnicas de la Fundación Andi (2019) menciona que, de acuerdo a una investigación del Centro Nacional de Consultoría, el nivel directivo de las empresas colombianas está compuesto por las siguientes poblaciones: 62% blanca, 30% mestiza, 6% afrocolombiana y 1% por la indígena. En cuanto al nivel administrativo el panorama no mejora, ya que 50% de los empleados son blancos, 44% mestizos, 3% afrocolombianos y 0% son indígenas.

Gráfico 1. Informalidad según seguridad social por grupo étnico-racial.
Total nacional 2019 y 2021.



Tanto en las zonas urbanas como rurales, la informalidad laboral es alta entre los afrodescendientes e indígenas. Esta informalidad se caracteriza por la falta de contratos formales, ausencia de seguridad social y derechos laborales limitados, lo que perpetúa el ciclo de pobreza.

Ocupación por ramas de actividad de los grupos étnicos en Colombia:

Siguiendo al DANE (2023), para la población indígena, en el total nacional, el resultado por ramas de actividad sugiere una especialización importante en la agricultura, la ganadería, caza, silvicultura y la pesca por su alta concentración residencial en la zona rural dispersa. A estas actividades les sigue una participación porcentual inusitada en las industrias manufactureras.

De modo que, si se compara con la población indígena, la población afrodescendiente se especializa en menor medida en la agricultura, la ganadería, la caza, la silvicultura y la pesca; además, tiene una mayor participación en el comercio y la reparación de vehículos, la administración pública y la defensa, la educación y la atención de la salud humana, las actividades artísticas y la construcción. En cuanto a las actividades relacionadas con la dinámica urbana en cabeceras municipales menores y en ciudades importantes, la población afrodescendiente tiene una mayor variedad.

Tabla 2. Distribución porcentual de los ocupados según rama de actividad y grupo étnico

	Indígena			Afrodescendiente			No étnica		
	2019	2021	Variación	2019	2021	Variación	2019	2021	Variación
Agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca	34,5%	38,6%	16,8%	17,4%	21,9%	7,4%	15,4%	13,9%	-17,2%
Explotación de minas y canteras	1,0%	0,8%	-20,7%	2,3%	4,6%	73,7%	0,8%	1,0%	20,2%
Industrias manufactureras	14,7%	23,4%	65,8%	9,6%	7,2%	-36,6%	11,1%	9,9%	-18,6%
Suministro de electricidad, gas, agua y gestión de desechos	0,4%	0,7%	78,2%	0,8%	1,2%	34,2%	0,9%	1,3%	32,4%
Construcción	5,1%	4,4%	-9,7%	7,7%	8,3%	-7,8%	6,7%	7,4%	1,1%
Comercio y reparación de vehículos	13,0%	8,2%	-33,7%	16,2%	15,0%	-21,5%	19,4%	19,0%	-10,1%
Alojamiento y servicios de comida	4,2%	3,4%	-15,5%	8,2%	7,2%	-24,6%	7,4%	6,6%	-19,0%
Transporte y almacenamiento	6,2%	5,6%	-7,7%	7,9%	7,4%	-20,3%	6,7%	7,1%	-3,3%

El mercado laboral para las comunidades afrodescendientes e indígenas en Colombia, especialmente en el sector rural, sigue enfrentando desafíos significativos. Las limitaciones de acceso a la educación, la discriminación y la alta informalidad laboral son factores que limitan sus oportunidades de desarrollo económico. Es fundamental que se implementen políticas públicas específicas que promuevan la inclusión, el desarrollo de competencias y la formalización del empleo en estas comunidades para lograr un avance real en la equidad y justicia social en Colombia”.

3.3 DE LA CONSULTA PREVIA

El derecho a la Consulta Previa tiene sustento en principios reconocidos desde el mismo preámbulo de nuestra Carta Política y reiterados a lo largo del texto constitucional. Encontramos que la Constitución Política estableció como uno de los pilares del Estado social de derecho el principio de participación democrática (preámbulo, Art. 1º), y como fin esencial del Estado, el de facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan.

Así mismo, la Carta Fundamental reconoció que Colombia es un Estado pluralista que garantiza y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación (Art. 1º, 7º, 8º, 10).

De igual manera, el artículo 330 de la Constitución Política establece con relación a los territorios indígenas, lo siguiente:

“Artículo 330: De conformidad con la Constitución y las leyes, los territorios indígenas estarán gobernados por consejos conformados y reglamentados según los usos y costumbres de sus comunidades y ejercerán las siguientes funciones:

(...) **PARÁGRAFO.** La explotación de los recursos naturales en los territorios indígenas se hará sin desmedro de la integridad cultural, social y económica de las comunidades indígenas. En las decisiones que se adopten respecto de dicha explotación, el Gobierno propiciará la participación de los representantes de las respectivas comunidades”.

En virtud de lo anterior y en consonancia con el compromiso de establecer especial protección a

la diversidad étnica y cultural del país, el Estado Colombiano suscribió el Convenio 169 de 1989 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre pueblos indígenas y tribales, adoptado e incorporado a nuestro ordenamiento jurídico mediante Ley 21 de 1991, haciendo parte del bloque de constitucionalidad.

El mencionado Convenio consagra en el artículo 6°, el derecho a la Consulta Previa de los pueblos indígenas, conforme al siguiente texto:

“1. Al aplicar las disposiciones del presente Convenio, los gobiernos deberán:

a) Consultar a los pueblos interesados, mediante procedimientos apropiados y en particular a través de sus instituciones representativas, cada vez que se prevean medidas legislativas o administrativas susceptibles de afectarlas directamente (...).”

A su turno, el artículo 7° *ibidem*, dispone:

“Los pueblos interesados deberán tener el derecho de decidir sus propias prioridades en lo que atañe al proceso de desarrollo, en la medida en que este afecte sus vidas, creencias, instituciones y bienestar espiritual y a las tierras que ocupan o utilizan de alguna manera, y de controlar, en la medida de lo posible, su propio desarrollo económico, social y cultural.

Además, dichos pueblos deberán participar en la formulación, aplicación y evaluación de los planes y programas de desarrollo nacional y regional susceptibles de afectarles directamente”.

3.3.1 Medidas que deben consultarse

Es importante recordar los tipos de decisiones que, en nuestro ordenamiento jurídico, deben ser previamente consultadas a las comunidades étnicas, de conformidad con los lineamientos que la Corte Constitucional ha fijado a través de su jurisprudencia. En Sentencia T-800 de 2014 y recogiendo otros pronunciamientos sobre la materia, el máximo Tribunal Constitucional expresó:

“La determinación de cuáles son las medidas que deben ser sometidas a consulta, la forma en que esta debe llevarse y las finalidades de la misma, fueron sintetizadas por la Corte Constitucional en la Sentencia C-882 de 2011. En dicho fallo, a partir de los criterios sentados por Sentencias como la C-030 de 2008 y T-769 de 2009, se indicó, respecto del alcance de la consulta previa, que esta resulta obligatoria cuando las medidas que se adopten sean susceptibles de afectar específicamente a las comunidades indígenas en su calidad de tales, por lo que en cada caso concreto resulta necesario distinguir dos niveles de afectación: (i) el que se deriva de las políticas y programas que de alguna forma les conciernen y (ii) el que se desprende de las medidas legislativas o administrativas que puedan afectarlos directamente. De lo anterior, se dedujo que existían varios escenarios ante los cuales existe el deber de consulta. (Subraya fuera de texto original).

(i) “Decisiones administrativas relacionadas con proyectos de desarrollo: licencias ambientales, contratos de concesión y concesiones mineras, entre otros”.

(ii) “Presupuestos y proyectos de inversión financiados con recursos del presupuesto nacional”.

(iii) “Decisiones sobre la prestación del servicio de educación que afectan directamente a las comunidades”.

(iv) “Medidas legislativas”.

3.3.2 De la Afectación Directa

De acuerdo con lo anterior, de manera general puede afirmarse que la Consulta previa procede, en principio, frente a dos tipos de decisiones o medidas: **i)** la ejecución de proyectos, obras o actividades, y **ii)** la adopción de medidas administrativas o legislativas de carácter general. En ambas situaciones lo que determina la obligatoriedad de la Consulta Previa, es que las medidas o decisiones que se pretendan adoptar, causen una afectación específica y directa en las comunidades étnicas. En la anterior sentencia, la Corte Constitucional identificó una serie de criterios para determinar aquellos casos en los cuales las medidas administrativas o legislativas, ocasionan una afectación directa:

“La Sentencia C-030 de 2008, precisó que por afectación directa debe entenderse toda medida que “altera el estatus de la persona o de la comunidad, bien sea porque le impone restricciones o gravámenes, o, por el contrario, le confiere beneficios”. En tal sentido, sostuvo que la afectación directa se da sin importar que sea positiva o negativa, pues es precisamente dicho aspecto el que deberá resolverse al consultar a los pueblos indígenas afectados.

Ahora bien, entrando más a fondo, a efectos de determinar cuál es el grado de afectación, se señala que la especificidad que se requiere para que una medida deba ser sometida a consulta, “se puede derivar o bien del hecho de que regula una de las materias del Convenio 169 de la OIT, o bien de que aunque ha sido concebida de manera general, tiene una repercusión directa sobre los pueblos indígenas”. Es decir, “puede ser el resultado de una decisión expresa de expedir una regulación en el ámbito de las materias previstas en el convenio, o puede provenir del contenido de la medida como tal, que, aunque concebida con alcance general, repercute de manera directa sobre las comunidades indígenas y tribales”.

3.3.3 Procedencia de la Consulta Previa

Tratándose específicamente de medidas administrativas o legislativas de carácter general, la Corte Constitucional se ha ocupado a través de su jurisprudencia de fijar los criterios de procedencia, elementos y alcance del derecho a la Consulta Previa, destacándose los siguientes pronunciamientos:

“Es así como para el caso particular de las comunidades indígenas y afrodescendientes, existen

previsiones constitucionales expresas, que imponen deberes particulares a cargo del Estado, dirigidos a la preservación de las mismas y la garantía de espacios suficientes y adecuados de participación en las decisiones que las afectan. Ello, sumado al contenido y alcance de normas de derecho internacional que hacen parte del bloque de constitucionalidad, ha permitido que la jurisprudencia de esta Corporación haya identificado un derecho fundamental de las comunidades indígenas y afrodescendientes a la consulta previa de las decisiones legislativas y administrativas susceptibles de afectarles directamente.¹¹ (Resaltado fuera de texto original).

Más adelante expresa, la trascendencia de la denominada afectación directa, como criterio fundamental de procedencia de la Consulta previa, destacando que cuando la medida legislativa resulta de carácter general, esto es, cuando sus efectos se derivan a todos los ciudadanos por igual, incluidas las comunidades étnicas, no será necesario realizar el proceso consultivo en palabras de esta Corporación:

“Para el caso particular de las medidas legislativas, la consulta se predica sólo de aquellas disposiciones legales que tengan la posibilidad de afectar directamente los intereses de las comunidades, por lo que, aquellas medidas legislativas de carácter general, que afectan de forma igualmente uniforme a todos los ciudadanos, entre ellos los miembros de las comunidades tradicionales, no están sujetas al deber de consulta, excepto cuando esa normatividad general tenga previsiones expresas, comprendidas en el ámbito del Convenio 169 de la OIT, que sí interfieran esos intereses.” (Resaltado y subraya fuera de texto original).

“(…)

“En armonía con estas consideraciones, el deber de consulta previa respecto de medidas legislativas, resulta jurídicamente exigible cuando las mismas afecten directamente a las comunidades indígenas y afrodescendientes. Ello sucede cuando la materia del proyecto está relacionada con aspectos que tienen una vinculación intrínseca con la definición de la identidad étnica de dichos grupos. (Resaltado y subraya fuera de texto original).

“Por ende, no existirá deber de consulta cuando la medida legislativa no pueda predicarse de forma particular a los pueblos indígenas y tribales y, a su vez, el asunto regulado no tenga relación con aspectos que, razonable y objetivamente, conformen la identidad de la comunidad diferenciada. (Resaltado y subraya fuera de texto original).

“Así, de acuerdo con el precedente constitucional estudiado en esta sentencia, para acreditar la exigencia de la consulta previa, debe determinarse si la materia de la medida legislativa tiene un vínculo necesario con la definición del ethos de las comunidades indígenas y afrodescendientes. En

otras palabras, el deber gubernamental consiste en identificar si los proyectos de legislación que pondrá a consideración del Congreso contienen aspectos que inciden directamente en la definición de la identidad de las citadas indígenas y, por ende, su previa discusión se inscribe dentro del mandato de protección de la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana. Como se señaló en la Sentencia C-030/08, uno de los parámetros para identificar las medidas legislativas susceptibles de consulta es su relación con las materias reguladas por el Convenio 169 de la OIT¹². (Resaltado fuera de texto original).

Así, de acuerdo con la jurisprudencia constitucional, la identificación de las medidas que afectan directamente a las comunidades indígenas y afrodescendientes, se adelanta en cada caso concreto. Sin embargo, en Sentencia C-366 de 20116, la Corte Constitucional identificó algunas materias que deben ser objeto de consulta previa. Veamos:

“En ese orden de ideas, las decisiones de la Corte han concluido, aunque sin ningún propósito de exhaustividad, que materias como el territorio, el aprovechamiento de la tierra rural y forestal o la explotación de recursos naturales en las zonas en que se asientan las comunidades diferenciadas, son asuntos que deben ser objeto de consulta previa. Ello en el entendido que la definición de la identidad de las comunidades diferenciadas está estrechamente vinculada con la relación que estas tienen con la tierra y la manera particular como la conciben, completamente distinta de la comprensión patrimonial y de aprovechamiento económico, propia de la práctica social mayoritaria. A esta materia se suman otras, esta vez relacionadas con la protección del grado de autonomía que la Constitución reconoce a las comunidades indígenas y afrodescendientes. Así, en virtud de lo regulado por los artículos 329 y 330 C. P., deberán estar sometidos al trámite de consulta previa los asuntos relacionados con la conformación, delimitación y relaciones con las demás entidades locales de las unidades territoriales de las comunidades indígenas; al igual que los aspectos propios del gobierno de los territorios donde habitan las comunidades indígenas; entre ellos la explotación de los recursos naturales en los mismos. Esto último según lo regulado por el parágrafo del artículo 330 C. P., el cual prevé que dicha explotación, cuando se realiza en los territorios indígenas, se hará sin desmedro de la integridad cultural, social y económica de las comunidades diferenciadas. Por ende, en las decisiones que se adopten al respecto, el Gobierno debe propiciar la participación de los representantes de las respectivas comunidades¹³. (Resaltado fuera de texto original).

Posteriormente, la Corte Constitucional, ratificó los elementos que determinan la procedencia de la Consulta Previa de decisiones administrativas de

¹² Ibidem.

¹³ Corte Constitucional, sentencia C-366 de 2011 M. P.: Luis Ernesto Vargas Silva.

¹¹ Corte Constitucional. Sentencia C-175 de 2009. M. P. Luis Ernesto Vargas Silva.

carácter general o proyectos de ley, en los siguientes términos:

*“Como lo ha indicado la jurisprudencia de la Corte, de las normas constitucionales que prevén el reconocimiento y protección de la diversidad étnica y cultural y, en especial, de las reglas previstas en el artículo 6° del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, norma integrante del bloque de constitucionalidad, concurre un derecho fundamental a la consulta previa, consistente en que aquellas **decisiones legislativas o administrativas que afecten directamente a las comunidades indígenas o afrodescendientes, deben ser consultadas con ellas por parte del Gobierno**, bajo condiciones de buena fe y respeto por su identidad diferenciada. A su vez, ese mismo precedente dispone que:*

*(i) La afectación directa que obliga a la consulta refiera a la regulación de asuntos que conciernen a la comunidad diferenciada o que, **siendo de carácter general, tienen incidencia verificable en la conformación de su identidad**; y (ii) la omisión de la consulta previa, cuando se trata de medidas legislativa, genera prima facie la inexequibilidad de la norma correspondiente, puesto que se trata de un vicio que, aunque tiene naturaleza sustantiva, afecta el trámite legislativo. Esto explica que, por razones metodológicas, el análisis sobre el cumplimiento del deber de consulta previa haga parte del estudio formal de la iniciativa, aunque en estricto sentido no haga parte del procedimiento de formación de la ley.¹⁴ (Resaltado fuera de texto original).*

Más recientemente la Corte Constitucional expresó, que “el criterio de afectación directa que determina la obligatoriedad de la consulta hace referencia a un posible impacto sobre la autonomía, diversidad e idiosincrasia de la comunidad étnica o tribal. La Corte ha calificado como **eventos de afectación directa las medidas que resulten virtualmente nocivas o que generen una intromisión intolerable en las dinámicas económicas, sociales y culturales de estos pueblos**”¹⁵ (Resaltado fuera de texto original).

De acuerdo con los precedentes jurisprudenciales en cita, el análisis de la procedencia o no de la consulta de medidas administrativas o legislativas, se hace observando los siguientes criterios:

1. La decisión administrativa o legislativa debe ser susceptible de afectar directamente los intereses de las comunidades étnicas. Para efectos de la Consulta Previa, se entiende que hay afectación directa cuando:

- a) Se regula una de las materias del Convenio 169 de la OIT.
 - b) El proyecto normativo refiera a la regulación de asuntos que conciernen a la comunidad diferenciada o que,
 - c) La regulación tenga una incidencia verificable en la conformación de su identidad.
 - d) Las medidas que resulten virtualmente nocivas.
 - e) Medidas que generen una intromisión intolerable en las dinámicas económicas, sociales y culturales de estos pueblos.
2. No están sujetas al deber de consulta las medidas administrativas o legislativas de carácter general, cuando:
 - a) Las mismas afectan de forma uniforme a todos los ciudadanos, entre ellos los miembros de las comunidades tradicionales.
 - b) La medida no se predique de forma particular a los pueblos indígenas y tribales y,
 - c) El asunto regulado no tenga relación con aspectos que, razonable y objetivamente, conformen la identidad de la comunidad diferenciada.

Así mismo, será exigible el deber de consulta en todos aquellos casos en los que el contenido de las medidas administrativas o legislativas se refiera específicamente a los siguientes aspectos:

- El aprovechamiento de la tierra rural y forestal o **la explotación de recursos naturales en las zonas en que se asientan las comunidades diferenciadas**.
- La conformación, delimitación y relaciones con las demás entidades locales de las unidades territoriales de las comunidades indígenas.
- Aspectos propios del gobierno de los territorios donde habitan las comunidades indígenas.
- Explotación de recursos naturales en los territorios de las comunidades étnicas.

Teniendo en cuenta el carácter fundamental del derecho a la Consulta Previa, así como su exigibilidad del mismo frente a medidas administrativas o legislativas de carácter general, se hace necesario analizar el proyecto de ley sin perder de vista las consideraciones precedentes.

3.3.4 Análisis del proyecto de ley frente a la Consulta Previa:

La medida puesta a consideración tiene como justificación y finalidad:

“(…) pretende crear el Certificado de Responsabilidad Étnica Empresarial, el cual será otorgado por el Ministerio del Trabajo a las empresas que vinculen dentro de su personal, a población indígena, negra, afrocolombiana, raizal, palenquera, Rom o gitana, en los niveles de

¹⁴ Corte Constitucional. Sentencia C-490/11 M. P. Luis Ernesto Vargas Silva.

¹⁵ Corte Constitucional. Sentencia T-800 de 2014 M. P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

dirección, supervisión y operación, en un porcentaje igual o superior al 10% de su planta laboral”.

Así mismo, en el cuerpo normativo del proyecto de ley se identifica el desarrollo de los siguientes ejes temáticos:

- Crea el Certificado de Responsabilidad Étnica Empresarial, que será otorgado por el Ministerio de Trabajo a las empresas que vinculen dentro de su personal población indígena, negra, afrocolombiana, raizal, palenquera, Rom o gitana en un porcentaje igual o superior al 10% de su planta laboral.

Dicho certificado generará un indicador positivo para las personas jurídicas que deseen contratar con el estado.

- Conmina al Ministerio de Trabajo a expedir los criterios, requisitos y procedimientos para el otorgamiento el Certificado de Responsabilidad Étnica Empresarial.
- Otorga incentivos a las personas jurídicas que cuenten con el Certificado de Responsabilidad Étnica Empresarial, tales como puntaje adicional en los procesos de selección contractual que adelante el Estado.
- Establece que el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el Ministerio del Trabajo y el Departamento de Planeación Nacional deberán reglamentar a través de decreto el proceso de puntuación adicional para los procesos de selección contractual.
- Establece disposiciones para la verificación de los requisitos que dan lugar al Certificado de Responsabilidad Étnica Empresarial en el transcurso del tiempo.

En consecuencia, desarrollado el análisis jurisprudencial y factico para la iniciativa legislativa se puede concluir que el mismo no es una medida legislativa sujeta al desarrollo de consulta previa, bajo las siguientes consideraciones:

1. Del análisis de la iniciativa legislativa en mención no se evidencia ninguna disposición directa y específica que regule, desarrolle, limite o imponga situaciones o hechos que en específico comprometan la integridad étnica y cultural de los colectivos étnicos.

Por el contrario, es una iniciativa que busca establecer medidas que repercutan en la vinculación de personas étnicas a la fuerza de trabajo del sector productivo en sus niveles de dirección, supervisión y operación, lo cual repercute en el mejoramiento de su calidad de vida.

2. La medida no regula el aprovechamiento de la tierra rural y forestal o la explotación de recursos naturales en las zonas en que se asientan las comunidades diferenciadas.
11. No es una medida que comprometa directa y específicamente los atributos de la condición étnica de las comunidades, tales como su autonomía, autodeterminación y elementos

materiales que los distinguen como sus creaciones, instituciones y comportamientos colectivos.

12. No es una disposición que reglamente preceptos establecido en el Convenio 169 de la OIT o sus normas reglamentarias.

En consecuencia, proyecto de ley “Por medio del cual se crea el Certificado de Responsabilidad Étnica Empresarial y se dictan otras disposiciones” No es una norma que genere una intromisión intolerable en las dinámicas económicas, sociales y culturales de los colectivos étnicos.

4. CONTENIDO DEL PROYECTO DE LEY

El proyecto de Ley se compone de cinco (5) artículos, siendo estos:

Artículo 1º - Creación del Certificado de Responsabilidad Étnica Empresarial: Este artículo establece el certificado, sus beneficiarios y el criterio de inclusión étnica en el sector laboral de empresas.

Artículo 2º - Incentivos: Define los beneficios que pueden obtener las empresas que posean el Certificado de Responsabilidad Étnica Empresarial en los procesos de selección de contratistas del Estado.

Artículo 3º -Plazo de Vigencia: Establece la duración de los beneficios otorgados por la ley y el procedimiento de renovación.

Artículo 4º -Idoneidad Técnica del Recurso Humano: Obliga a las entidades contratantes a definir las competencias requeridas para garantizar que las comunidades étnicas puedan prepararse para cubrir las necesidades de contratación.

Artículo 5º – Vigencia: Señala la fecha de entrada en vigor de la ley y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

5. FUNDAMENTOS JURÍDICOS

El presente proyecto cuenta con un antecedente que fue uno de los artículos del Proyecto de Ley Estatutaria número 125 de 2012 Senado, presentado por el entonces Ministro del Interior, Fernando Carrillo, proyecto que fue archivado en primer debate. De otra parte, este nuevo proyecto de ley se fundamenta en normas constitucionales y en algunas normas del derecho internacional que se han integrado al bloque de constitucionalidad. A continuación, algunas de dichas prescripciones:

DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES:

Preámbulo de la Constitución Política: Invoco la Constitución Nacional como el principal referente jurídico que nos motiva a presentar esta propuesta legislativa, pues va encaminada al cumplimiento efectivo de su mandato.

“El pueblo de Colombia, en ejercicio de su poder soberano, representado por sus delegatarios a la Asamblea Nacional Constituyente, invocando la protección de Dios, y con el fin de fortalecer la unidad de la nación y asegurar a sus integrantes

la vida, la convivencia, el trabajo, la justicia, la igualdad, el conocimiento, la libertad y la paz, dentro de un marco jurídico, democrático y participativo que garantice un orden político, económico y social justo, y comprometido a impulsar la integración de la comunidad latinoamericana, decreta, sanciona y promulga la siguiente”.

Artículo 1º. Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, 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.

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

Artículo 7º. El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la nación colombiana.

Frente a la Defensoría del Pueblo - Colombia:

La Defensoría del Pueblo colombiano en el año 2022 formuló un Informe en el que se evidencia como el racismo se ha convertido en un fenómeno universal, del que, lastimosamente ningún Estado escapa, en este informe se valora la necesidad de empezar a discutir de forma global sobre “*el racismo, la discriminación racial estructural y sistémica que afecta a los afrodescendientes*”, en Colombia y en el mundo, este informe fue titulado: “*Afrodescendientes: Reconocimiento, Justicia y Desarrollo*” (Pueblo, 2022), *muestra un panorama analítico de la situación de “racismo y la discriminación racial, y aporta elementos con miras a favorecer la adopción de políticas públicas tendientes a su superación*”, y se enfatiza en la importancia de medidas que permitan reparar las injusticias del pasado mediante la utilización de acciones afirmativas (Pueblo, 2022).

Como se observa a nivel mundial se buscan generar políticas públicas que permitan aportar al reconocimiento, perdón y la reparación de los afrodescendientes, este hecho surgió desde el año 2001 en el marco de la Tercera Conferencia Mundial contra el Racismo realizada en Durban, Sudáfrica, la cual, estuvo antecedida por cinco Conferencias Regionales, en las que los hijos de las víctimas que sobrevivieron a la trata tras atlántica de seres humanos y sus migraciones posteriores, que hoy se asientan en Colombia, estuvieron presentes (Pueblo, 2022).

Los gestos de reconocimiento, perdón y reparación son una muestra sincera y fundamental de la humanización de quienes han sufrido abusos en el pasado y del resarcimiento de su valor humano,

su dignidad, y su autoestima (ONU, 2013). Estos gestos de humanización son cada vez más frecuentes en diferentes países, puesto que la verdad permite dejar un registro abierto del pasado, e informa a la comunidad sobre la naturaleza y el alcance de las injusticias acaecidas en el pasado, contribuyendo a la reconciliación de los grupos étnicos, esta situación se destaca en el Informe Defensorial, y presenta varias experiencias emblemáticas a nivel mundial, que pueden y deben inspirar a Colombia (Pueblo, 2022).

CONVENIOS Y DECLARACIONES INTERNACIONALES:

• Declaración Universal de Derechos Humanos. ONU, 1948.

Artículo 21. 2. Toda persona tiene el derecho de acceso, en condiciones de igualdad, a las funciones públicas de su país.

• Pacto internacional de derechos civiles y políticos. ONU, 1966.

“Artículo 25. Todos los ciudadanos gozarán, sin ninguna de las distinciones mencionadas en el artículo 2º, y sin restricciones indebidas, de los siguientes derechos y oportunidades: ... *c) tener acceso, en condiciones generales de igualdad, a las funciones públicas de su país*”.

3. Convención Americana de Derechos Humanos (San José de Costa Rica):

Artículo 23. *Derechos políticos.* Todos los ciudadanos deben gozar de los siguientes derechos y oportunidades: (...) c) de tener acceso, en condiciones generales de igualdad, a las funciones públicas de su país.

4. Convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial. ONU, 1965:

Artículo 2º. (...) 2. Los Estados partes tomarán, cuando las circunstancias lo aconsejen, medidas especiales y concretas, en las esferas social, económica y cultural y en otras esferas, para asegurar el adecuado desenvolvimiento y protección de ciertos grupos raciales o de personas pertenecientes a estos grupos, con el fin de garantizar en condiciones de igualdad el pleno disfrute por dichas personas de los derechos humanos y de las libertades fundamentales. Esas medidas en ningún caso podrán tener como consecuencia el mantenimiento de derechos desiguales o separados para los diversos grupos raciales después de alcanzados los objetivos para los cuales se tomaron”.

5. Conferencia Mundial contra el Racismo y la Discriminación Racial. Durban (Sudáfrica). 2001. Programa de Acción aceptado por Colombia:

Párrafo 108: Reconocemos la necesidad de adoptar medidas afirmativas o medidas especiales a favor de las víctimas del racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia para promover su plena integración a la sociedad. Esas medidas de acción efectiva, que han

de incluir medidas sociales, deben estar destinadas a corregir las condiciones que menoscaban el disfrute de los derechos y a generar equidad, entre otros.

Organización de Naciones Unidas (ONU)

La Organización de Naciones Unidas el veintitrés (23) de diciembre de 2013, recordando la Resolución número 52/111, de 12 de diciembre de 1997, en la que decidió convocar la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia, y sus Resoluciones números 56/266, de 27 de marzo de 2002, 57/195, de 18 de diciembre de 2002, 58/160, de 22 de diciembre de 2003, 59/177, de 20 de diciembre de 2004, y 60/144, de 16 de diciembre de 2005, que orientaron el seguimiento general de la Conferencia Mundial y la aplicación efectiva de la Declaración y el Programa de Acción de Durban, genero la Resolución número 68/237, por medio de la cual, proclama el Decenio Internacional de los Afrodescendientes en la cual indicó (ONU, 2013).

“Reiterando que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y tienen la capacidad de contribuir de manera constructiva al desarrollo y bienestar de la sociedad, y que todas las doctrinas de superioridad racial son científicamente falsas, moralmente condenables, socialmente injustas y peligrosas y deben rechazarse, al igual que las teorías con que se pretende determinar la existencia de distintas razas humanas, Reconociendo los esfuerzos realizados y las iniciativas emprendidas por los Estados para prohibir la discriminación y la segregación y promover el goce pleno de los derechos económicos, sociales y culturales, así como de los derechos civiles y políticos.

Poniendo de relieve que, a pesar de la labor llevada a cabo a este respecto, millones de seres humanos siguen siendo víctimas del racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia, incluidas sus manifestaciones contemporáneas, algunas de las cuales adoptan formas violentas.

Poniendo de relieve también su Resolución número 64/169, de 18 de diciembre de 2009, en la que proclamó 2011 Año Internacional de los Afrodescendientes.

Recordando sus Resoluciones números 3057 (XXVIII), de 2 de noviembre de 1973, 38/14, de 22 de noviembre de 1983, y 48/91, de 20 de diciembre de 1993, en las que proclamó los tres Decenios de la Lucha contra el Racismo y la Discriminación Racial, y consciente de que sus objetivos todavía no se han alcanzado.

Subrayando su Resolución número 67/155, de 20 de diciembre de 2012, en la que solicitó al Presidente de la Asamblea General que, en consulta con los Estados Miembros, los programas y organizaciones competentes de las Naciones Unidas y la sociedad civil, incluidas las organizaciones no gubernamentales, pusiera en marcha un proceso preparatorio de carácter oficioso y consultivo que condujera a la proclamación, en 2013, del Decenio

Internacional de los Afrodescendientes, con el tema “Afrodescendientes: reconocimiento, justicia y desarrollo”.

Recordando el párrafo 61 de su Resolución número 66/144, de 19 de diciembre de 2011, en la que alentaba al Grupo de Trabajo de Expertos sobre los Afrodescendientes a que formulase un programa de acción, con tema incluido, para su aprobación por el Consejo de Derechos Humanos, y a este respecto, tomando nota de la Resolución número 21/33 del Consejo, de 28 de septiembre de 2012, en la que el Consejo acogió con agrado el proyecto de programa de acción para el Decenio de los Afrodescendientes³ y decidió remitirlo a la Asamblea General, con miras a su aprobación, (ONU, 2013)”.

Por medio de la cual, la Organización de Naciones Unidas:

*“1. Proclama el **Decenio Internacional de los Afrodescendientes**, que comenzará el 1º de enero de 2015 y terminará el 31 de diciembre de 2024, con el tema “Afrodescendientes: reconocimiento, justicia y desarrollo”, que se inaugurará de forma oficial inmediatamente después del debate general del sexagésimo noveno período de sesiones de la Asamblea General;*

2. Solicita al Presidente de la Asamblea General, por conducto del facilitador, que siga celebrando consultas con los Estados miembros de la Asamblea General y otros interesados, con miras a elaborar un programa para la aplicación del Decenio Internacional, basándose en el proyecto de programa elaborado por el Grupo de Trabajo Intergubernamental sobre la Aplicación Efectiva de la Declaración y el Programa de Acción de Durban, que se ultimaré y aprobará durante el sexagésimo octavo período de sesiones de la Asamblea y a más tardar el 30 de junio de 2014;

3. Pide que se asigne financiación previsible con cargo al presupuesto ordinario y los recursos extrapresupuestarios de las Naciones Unidas para la aplicación efectiva del programa de acción y las actividades que se realicen en el marco del Decenio Internacional. (Subrayado y negrilla fuera texto)” (ONU, 2013).

Aproximadamente doscientos (200) millones de personas, que se identifican a sí mismos como afrodescendientes viven en América, y muchos millones más viven en otras partes del mundo, lejos del continente africano. Sea porque son descendientes de las víctimas de la trata transatlántica de esclavos o porque han migrado en años recientes, estableciendo que sean uno de los grupos con el mayor índice de pobreza, y marginalidad a nivel mundial (OEA, 2016). De acuerdo con numerosas investigaciones realizadas por organismos internacionales y nacionales, se evidencia que las comunidades y población afrodescendiente aún tienen un acceso limitado a servicios de educación y salud de calidad, vivienda y seguridad social.

En múltiples situaciones, su entorno sigue siendo en gran medida invisible, y no se han reconocido de manera suficiente los esfuerzos realizados por la población afrodescendiente en la obtención de reparación por su condición actual. Frecuentemente son objeto de discriminación en la administración de justicia, se enfrentan a tasas alarmantes de violencia policial, así como a la aplicación de perfiles delictivos en función de color de piel o raza (ONU, 2013).

La población afrodescendiente sufre múltiples formas de discriminación por otros motivos conexos, como la edad, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otro tipo, el origen social, el patrimonio, la discapacidad, el nacimiento u otra condición. Sumado a esto, también se puede evidenciar que, los niveles de participación en política son bajos, tanto a la hora de ejercer el voto como en el ejercicio de cargos políticos (OEA, 2016).

La promoción y protección de los derechos humanos de los afrodescendientes se ha convertido y deber ser un tema de vital interés tanto para las Naciones Unidas, y Organización de Estados Americanos, como para el Estado Colombiano. Razón por la cual, la Declaración y el Programa de Acción de Durban reconoció que los afrodescendientes fueron víctimas de tragedias atroces como la esclavitud, trata de esclavos, colonialismo, y que continúan sufriendo las consecuencias de estas acciones hoy en día (ONU, 2013).

El proceso de Durban exaltó la imagen de los afrodescendientes y favoreció que se hicieran avances sustanciales en la promoción y protección de sus derechos como resultado de las medidas concretas adoptadas por los Estados, las Naciones Unidas, otros órganos internacionales y regionales y la sociedad civil. Lamentablemente, *“pese a los avances mencionados, el racismo y la discriminación, tanto directos como indirectos, tanto de facto como de jure, siguen manifestándose en la desigualdad y las desventajas”* (ONU, 2013).

Organización de los Estados Americanos (OEA)

En su Asamblea General de 2016, la Organización de Estados Americanos (OEA) aprobó el Plan de Acción del Decenio de las y los Afrodescendientes en las Américas desde el año 2016, al año 2025, reconociendo con ello que este colectivo presente en el continente es descendiente de millones de africanos que fueron esclavizados y transportados a la fuerza como parte de la inhumana trata transatlántica de esclavos entre los siglos XV y XIX (OEA, 2016).

En el Plan de Acción se esboza una serie de actividades clave encaminadas a fomentar una mayor conciencia de la situación que afrontan las y los afrodescendientes en las Américas y garantizar su plena participación de la vida social, económica y política. El plan contiene además el mandato de conmemorar cada año el Día Internacional de

Recuerdo de las Víctimas de la Esclavitud y la Trata Transatlántica de Esclavos. En vista de lo anterior, en el mes de febrero del año 2018, los Estados Miembros adoptaron una Resolución mediante la cual, se estableció la Semana Interamericana de las y los Afrodescendientes en las Américas, para con ello inmortalizar el legado de la esclavitud y la trata de esclavos, así como sus consecuencias en la vida de los afrodescendientes y, al mismo tiempo, promover que haya un mayor conocimiento y respeto de la diversidad del patrimonio y cultura afrodescendientes y sus aportes al desarrollo de la sociedad (OEA, 2016).

Conforme al espíritu de esa resolución y como una forma de celebrar el Decenio de las y los Afrodescendientes en las Américas, la OEA generó la tarea de realzar la influencia de los afrodescendientes en la formación de nuestras sociedades, presentando a reconocidas figuras que a lo largo de la historia se han destacado por sus aportaciones en el campo de las artes, la cultura, los deportes, la política, los derechos humanos y la ciencia, tanto en el ámbito nacional como continental, y que a través de su trabajo han contribuido a sus naciones y a la región (OEA, 2016).

Esta celebración tiene lugar en el marco de la resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas, con la que se proclamó el periodo comprendido entre 2015 y 2024 como el Decenio Internacional de los Afrodescendientes, *“citando la necesidad de fortalecer la cooperación nacional, regional e internacional en relación con el pleno disfrute de los derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos de las personas de ascendencia africana, y su plena e igualitaria participación en todos los aspectos de la sociedad”* (OEA, 2016).

6. CIRCUNSTANCIAS O EVENTOS QUE PUEDEN GENERAR POSIBLES CONFLICTOS DE INTERESES

Teniendo en cuenta el artículo 3° de la Ley 2003 de noviembre de 2019, por la cual se modifica parcialmente la Ley 5ª de 1992 en su artículo 291, estableciendo la obligación al autor del proyecto de presentar la descripción de las posibles circunstancias o eventos que podrán generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto, siendo estos, criterios guías para que los congresistas tomen una decisión en torno a si se encuentran en una causal de impedimento.

En este sentido, con el fin de ilustrar en el análisis frente a los posibles impedimentos que podrían derivar en conflictos de intereses producto de la actividad legislativa realizada, se citarán textualmente los criterios determinados en el artículo 1° de la Ley 2003 de 2019:

“ARTÍCULO 1º. El artículo 286 de la Ley 5ª de 1992 quedará así:

Artículo 286. Régimen de conflicto de interés de los congresistas. Todos los congresistas deberán

declarar los conflictos de intereses que pudieran surgir en ejercicio de sus funciones.

Se entiende como conflicto de interés una situación donde la discusión o votación de un proyecto de ley o acto legislativo o artículo, pueda resultar en un beneficio particular, actual y directo a favor del congresista.

- a) Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del 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) <Literal INEXEQUIBLE>*
- 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.*

PARÁGRAFO 1º. *Entiéndase por conflicto de interés moral aquel que presentan los congresistas*

cuando por razones de conciencia se quieran apartar de la discusión y votación del proyecto.

PARÁGRAFO 2º. *Cuando se trate de funciones judiciales, disciplinarias o fiscales de los congresistas, sobre conflicto de interés se aplicará la norma especial que rige ese tipo de investigación.*

PARÁGRAFO 3º. *Igualmente se aplicará el régimen de conflicto de intereses para todos y cada uno de los actores que presenten, discutan o participen de cualquier iniciativa legislativa, conforme al artículo 140 de la Ley 5ª de 1992 (...).*

Frente al presente proyecto, se considera que no genera conflictos de interés, puesto que los beneficios particulares, actuales y directos, conforme a lo dispuesto en la ley. Sin perjuicio de lo anterior, se debe tener en cuenta que la descripción de los posibles conflictos de interés que se puedan presentar frente al trámite del presente proyecto de ley, no exime del deber del Congresista que, en su esfera privada, identifique causales adicionales que a su juicio considere pertinentes y exponerlas durante el trámite correspondiente.

7. IMPACTO FISCAL DE LA INICIATIVA

El cumplimiento de las metas y la ejecución de las medidas establecidas en el proyecto de ley se hará en el marco de las competencias constitucionales y legales de las entidades involucradas y en concordancia con la capacidad financiera y presupuestal y las reglas del marco fiscal de mediano plazo vigentes, en tanto corresponde a cada entidad comprometer y ordenar el gasto en desarrollo de sus apropiaciones, y la ejecución de los recursos que son aprobados por el Congreso de la República.

Para efectos de continuar con el trámite legislativo, conviene tener presente las disposiciones desarrolladas por la Corte Constitucional a lo largo de su jurisprudencia sobre la materia. Inicialmente, estableció mediante Sentencia C-866 de 2010¹⁶, lo siguiente:

“(…) En hilo de lo expuesto, es posible deducir las siguientes subreglas sobre el alcance del artículo 7º de la Ley 819 de 2003: (i) las obligaciones previstas en el artículo 7º de la Ley 819 de 2003 constituyen un parámetro de racionalidad legislativa, que cumple fines constitucionalmente relevantes como el orden de las finanzas públicas y la estabilidad macroeconómica; (ii) el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 7º de la Ley 819 de 2003 corresponde al Congreso, pero principalmente al Ministro de Hacienda y Crédito Público, en tanto que “es el que cuenta con los datos, los equipos de funcionarios y la experticia en materia económica. Por lo tanto, en el caso de que los congresistas tramiten un proyecto incorporando estimativos erróneos sobre el impacto fiscal, sobre la manera de atender esos nuevos gastos o sobre la compatibilidad del proyecto con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, le corresponde al Ministro de Hacienda intervenir en el proceso

¹⁶ Corte Constitucional. Sentencia C-866 del 3 de noviembre de 2010. M. P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub.

legislativo para ilustrar al Congreso acerca de las consecuencias económicas del proyecto”; (iii) en caso de que el Ministro de Hacienda y Crédito Público no intervenga en el proceso legislativo u omita conceptuar sobre la viabilidad económica del proyecto no lo vicia de inconstitucionalidad, puesto que este requisito no puede entenderse como un poder de veto sobre la actuación del Congreso o una barrera para que el Legislador ejerza su función legislativa, lo cual “se muestra incompatible con el balance entre los poderes públicos y el principio democrático”; y (iv) el informe presentado por el Ministro de Hacienda y Crédito Público no obliga a las células legislativas a acoger su posición, sin embargo, sí genera una obligación en cabeza del Congreso de valorarlo y analizarlo. Sólo así se garantiza una debida colaboración entre las ramas del poder público y se armoniza el principio democrático con la estabilidad macroeconómica (...).

(...) Por otra parte, es preciso reiterar que si el Ministerio de Hacienda no participa en el curso del proyecto durante su formación en el Congreso de la República, mal puede ello significar que el proceso legislativo se encuentra viciado por no haber tenido en cuenta las condiciones establecidas en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003. Puesto que la carga principal en la presentación de las consecuencias fiscales de los proyectos reside en el Ministerio de Hacienda, la omisión del Ministerio en informar a los congresistas acerca de los problemas que presenta el proyecto no afecta la validez del proceso legislativo ni vicia la ley correspondiente. (Resaltado fuera del texto) (...).

(...) En hilo de lo expuesto, es posible deducir las siguientes subreglas sobre el alcance del artículo 7° de la Ley 819 de 2003:

- (i) las obligaciones previstas en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003 constituyen un parámetro de racionalidad legislativa, que cumple fines constitucionalmente relevantes como el orden de las finanzas públicas y la estabilidad macroeconómica;
- (ii) el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003 corresponde al Congreso, pero principalmente al Ministro de Hacienda y Crédito Público, en tanto que “es el que cuenta con los datos, los equipos de funcionarios y la experticia en materia económica. Por lo tanto, en el caso de que los congresistas tramiten un proyecto incorporando estimativos erróneos sobre el impacto fiscal, sobre la manera de atender esos nuevos gastos o sobre la compatibilidad del proyecto con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, le corresponde al Ministro de Hacienda intervenir en el proceso legislativo para ilustrar al Congreso acerca de las consecuencias económicas del proyecto”;

(iii) en caso de que el Ministro de Hacienda y Crédito Público no intervenga en el proceso legislativo u omita conceptuar sobre la viabilidad económica del proyecto no lo vicia de inconstitucionalidad, puesto que este requisito no puede entenderse como un poder de veto sobre la actuación del Congreso o una barrera para que el Legislador ejerza su función legislativa, lo cual “se muestra incompatible con el balance entre los poderes públicos y el principio democrático”; y

(iv) el informe presentado por el Ministro de Hacienda y Crédito Público no obliga a las células legislativas a acoger su posición, sin embargo, sí genera una obligación en cabeza del Congreso de valorarlo y analizarlo. Sólo así se garantiza una debida colaboración entre las ramas del poder público y se armoniza el principio democrático con la estabilidad macroeconómica (...).

Por otra parte, recientemente decidió unificar la interpretación de lo dispuesto en la Ley 819 de 2003, disponiendo en Sentencia C-520 de 2019¹⁷, lo que inmediatamente se cita:

“Finalmente, y dadas las discrepancias que se habían dado sobre el alcance de las obligaciones a cargo del legislador en esta materia, en la reciente Sentencia C-110 de 2019, la Sala Plena se inclinó por una decisión intermedia y unificó la interpretación al respecto así:

“80.3. Con el propósito de unificar la interpretación en esta materia, la Corte estima necesario precisar (i) que el Congreso tiene la responsabilidad -como lo dejó dicho la Sentencia C-502 de 2007 y con fundamento en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003- de valorar las incidencias fiscales del proyecto de ley. Tal carga (ii) no exige un análisis detallado o exhaustivo del costo fiscal y las fuentes de financiamiento. Sin embargo, (iii) sí demanda una mínima consideración al respecto, de modo que sea posible establecer los referentes básicos para analizar los efectos fiscales del proyecto de ley. En todo caso (iv) la carga principal se encuentra radicada en el MHCP por sus conocimientos técnicos y por su condición de principal ejecutor del gasto público. En consecuencia, (v) el incumplimiento del Gobierno no afecta la decisión del Congreso cuando este ha cumplido su deber. A su vez (vi) si el Gobierno atiende su obligación de emitir su concepto, se radica en el Congreso el deber de estudiarlo y discutirlo -ver núm. 79.3 y 90- (...).”

Frente al impacto fiscal, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público manifestó en concepto previo en el Proyecto de Ley número 123 de 2023 Cámara y 300 de 2024 Senado, Radicado 2-2024-053548 y publicado en la *Gaceta del Congreso* número 1709 de 2024, la inexistencia de costo fiscal de la iniciativa en los siguientes términos:

¹⁷ Corte Constitucional. Sentencia C-520 del 5 de noviembre de 2019. M. P. Cristina Pardo S.

“De manera atenta, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003 y en respuesta a la solicitud de impacto fiscal elevada por el Secretario de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes, se informa que el proyecto de ley del asunto no tendría impacto fiscal en la medida que no generará gastos adicionales, siempre que las cargas impuestas para el Ministerio del Trabajo relacionadas con el Certificado Étnico Empresarial sean asumidas por esa cartera con los recursos anualmente presupuestados en su labor de vigilancia y reglamentación del sector.

Sin perjuicio de lo anterior, se aclara que el Ministerio de Hacienda y Crédito Público estará al tanto del trámite legislativo del presente proyecto y, en caso de ser necesario, hará uso de la facultad del

artículo referenciado, para poner de presente las observaciones de carácter fiscal que sean necesarias dentro del trámite legislativo”.

Conforme a lo anterior, las propuestas incluidas en esta iniciativa legislativa no encajan dentro de los preceptos de ordenación de gasto o de otorgamiento de beneficios tributarios dispuestos en el inciso 2° del artículo 7° de la Ley 819 de 2003; razón por la cual no se incluyen costos fiscales de la iniciativa y la fuente de ingreso adicional generada para el financiamiento de dicho costo.

8. PLIEGO DE MODIFICACIONES

Se realiza modificación de forma únicamente al título del proyecto de ley toda vez que existe una palabra repetida. Frente a los demás artículos no se realizan modificaciones.

TEXTO RADICADO	TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE	JUSTIFICACIÓN
<p>“POR MEDIO DEL DE LA CUAL SE CREA EL CERTIFICADO DE RESPONSABILIDAD ÉTNICA EMPRESARIAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”</p> <p>EL CONGRESO DE COLOMBIA DECRETA</p>	<p>“POR MEDIO DEL DE LA CUAL SE CREA EL CERTIFICADO DE RESPONSABILIDAD ÉTNICA EMPRESARIAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”</p> <p>EL CONGRESO DE COLOMBIA, DECRETA:</p>	<p>Se realiza modificación de forma</p>

9. CONCLUSIONES

Se pone en consideración de la Honorable Comisión Séptima Constitucional permanente de la Cámara de Representantes esta iniciativa con el ánimo de promover un papel positivo de las empresas respecto a las acciones afirmativas que debemos llevar a cabo en pro de la étnica del país.

Las iniciativas legislativas en favor de las comunidades étnicas, históricamente han sido frenadas en el Congreso de la República y espero que en esta oportunidad no suceda lo mismo, sino que, por el contrario, el debate se enriquezca y la reflexión profunda y seria de nuestros colegas de como resultado la aprobación de una herramienta legislativa que ayude a promover la vinculación laboral y el trabajo de las comunidades étnicas del país.

En Colombia, toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas de conformidad con lo establecido en el artículo 25 de la Constitución Política. Es deber del Estado adoptar medidas en la legislación para garantizar a los trabajadores de la población afrocolombiana, negra, raizal y palenquera una protección eficaz en materia laboral, de condiciones de empleo y de contratación; debe hacer todo lo posible por evitar cualquier discriminación relacionada con el acceso al empleo, con la remuneración no equivalente al trabajo realizado.

Con el trámite y aprobación de este proyecto, buscamos la realización de una acción afirmativa en

pro de los pueblos afrocolombianos, negros, raizales y palenqueros, que conlleva su inclusión en las esferas del poder en el país, evitando actos aislados de discriminación.

10. PROPOSICIÓN

Por las anteriores consideraciones y haciendo uso de las facultades conferidas por el artículo 153 de la Ley 5ª de 1992, nos permitimos rendir PONENCIA POSITIVA y, en consecuencia, solicitamos de manera respetuosa a la Honorable Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes, dar **primer debate en Cámara al Proyecto de Ley número 239 DE 2025, por medio del de la cual se crea el certificado de responsabilidad étnica empresarial y se dictan otras disposiciones.**

11. TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 239 DE 2025 CÁMARA

por medio de la cual se crea el certificado de responsabilidad étnica empresarial y se dictan otras disposiciones.

**El Congreso de Colombia,
DECRETA:**

Artículo 1º. Certificado de Responsabilidad Étnica Empresarial. Créese el Certificado de Responsabilidad Étnica Empresarial, el cual será otorgado por el Ministerio del Trabajo a las empresas que dentro de su personal contraten, a población indígena, negra, afrocolombiana, raizal, palenquera,

Rom o gitana, en un porcentaje igual o superior al 10% de su planta laboral y que cumplan de idoneidad, experiencia, conocimientos y habilidades para ejercer el cargo y sus funciones. El certificado de responsabilidad étnica podrá ser un indicador positivo para las empresas, uniones temporales y/o consorcios o entidades sin ánimo de lucro que deseen contratar con el Estado, sin desconocimiento de los principios y regulaciones que rigen la contratación estatal y la objetividad en los procesos de selección.

Parágrafo 1º. Para acreditar que el personal que sea vinculado mediante contrato de trabajo pertenece a población étnica se tendrá en cuenta el certificado de registro o autocenso de la Dirección de Asuntos indígenas, Rom y minorías del Ministerio del Interior tratándose de población indígena y Rom; el certificado de auto reconocimiento o autodeterminación de la Dirección de Asuntos para Comunidades Negras, Afrocolombianas, raizales y Palenqueras del Ministerio de Interior para estas poblaciones; y la tarjeta de control de circulación y residencia (OCCRE) para la población raizal de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.

Parágrafo 2º. En aquellos departamentos donde el porcentaje de las poblaciones pertenecientes a las comunidades indígenas, negras, afrocolombianas, raizales palenqueras, Rom o gitanas sea inferior al 10% del censo total poblacional, el porcentaje de personal vinculado a la fuerza laboral de las empresas que deseen acceder al certificado de responsabilidad étnica empresarial será el mismo que corresponda al porcentaje de población de dichas comunidades étnicas que se hayan autorreconocido como tal, de acuerdo al último censo del DANE.

Parágrafo 3º. El Ministerio del Trabajo, en ejercicio de su función de formulación y regulación de políticas laborales, podrá establecer mediante acto administrativo criterios técnicos y progresivos para la ampliación del porcentaje mínimo de vinculación de personas pertenecientes a comunidades étnicas requerido para la obtención del Certificado de Responsabilidad Étnica Empresarial, con base en la proporción que estas comunidades representen en el censo poblacional de cada entidad territorial.

Esta progresividad deberá fundarse en estudios de disponibilidad laboral, niveles de formación, capacidades técnicas del recurso humano étnico en el territorio, y las condiciones estructurales del mercado de trabajo regional. La reglamentación deberá garantizar gradualidad, viabilidad operativa y respeto a los principios de transparencia, pluralidad y libre concurrencia en la contratación estatal.

Artículo 2º. Puntaje adicional en procesos de contratación estatal.

En los procesos de selección del contratista regidos por el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública, se podrá otorgar un puntaje adicional a los oferentes que presenten, con su ofrecimiento, un documento escrito en el que manifiesten su compromiso de vincular, durante la ejecución del contrato, un mínimo de un 10% del

personal requerido para el desarrollo del proyecto a trabajadores, mujeres y jóvenes pertenecientes a la población indígena, negra, afrocolombiana, raizal, palenquera y/o Rom o gitana, siempre que cumplan con los requisitos de idoneidad, experiencia, conocimientos y habilidades necesarios para el objeto del contrato.

Parágrafo 1º. Las entidades contratantes deberán realizar análisis de sector como parte de los estudios previos, en los que identifique la mano de obra disponible pertenecientes a estos sectores de la población.

Parágrafo 2º. En el caso de los oferentes que cuenten con el certificado de Responsabilidad Étnica Empresarial, serán beneficiados con la misma puntuación definida en el presente artículo.

Parágrafo 3º. De presentarse dificultades durante la ejecución para la consecución de personal provenientes de estas poblaciones, el contratista deberá informarlo a la entidad para que a través de bolsas de empleo de la región se realicen convocatorias para suplir este personal.

Parágrafo 4º. El compromiso de vinculación deberá cumplirse efectivamente durante el desarrollo del contrato. Las personas vinculadas en virtud de este compromiso deberán mantenerse contratadas por el tiempo que dure la ejecución, salvo que medie causa legal o contractual que justifique la desvinculación.

Parágrafo 5º. En ningún caso el puntaje adicional podrá ser utilizado para alterar la objetividad del proceso o como mecanismo para direccionar la contratación. Las entidades contratantes deberán dejar constancia expresa del cumplimiento de los compromisos de vinculación, en los informes de supervisión y ejecución contractual.

Parágrafo 6º. El Departamento Nacional de Planeación o la entidad competente definirá mediante reglamentación, en un plazo de seis (6) meses después de la entrada en vigencia de esta ley, una metodología técnica y estandarizada para la asignación del puntaje adicional, con el fin de garantizar su proporcionalidad, objetividad y aplicabilidad en los distintos procesos de selección que adelanten las entidades públicas.

Artículo 3º. Las medidas y beneficios consagrados en la presente ley tendrán un plazo de vigencia de diez (10) años, contados a partir del otorgamiento del certificado de Responsabilidad Étnica Empresarial, durante su vigencia, que en todo caso, deberá ser actualizado y renovado cada año.

Parágrafo 1º. Dentro del año (1) posterior a la entrada en vigencia de la presente ley, el Ministerio de Trabajo expedirá los criterios, procedimientos y requisitos para renovación o prórroga del certificado de Responsabilidad Ética Empresarial.

Parágrafo 2º. En todo caso, para la renovación anual del Certificado las empresas deberán acreditar que mantienen el porcentaje mínimo de vinculación de personal perteneciente a las Comunidades étnicas

establecido en el artículo 1 de la presente ley. El Ministerio del Trabajo podrá realizar verificaciones periódicas, para constatar el cumplimiento de dicho porcentaje, y en caso de que este no se mantenga, previa garantía del debido proceso, el Ministerio del Trabajo procederá a la revocatoria del Certificado de Responsabilidad Étnica Empresarial.

Las empresas a las que se le revoque el certificado sólo podrán solicitar uno nuevo una vez acrediten, durante un término mínimo de seis (6) meses, el cumplimiento continuo del porcentaje de vinculación señalado en esta ley.

Artículo 4°. Idoneidad Técnica del Recurso Humano. Las entidades públicas con anterioridad a la apertura, del proceso de selección previsto en la Ley 80 de 1993, dará a conocer en el territorio la obra, a contratar especificando la necesidad del recurso humano y los conocimientos y habilidades con que debe contar, para que , los miembros de la comunidad indígena, negra, afrocolombiana, raizal, palenquera, Rom o gitana, que deseen vincularse a la empresa contratista puedan certificarse en las competencias que exige el futuro proceso de selección de contratistas. El Servicio Nacional de Aprendizaje (Sena) - o cualquier entidad educativa podrá promocionar los cursos o títulos técnicos, tecnólogos, profesionales o cualquier otro que se requiera para cumplir con los requerimientos.

Artículo 5°. Vigencia. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Del honorable Representante,


GERMAN ROGELIO ROZO ANÍS
Coordinador Ponente
Representante a la Cámara
Departamento de Arauca

INFORME DE PONENCIA POSITIVA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 275 DE 2025 CÁMARA

por medio del cual se eliminan las barreras de acceso a la atención en salud para personas con VIH/SIDA, se fortalecen los mecanismos de prevención de la enfermedad, y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, Distrito Capital, martes 9 de diciembre del año 2025

Honorable Representante

CAMILO ESTEBAN ÁVILA MORALES

Presidente – Comisión Séptima Constitucional Permanente

Señor

**RICARDO ALFONSO ALBORNOZ
BARRETO**

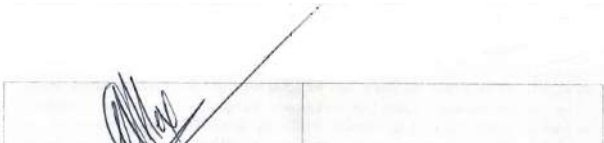
Secretario General, Comisión Séptima Constitucional Permanente.

Cámara de Representantes

ASUNTO: Informe de ponencia positiva para primer debate al Proyecto de Ley número 275 de 2025 Cámara, por medio del cual se eliminan las barreras de acceso a la atención en salud para personas con VIH/SIDA, se fortalecen los mecanismos de prevención de la enfermedad, y se dictan otras disposiciones.

Respetado Presidente y señor Secretario.

De conformidad con la designación como ponentes de tan importante iniciativa de ley, realizada mediante misiva CSCP 3.7 823-25 calendada al día y suscrita por el Secretario General de la Corporación, procedo a rendir INFORME DE PONENCIA POSITIVA PARA PRIMER DEBATE, lo anterior de conformidad con lo reglado en el artículo 150 de la Ley 5ª de 1992, y atendiendo los artículos 153 y 156 de la misma ley, sin otro particular.


JORGE ALEXANDER QUEVEDO H
Representante a la Cámara
Departamento del Guaviare

PONENCIA POSITIVA PARA PRIMER DEBATE. PROYECTO DE LEY NÚMERO 275 DE 2025 CÁMARA

por medio del cual se eliminan las barreras de acceso a la atención en salud para personas con VIH/SIDA, se fortalecen los mecanismos de prevención de la enfermedad, y se dictan otras disposiciones.

De conformidad con lo manifestado en el oficio precedente, y de conformidad con los lineamientos establecidos por la Ley 5ª de 1992 para tal efecto, procedo a rendir ponencia de la iniciativa de ley que nos ocupa en los

1. Antecedentes.
2. Objeto de la iniciativa de ley.
3. Contenido del proyecto de ley.
4. Exposición de motivos presentada por los autores.
5. De los tratamientos antirretrovirales en Colombia.
6. De la transmisión materno infantil del VIH/ SIDA.
7. De los mecanismos de prevención del contagio.
8. Solicitud de conceptos.
9. Conflicto de intereses.
10. Impacto fiscal.
11. Pliego de modificaciones.
12. Proposición.
13. Texto propuesto para primer debate.

1. ANTECEDENTES DE LA INICIATIVA DE LEY

La presente iniciativa de ley es de raigambre parlamentario, fue presentada por la Representante a la Cámara Gloria Liliana Rodríguez Valencia, acompañada de la firma de los y las Representantes Alejandro García Ríos, Carolina Giraldo Botero, Juan Carlos Lozada Vargas y Olga Lucia Velásquez Nieto, siendo publicado en la *Gaceta del Congreso* número 1605 del año 2025, posteriormente el proyecto de ley es enviado a la Comisión Séptima Constitucional de la Honorable Cámara de Representantes, célula legislativa que desde su mesa directiva designa como ponentes al Representante Jorge Alexander Quevedo y a la Representante Martha Lisbeth Alfonso, esta última presenta renuncia a la designación de ponente, renuncia que es aceptada por la mesa directiva de la corporación.

2. OBJETO DE LA INICIATIVA DE LEY

El presente proyecto de ley tiene como objeto fortalecer el acompañamiento que las instituciones

y entidades prestadoras de servicios de salud tanto públicas, como privadas realizan durante los periodos de prevención, diagnóstico y tratamiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Adicionalmente se establecen medidas para hacer mayor seguimiento epidemiológico de la enfermedad para la toma de decisiones en materia de salud pública y garantizar los derechos de los pacientes; se eliminan barreras de acceso a servicios tanto sociales como a mecanismos de prevención y se dictan otras disposiciones.

3. CONTENIDO DEL PROYECTO DE LEY

El proyecto de ley, *por medio de la se eliminan barreras de acceso a la atención en salud para personas con VIH/SIDA, se fortalecen los mecanismos de prevención y se dictan otras disposiciones*, se estructura a partir de 15 artículos distribuidos en cuatro títulos, de la siguiente manera:

TÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES	ARTÍCULO 1°. Objeto.
	ARTÍCULO 2°. Definiciones.
TÍTULO II. MECANISMOS DE PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	ARTÍCULO 3°. Acceso oportuno a pruebas de VIH
	ARTÍCULO 4°. Creación de la Estrategia Nacional de Prevención Combinada contra el VIH.
TÍTULO III. ACOMPAÑAMIENTO EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	ARTÍCULO 5°. Actualización de lineamientos para la aplicación del PrEP y PEP.
	ARTÍCULO 6°. Instancias de acompañamiento a pacientes con VIH
	ARTÍCULO 7°. Acompañamiento en salud mental para personas diagnosticadas.
	ARTÍCULO 8°. Innovación en los tratamientos para el VIH.
	ARTÍCULO 9°. Protocolo de capacitación al personal en salud.
	ARTÍCULO 10. Responsabilidad de la Superintendencia de Salud.
	ARTÍCULO 11. Priorización para los sujetos de especial protección constitucional.
	ARTÍCULO 12. De las mujeres y/o personas en capacidad de gestar.
TÍTULO IV. SOBRE EL SEGUIMIENTO EPIDEMIOLÓGICO	ARTÍCULO 13. Acciones por diagnóstico positivo
	ARTÍCULO 14. Control y vigilancia epidemiológica
	ARTÍCULO 15. Vigencia.

4. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS PRESENTADA POR LOS AUTORES

4.1 SITUACIÓN DEL VIH/SIDA EN EL ÁMBITO NACIONAL

Siguiendo los lineamientos que han planteado desde Naciones Unidas, Colombia ha generado grandes esfuerzos en materia de lucha contra el SIDA, sin embargo, no se han presentado reducciones considerables, en parte, por la falta de reglamentación en la materia. La única reducción a destacar ha sido en el año 2021, y está estrictamente vinculada con la reducción de realización de pruebas por la pandemia del COVID-19.



Fuente: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2024.

Es importante mencionar que hay dos maneras de hacer seguimiento epidemiológico a los casos de VIH en el país. El primero con la identificación de casos incidentes, los cuales representan los nuevos casos de infección por VIH diagnosticados,

generalmente de manera anual. La importancia de este tipo de casos es que permiten evaluar la velocidad de propagación del virus a nivel nacional y territorial; ayuda a identificar grupos de población específicos y son una característica fundamental para la construcción de estrategias de prevención focalizadas.

Ahora bien, respecto a los casos prevalentes, representan el número total de personas que están viviendo con el Virus de Inmunodeficiencia Humana y/o SIDA en la actualidad, sin tener un intervalo temporal. El seguimiento a estos casos es importante dado que refleja el impacto total de la enfermedad en el territorio nacional, permite tomar decisiones en materia de política pública y asignación de recursos para la respuesta al VIH.

De igual manera, a partir de la expedición de la Resolución número 1579 de 2023 se han presentado un ahorro para el medicamento DLT (dolutegravir 50 mg + lamivudina 300 mg + tenofovir disoproxil fumarato 300 mg), utilizado como tratamiento de primera opción contra el VIH/SIDA de casi 307 mil millones de pesos. Pasando de un valor de 390.000 COP por frasco aproximadamente a 18.000 COP por frasco aproximadamente, y ha logrado impactar a población vulnerable como lo son las madres gestantes migrantes, sin importar si se encuentra en situación regular o irregular.

4.2 SITUACIÓN DE LOS CASOS INCIDENTES

El Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo es el encargado a nivel nacional de realizar seguimiento epidemiológico de la situación del VIH, algunas de las funciones son:

- Ser el enlace con el Sistema General de Seguridad Social en Salud para la recepción de información.
 - Describir la evolución de la epidemia en el país.
 - Monitorear el número de casos que acceden a los servicios de salud.
 - Medir indicadores de gestión del riesgo en Colombia.
 - Generar mecanismos de distribución de recursos.
 - Proporcionar información clave para la toma de decisiones en materia de salud.
- Su último informe fue del año 2024 que corresponde a los periodos del 1º de febrero de 2023 al 31 de enero de 2024. Para este periodo se presentaron 14.555 casos incidentes, de los cuales se destaca la siguiente información.
- El 82.12% de los diagnósticos fueron a hombres equivalente a 12.054.
 - 17.18% de los diagnósticos fueron a mujeres equivalente a 2.501.
 - El 91.14% de los casos se dieron por transmisión sexual.
 - La razón de la identificación de la transición se dio en el 42.76% de los casos por la necesidad de realizar pruebas presuntivas por sospecha clínica; mientras que el 37.08% de los casos fue por la solicitud directa de la prueba por parte del paciente.

Ahora bien, respecto a los nuevos casos, a nivel territorial destacan las siguientes regiones:

Número de casos totales incidentes	Región	Número de casos
14.555 casos	Central: Antioquia, Caldas, Caquetá, Huila, Quindío, Risaralda y Tolima	4.313
	Caribe: Atlántico, Bolívar, Cesar, Córdoba, La Guajira, Magdalena, San Andrés y Providencia y Sucre	3.125
	Bogotá	2.775

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2024.

Los grupos étnicos en Colombia tampoco son ajenos a la transmisión del VIH, para el 2024 se reportaron 649 personas de las comunidades negras contagiadas, 263 de la comunidad indígena, 8 de la comunidad raizal, 2 de la comunidad gitana y 2 de la comunidad palenquera.

4.3 SITUACIÓN DE LOS CASOS PREVALENTES

Actualmente en Colombia se encuentran 185.954 personas viviendo con VIH, de las cuales el 80.7% se encuentra en adecuado tratamiento antirretroviral, equivalente a 150.136 personas. También se puede establecer que el 51.98% de los

casos identificados corresponden a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, por lo cual se hace indispensable también mirar el abordaje al problema con un enfoque de diversidad de género.

Respecto a los métodos de diagnóstico para identificar la enfermedad, se establece que el 42.76% de los casos identificados se dieron bajo la realización de pruebas presuntivas por sospecha clínica, mientras que sólo el 37.08% fue mediante solicitud directa del paciente.

En materia de defunciones el Centro de Enfermedades de Alto Costo estima 2.77 defunciones de personas con VIH/SIDA por cada

100.000 habitantes. En el año 2024 murieron 2.247 personas con la enfermedad; sin embargo, gracias a la cobertura de los tratamientos antirretrovirales, 520 personas murieron por enfermedades asociadas directamente al VIH/SIDA

4.4 BARRERAS DE ACCESO AL TRATAMIENTO DE VIH/SIDA Y MECANISMOS DE PREVENCIÓN EN COLOMBIA

Se debe tener en cuenta que el VIH/SIDA al ser tomado como una enfermedad que afecta directamente en la salud pública, genera un campo de acción vertical, que exige una intervención articulada entre el Ministerio de Salud y Protección Social, quién lidera la formulación, coordinación y

evaluación de las políticas públicas de prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad; las entidades territoriales, quienes son encargadas de implementar las políticas públicas en sus jurisdicciones, garantizar pruebas voluntarias y la atención integral; y las Entidades Promotoras de Salud (EPS), quienes garantizan el acceso a servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH.

Si bien la articulación efectiva entre los tres actores es imperativa, la Superintendencia Nacional de Salud ha determinado que de enero a 2024 a abril de 2025 se han reportado 2.415.849 quejas, de las cuales cerca del 0.5% son en materia de VIH/SIDA, lo que significa 11.282 casos, distribuidos de la siguiente manera:

Núm	MOTIVOS ESPECÍFICOS	2024												2025				TOTAL GENERAL 2024 ENE - 2025 ABR
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	
1	NEGACION PARA LA ENTREGA DE TECNOLOGIAS EN SALUD Y/O DE OTROS SERVICIOS AUTORIZADOS	143	179	140	177	174	109	124	126	179	170	139	169	162	136	172	184	2.483
2	FALTA DE OPORTUNIDAD EN LAS CITAS O CONSULTAS	88	101	93	100	129	133	145	130	122	134	121	98	111	94	112	128	1.839
3	FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA O ENTREGA INCOMPLETA DE TECNOLOGIAS EN SALUD Y/O PRESTACION DE OTROS SERVICIOS	69	81	75	79	89	78	102	72	118	136	111	94	112	87	116	161	1.580
4	NEGACION EN LA ASIGNACION DE CITAS O CONSULTAS	110	104	87	111	98	74	86	83	104	105	101	84	99	80	94	75	1.495
5	FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ATENCION EN OTROS SERVICIOS DE SALUD	31	37	34	47	34	48	41	46	48	65	48	41	55	40	49	59	723
6	FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA AUTORIZACION DE TECNOLOGIAS EN SALUD Y/O DE OTROS SERVICIOS	27	33	28	48	42	36	40	37	32	42	36	42	29	34	34	105	645
7	NEGACION EN LA ATENCION EN OTROS SERVICIOS DE SALUD	33	30	23	41	37	24	24	24	28	40	30	27	25	21	42	29	478
8	FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA AUTORIZACION DE OTROS SERVICIOS DE SALUD	17	28	22	34	40	27	36	30	33	22	31	24	31	25	32	32	464
9	FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA AUTORIZACION DE CITAS DE CONSULTA	18	20	17	17	32	11	25	26	24	24	20	27	25	21	26	23	356
10	FALTA DE OPORTUNIDAD EN EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	13	6	10	19	19	26	19	16	18	23	11	20	25	11	18	15	269
TOTAL TOP 10		549	619	529	673	694	566	642	590	706	761	648	626	674	549	695	811	10.332
TOTAL GENERAL		603	679	577	735	761	614	698	646	758	837	706	682	736	606	760	884	11.282

Fuente: Base de datos reclamos en salud SNS 2024 -2025

5. DE LOS TRATAMIENTOS ANTIRRETROVIRALES EN COLOMBIA

La Terapia Antirretroviral es el tratamiento que toda persona diagnosticada con VIH/SIDA debe iniciar para llegar a la supresión del virus en el cuerpo. Tanto la Organización Mundial Para la Salud, como ONU SIDA han manifestado que entre más temprano se inicie con la terapia, mayor será el resultado de supresión. Por lo general, el régimen de tratamiento inicial de dicha infección incluye tres o más medicamentos contra el VIH de por lo menos dos clases diferentes. En muchos casos, se pueden combinar diferentes compuestos en una sola dosis, al igual que la industria farmacéutica se encuentra en constante innovación, llegando al uso de inyecciones que reducen la dosificación de las terapias.

Ahora bien, en Colombia, los principios más activos para la realización de las terapias antirretrovirales fueron la emtricitabina, seguida por el tenofovir disoproxil y el Ritonavir. Sin embargo, todas las personas reaccionan de manera diferente a los medicamentos, haciendo que el 51.96% hayan tenido un cambio en su terapia inicial, principalmente por las siguientes razones:

- El 57.12% lo hizo por intolerancia o efectos secundarios a algún medicamento o compuesto.
- El 13.01% lo hizo para facilitar y agilizar la adherencia al medicamento.

- El 11.60% lo hizo por algún tipo de falla terapéutica, virológica, clínica o inmunológica.

Respecto al acceso a medicamentos para el tratamiento de la enfermedad, el Ministerio de Salud y Protección Social informa que del 1° de enero de 2023 al 31 de enero de 2024 de 185.954 personas reportadas, el 80.7% de las personas diagnosticadas se encontraban recibiendo tratamiento continuo, lo que deja por fuera del acceso al mismo a 35.818 pacientes.

Pese a que los esfuerzos en Colombia para garantizar el acceso oportuno a la Terapia antirretroviral han presentado avances sustanciales. Aún se presentan retos:

1. Llegar a un porcentaje mayor de diagnóstico para dar inicio a las terapias de manera oportuna.
2. Garantizar un acompañamiento integral al paciente para evaluar la adherencia de los medicamentos y su estado de salud mental en el proceso.

6. DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH/SIDA

En Colombia el 95.3% de las madres gestantes son tamizadas para establecer su condición serológica. Derivado de esta caracterización se estableció que 1.118 madres fueron diagnosticadas con VIH, lo cual obliga a las Entidades Prestadoras de Salud a prevenir la transmisión al bebé, lo que es conocido como transmisión vertical, la cual se puede dar de tres maneras.

Tipo de transmisión	Modo de transmisión	% de probabilidad de transmisión
Durante la gestación	El VIH es capaz de atravesar la placenta e infectar al feto	5%-10%
Durante el parto	Por contacto de sangre o secreciones en el canal de parto.	15% - 20%
Post natal	A Través de la alimentación con la leche materna infectada	16%

Cabe mencionar que las anteriores estadísticas se dan en mujeres que no realizan adecuadamente su terapia antirretroviral durante su embarazo. Si se inicia de manera adecuada las probabilidades se reducen drásticamente.

7. DE LOS MECANISMOS DE PREVENCIÓN DEL CONTAGIO

7.1 DEL USO DEL CONDÓN

El método de prevención más conocido para la prevención del contagio por VIH/SIDA es el condón, el cual, usado de manera correcta, puede llegar a prevenir hasta en un 98% las probabilidades de contagio de la enfermedad y de embarazos no deseados. Sin embargo, a pesar de ser la opción más segura, y unas de las de más fácil acceso, las estadísticas en Colombia siguen siendo alarmantes. Según el DANE en su encuesta de “pulso social” realizada en 2023 sólo el 16,3 por ciento de los hombres afirmó haber utilizado preservativo en el último mes, frente al 3,8 por ciento de las mujeres.

Una de las principales razones de los bajos niveles de uso del condón, sigue siendo aún la desinformación, pese a que los condones están cubiertos por los planes de beneficios en salud, la gente no tiene conocimiento de ello. A lo anterior se le suma la falta de educación sexual, especialmente en zonas rurales y dispersas.

7.2. MECANISMOS DE PREVENCIÓN COMBINADA

Profilaxis Pre-Exposición (PrEP): Como método de prevención específicamente para evitar el contagio por VIH/SIDA existe un medicamento que anterior a los actos sexuales de exposición y tomada de la forma correcta, puede prevenir el contagio de la enfermedad. Según el Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos (NIH por sus siglas en inglés) La PrEP oral es más eficaz cuando el medicamento se toma consistentemente todos los días. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) informan que algunos estudios han demostrado el eficaz del uso constante de la PrEP reduce el riesgo de contraer la infección por el VIH por medio de las relaciones sexuales en proporción aproximada del 99% y del uso de drogas inyectables al menos un 74%¹.

Actualmente, los tipos de PrEP reconocidos en Colombia son:



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, 2023

Profilaxis Post- Exposición (PEP): Así como es posible reducir la posibilidad de contagio previo a la exposición por medio de un medicamento, la medicina ha establecido un procedimiento de la misma manera en caso de que se quiera mitigar la posibilidad de contagio posterior a la exposición. Este tratamiento dura alrededor de 30 días y se debe iniciar en una ventana de máximo 72 horas posteriores a la exposición del riesgo. Según el Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos “La PEP es eficaz para prevenir el VIH cuando se toma correctamente, pero no tiene una eficacia de 100%. Es difícil determinar la eficacia exacta de la PEP, pero las investigaciones realizadas con fines de observación indican que puede reducir el riesgo de contraer la infección por el VIH en más de 80%” (NIH, 2025)

Dicho lo anterior, es importante que el Gobierno nacional, de la mano con el Ministerio de Salud y sus entidades adscritas, trabaje en la construcción constante y permanente de mecanismos de prevención combinada, que sean heterogéneos y se puedan adaptar a distintos contextos en el territorio nacional. Estos mecanismos tienen que abordar todas las posibilidades entre el uso del condón y las demás alternativas, y deberán establecer lineamientos claros concisos con las Entidades Promotoras de Salud (EPS) para difundir la información a todos sus usuarios, haciendo más fácil el acceso tanto a condones, como a pruebas de detección temprano

8. SOLICITUD DE CONCEPTOS

De conformidad con la iniciativa de ley, consideramos prudente solicitar conceptos a varias entidades a efectos de que envíen sus observaciones, sugerencias o correcciones, por lo anterior se enviarán misivas al Ministerio de Salud, al Ministerio de Hacienda al considerar que la iniciativa tiene

¹ Información extraída del National Health Institute, 2023.

impacto fiscal, sumado a lo anterior se considera pertinente conocer las observaciones de colectivos ciudadanos y la participación democrática de la sociedad.

9. CONFLICTO DE INTERESES

Según lo establecido en el artículo 3° de la Ley 2003 del 19 de noviembre de 2019, por la cual se modifica el artículo 291 de la Ley 5ª de 1992, “*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*”.

Por otra parte, el artículo 286 de la Ley 5ª de 1992 expresa lo siguiente:

“Artículo 286. Régimen de conflicto de interés de los congresistas. Todos los congresistas deberán declarar los conflictos de intereses que pudieran surgir en el ejercicio de sus funciones.

Se entiende como conflicto de interés una situación donde la discusión o votación de un proyecto de ley o acto legislativo o artículo, pueda resultar en un beneficio particular, actual y directo a favor del congresista.

- a) *Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del 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.*
- 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.*

Parágrafo 1°. Entiéndase por conflicto de interés moral aquel que presentan los congresistas cuando por razones de conciencia se quieran apartar de la discusión y votación del proyecto.

Parágrafo 2°. Cuando se trate de funciones judiciales, disciplinarias o fiscales de los congresistas, sobre conflicto de interés se aplicará la norma especial que rige ese tipo de investigación.

Parágrafo 3°. Igualmente se aplicará el régimen de conflicto de intereses para todos y cada uno de los actores que presenten, discutan o participen de cualquier iniciativa legislativa, conforme al artículo 140 de la Ley 5ª de 1992”.

En todo caso, es pertinente aclarar que los conflictos de interés son personales y corresponde a cada Congresista evaluarlos y considerar manifestarlo a la célula congresual respectiva. Sin embargo, es importante señalar que, se trata de una iniciativa de ley de carácter general, donde los intereses de los electores se fusionan con los intereses de los parlamentarios

10. IMPACTO FISCAL

Con relación al impacto fiscal del presente Proyecto de ley nos remitimos a la Jurisprudencia del primer nivel hermenéutico en materia constitucional; la Honorable Corte Constitucional que en Sentencia C-625 de 2010, con ponencia del honorable Magistrado Nilson pinilla, en la cual estableció que,

Las obligaciones previstas en el artículo 7° de la Ley 819/03 constituyen un parámetro de racionalidad legislativa, que está encaminado a cumplir propósitos constitucionalmente valiosos, entre ellos el orden de las finanzas públicas, la estabilidad macroeconómica y la aplicación efectiva de las leyes. Esto último, en tanto un estudio previo de la compatibilidad entre el contenido del proyecto de ley y las proyecciones de la política económica, disminuye el margen de incertidumbre respecto de la ejecución material de las previsiones legislativas.

El mandato de adecuación entre la justificación de los proyectos de ley y la planeación de la política económica, empero, no puede comprenderse como un requisito de trámite para la aprobación de las iniciativas legislativas, cuyo cumplimiento recaiga exclusivamente en el Congreso.

Ello en tanto, (i) el Congreso carece de las instancias de evaluación técnica para determinar el impacto fiscal de cada proyecto, la determinación de las fuentes adicionales de financiación y la compatibilidad con el marco fiscal de mediano plazo; y (ii) aceptar una interpretación de esta naturaleza constituiría una carga irrazonable para el Legislador y otorgaría un poder correlativo de veto al Ejecutivo, a través del Ministerio de Hacienda, respecto de la competencia del Congreso para hacer las leyes. Un poder de este carácter, que involucra una barrera en la función constitucional de producción normativa, se muestra incompatible con el balance entre los poderes públicos y el principio democrático.

Si se considera dicho mandato como un mecanismo de racionalidad legislativa, su cumplimiento corresponde inicialmente al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, una vez el Congreso ha valorado, mediante las herramientas que tiene a su alcance, la compatibilidad entre los gastos que genera la iniciativa legislativa y las proyecciones de la política económica trazada por el Gobierno. Así, si el Ejecutivo considera que las cámaras han efectuado un análisis de impacto fiscal erróneo, corresponde al citado Ministerio el deber

de concurrir al procedimiento legislativo, en aras de ilustrar al Congreso sobre las consecuencias económicas del proyecto. El artículo 7° de la Ley 819/03 no puede interpretarse de modo tal que la falta de concurrencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público dentro del proceso legislativo afecte la validez constitucional del trámite respectivo.

Como lo ha resaltado la Corte, si bien compete a los miembros del Congreso la responsabilidad de estimar y tomar en cuenta el esfuerzo fiscal que el proyecto bajo estudio puede implicar para el erario público, es claro que es el Poder Ejecutivo, y al interior de aquel el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el que dispone de los elementos técnicos necesarios para valorar correctamente ese impacto, y a partir de ello, llegado el caso, demostrar a los miembros del órgano legislativo la inviabilidad financiera de la propuesta que se estudia.

De allí que esta corporación haya señalado que corresponde al Gobierno el esfuerzo de llevar a los legisladores a la convicción de que el proyecto por ellos propuesto no debe ser aprobado, y que en caso de resultar infructuoso ese empeño, ello no constituye razón suficiente para tener por incumplido el indicado requisito, en caso de que las cámaras finalmente decidan aprobar la iniciativa cuestionada.”

11. PLIEGO DE MODIFICACIONES

Para la presentación de esta ponencia, se tendrá en cuenta el siguiente pliego de modificaciones de la iniciativa que nos ocupa.

TEXTO PROPUESTO POR LOS AUTORES	TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE	COMENTARIO
<p>“POR MEDIO DEL CUAL SE ELIMINAN BARRERAS DE ACCESO A LA ATENCIÓN EN SALUD PARA PERSONAS CON VIH/SIDA, SE FORTALECEN LOS MECANISMOS DE PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”</p> <p>El Congreso de Colombia</p> <p>DECRETA:</p>	<p>“POR MEDIO DEL CUAL SE ELIMINAN BARRERAS DE ACCESO A LA ATENCIÓN EN SALUD PARA PERSONAS CON VIH/SIDA, SE FORTALECEN LOS MECANISMOS DE PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”</p> <p>El Congreso de Colombia</p> <p>DECRETA:</p>	<p>Sin modificaciones</p>
<p>TÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES</p>	<p>TÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES</p>	<p>Sin modificaciones</p>
<p>Artículo 1°. <i>Objeto.</i> Fortalecer el acompañamiento que las instituciones y entidades prestadoras de servicios de salud tanto públicas, como privadas realizan durante los periodos de prevención, diagnóstico y tratamiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Adicionalmente se establecen medidas para hacer mayor seguimiento epidemiológico de la enfermedad para</p>	<p>Artículo 1°. <i>Objeto.</i> Fortalecer el acompañamiento que las instituciones y entidades prestadoras de servicios de salud <u>o quien haga sus veces,</u> tanto públicas, como privadas realizan durante los periodos de prevención, diagnóstico y tratamiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).</p> <p>Adicionalmente se establecen medidas para hacer mayor seguimiento</p>	<p>Se realizan solo modificaciones de forma</p>

TEXTO PROPUESTO POR LOS AUTORES	TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE	COMENTARIO
la toma de decisiones en materia de salud pública y garantizar los derechos de los pacientes; se eliminan barreras de acceso a servicios tanto sociales como a mecanismos de prevención y se dictan otras disposiciones.	epidemiológico de la enfermedad, para la toma de decisiones en materia de salud pública y garantizar los derechos de los pacientes; se eliminan barreras de acceso a servicios tanto sociales como a mecanismos de prevención y se dictan otras disposiciones.	
<p>Artículo 2°. Definiciones. Para la aplicación de la presente ley y demás normas que regulen la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:</p> <p>a Acceso a Terapia Antirretroviral - TAR: Tratamiento que debe iniciar una persona diagnosticada con el Virus de Inmunodeficiencia Humana con el objetivo de que a través de la combinación de algunos fármacos se suprima la replicación del virus.</p> <p>b Acceso a la Profilaxis pre-exposición: Medicamentos contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana que cuando se utilizan de manera sistemática y previa a la exposición, disminuyen la posibilidad de adquirir la enfermedad y que se propague en el cuerpo.</p> <p>c Acceso a Profilaxis pos-exposición: Conjunto de medicamentos contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana que cuando se utilizan posterior a una exposición de riesgo y en unos periodos de tiempo determinados, disminuyen la posibilidad de adquirir la enfermedad y que se propague en el cuerpo después de una posible exposición.</p> <p>d Transmisión vertical del Virus de Inmunodeficiencia Humana: Transmisión del VIH de la madre a su hijo durante el embarazo, el momento del parto o de la lactancia materna.</p> <p>e Prevención combinada: Conjunto de programas comunitarios fundamentados en los derechos y la evidencia que promueve una combinación de intervenciones biomédicas, comportamentales y estructurales, diseñadas con el propósito de satisfacer las necesidades de prevención de la infección por el VIH.</p>	<p>Artículo 2°. Definiciones. Para la aplicación de la presente ley y demás normas que regulen la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:</p> <p>f Acceso a Terapia Antirretroviral - TAR: Tratamiento que debe iniciar una persona diagnosticada con el Virus de Inmunodeficiencia Humana con el objetivo de que a través de la combinación de algunos fármacos se suprima la replicación del virus.</p> <p>g Acceso a la Profilaxis pre-exposición: Medicamentos contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana que cuando se utilizan de manera sistemática y previa a la exposición, disminuyen la posibilidad de adquirir la enfermedad y que se propague en el cuerpo.</p> <p>h Acceso a Profilaxis pos-exposición: Conjunto de medicamentos contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana que cuando se utilizan posterior a una exposición de riesgo y en unos periodos de tiempo determinados, disminuyen la posibilidad de adquirir la enfermedad y que se propague en el cuerpo después de una posible exposición.</p> <p>i Transmisión vertical del Virus de Inmunodeficiencia Humana: Transmisión del VIH de la madre a su hijo durante el embarazo, el momento del parto o de la lactancia materna.</p> <p>j Prevención combinada: Conjunto de programas comunitarios fundamentados en los derechos y la evidencia que promueve una combinación de intervenciones biomédicas, comportamentales y estructurales, diseñadas con el propósito de satisfacer las necesidades de prevención de la infección por el VIH.</p>	Sin modificaciones
TÍTULO II. MECANISMOS DE PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	TÍTULO II. MECANISMOS DE PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	Sin modificaciones
<p>Artículo 3°. Acceso oportuno a pruebas. El Ministerio de Salud y Protección Social, así como las entidades Promotoras de Salud (EPS) y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC), deberán garantizar el acceso oportuno en todo el territorio</p>	<p>Artículo 3°. Acceso oportuno a pruebas. El Ministerio de Salud y Protección Social, así como las entidades Promotoras de Salud (EPS), <u>o quien haga sus veces</u> y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC), deberán garantizar el acceso oportuno en todo el</p>	Se realizan apreciaciones de forma y se establece una periodicidad para que las entidades territoriales realicen las pruebas rápidas de VIH

TEXTO PROPUESTO POR LOS AUTORES	TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE	COMENTARIO
<p>Nacional y en todas las entidades hospitalarias y centros médicos a las pruebas de VIH.</p> <p>Los resultados de las pruebas en mención no podrán tardar más de 7 días hábiles en ser entregados al usuario y/o paciente y garantizarán métodos de entrega tanto presenciales como electrónicos, garantizando la aplicación de las leyes vigentes de protección de datos y la privacidad y dignidad.</p> <p>Parágrafo 1°. Para el abordaje en las zonas más dispersas y de difícil acceso, se deberán realizar brigadas móviles con por lo menos una vez al año, que garantice la toma de muestras para el diagnóstico oportuno.</p> <p>Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá establecer un protocolo en un término no mayor a un año de entrada en vigencia de la presente ley para que las gobernaciones y alcaldías establezcan la realización periódica de pruebas rápidas de VIH en sus respectivas jurisdicciones.</p> <p>Parágrafo 3°. Las Entidades Promotoras de Salud y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC), deben apoyar la vigilancia de su cumplimiento, a través de los indicadores de protección específica y detección temprana, definidos con ese propósito, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.</p>	<p>territorio Nacional y en todas las entidades hospitalarias y centros médicos a las pruebas de VIH.</p> <p>Los resultados de las pruebas en mención no podrán tardar más de 7 días hábiles en ser entregados al usuario y/o paciente y garantizarán métodos de entrega tanto presenciales como electrónicos, garantizando la aplicación de las leyes vigentes de protección de datos, y la privacidad y dignidad.</p> <p>Parágrafo 1°. Para <u>la realización de pruebas</u> el abordaje en las zonas más dispersas y de difícil acceso, se deberán realizar brigadas móviles con por lo menos una vez al año, que <u>garanticen</u> la toma de muestras para el diagnóstico oportuno.</p> <p>Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá establecer un protocolo en un término no mayor a un año de <u>contado a partir de la</u> entrada en vigencia de la presente ley para que las gobernaciones y alcaldías establezcan la realización periódica de pruebas rápidas de VIH en sus respectivas jurisdicciones, <u>lo anterior como mínimo tres veces al año</u></p> <p>Parágrafo 3°. Las Entidades Promotoras de Salud y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC), deben apoyar la vigilancia de su cumplimiento, a través de los indicadores de protección específica y detección temprana, definidos con ese propósito, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.</p>	
<p>Artículo 4°. Mecanismos de prevención combinada. El Ministerio de Salud y Protección Social construirá una Estrategia Nacional de Prevención Combinada para evitar la transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y demás enfermedades de Transmisión Sexual. La estrategia debe contener como mínimo los siguientes elementos.</p> <p>a Contexto epidemiológico nacional</p> <p>b Contexto cultural y geográfico diferenciado</p> <p>c Enfoque territorial y descentralizado</p> <p>d Ruta de acceso a toda persona que solicite la Profilaxis Pre - Exposición y/o Pos - Exposición como mecanismos de prevención.</p> <p>Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud garantizarán la disposición del medicamento en todo el territorio nacional por medio de estrategias de zonificación o epidemiológicas.</p>	<p>Artículo 4°. Mecanismos de prevención combinada. El Ministerio de Salud y Protección Social construirá una Estrategia Nacional de Prevención Combinada para evitar la transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y demás enfermedades de Transmisión Sexual. La estrategia debe contener como mínimo los siguientes elementos.</p> <p>e Contexto epidemiológico nacional</p> <p>f Contexto cultural y geográfico diferenciado</p> <p>g Enfoque territorial y descentralizado</p> <p>h Ruta de acceso a toda persona que solicite la Profilaxis Pre - Exposición y/o Pos - Exposición como mecanismos de prevención.</p> <p>Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud garantizarán la disposición del medicamento en todo el territorio nacional por medio de estrategias de zonificación o epidemiológicas.</p>	Sin modificaciones

TEXTO PROPUESTO POR LOS AUTORES	TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE	COMENTARIO
<p>Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social, en articulación con el Ministerio del Interior y las entidades territoriales establecerán los mecanismos necesarios para generar una incidencia en materia de prevención y capacitación en materia de enfermedades de transmisión sexual para las comunidades indígenas.</p>	<p>Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social, en articulación con el Ministerio del Interior y las entidades territoriales establecerán los mecanismos necesarios para generar una incidencia en materia de prevención y capacitación en materia de enfermedades de transmisión sexual para las comunidades indígenas.</p>	
<p>Artículo 5°. El Ministerio de Salud y Protección Social revisará y modificará de acuerdo a las nuevas tendencias y contextos científicos, epidemiológicos y demográficos del territorio nacional el lineamiento para la implementación de la PrEP y la PEP por lo menos cada 5 años.</p>	<p>Artículo 5°. El Ministerio de Salud y Protección Social revisará y modificará de acuerdo a las nuevas tendencias y contextos científicos, epidemiológicos y demográficos del territorio nacional el lineamiento para la implementación de la PrEP y la PEP por lo menos cada 5 años.</p>	Sin modificaciones
<p>TÍTULO III. ACOMPañAMIENTO EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO</p>	<p>TÍTULO III. ACOMPañAMIENTO EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO</p>	Sin modificación
<p>Artículo 6°. <i>Instancia de acompañamiento a pacientes.</i> Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), <u>o</u> y demás entidades Obligadas a Compensar (EOC), deberán garantizar el acceso a grupos de apoyo e informativos de VIH, que generen estrategias de abordaje socioemocional y acompañamiento científico para entender los procedimientos y el abordaje de la enfermedad a los pacientes diagnosticados y sus familias en caso de que lo requieran.</p> <p>Parágrafo 1°. En caso de que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y demás entidades Obligadas a Compensar (EOC) no cuenten con la capacidad administrativa o presupuestal para establecerlos, se podrán establecer convenios con ONG para brindar el acompañamiento.</p>	<p>Artículo 6°. <i>Instancia de acompañamiento a pacientes.</i> Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), <u>o quien haga sus veces</u> y demás entidades Obligadas a Compensar (EOC), deberán garantizar el acceso a grupos de apoyo e informativos de VIH, que generen estrategias de abordaje socioemocional y acompañamiento psicológico científico para entender los procedimientos y el abordaje de la enfermedad a los pacientes diagnosticados y sus familias en caso de que lo requieran.</p> <p>Parágrafo 1°. En caso de que las Entidades Promotoras de Salud - EPS <u>o quien haga sus veces</u> y demás entidades Obligadas a Compensar (EOC) no cuenten con la capacidad administrativa o presupuestal para establecerlos, se podrán establecer convenios con ONG para brindar el acompañamiento.</p>	Se realizan modificaciones de forma y de fondo, se cambia la palabra científicos por psicológicos, al considerar que eso deben ser los tratamientos, de raigambre psicológico.
<p>Artículo 7°. <i>Acompañamiento en salud mental.</i> Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y demás entidades Obligadas a Compensar (EOC) deberán garantizar el acompañamiento psicológico diferenciando las etapas de diagnóstico y de ciclo vital.</p> <p>Parágrafo. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y demás entidades Obligadas a Compensar (EOC) deberán establecer campañas de no discriminación de manera periódica con el fin de reducir el estigma frente a las enfermedades de transmisión sexual.</p>	<p>Artículo 7°. <i>Acompañamiento en salud mental.</i> Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) <u>o quien haga sus veces</u> y demás entidades Obligadas a Compensar (EOC) deberán garantizar el acompañamiento psicológico diferenciando las etapas de diagnóstico y de ciclo vital.</p> <p>Parágrafo. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) <u>o quien haga sus veces</u> y demás entidades Obligadas a Compensar (EOC) deberán establecer campañas de no discriminación de manera periódica con el fin de reducir el estigma frente a las enfermedades de transmisión sexual.</p>	Modificaciones de forma
<p>Artículo 8°. <i>Innovación en los tratamientos.</i> El Estado deberá estar a la vanguardia en materia de medicamentos de tratamiento y prevención del VIH propendiendo por adoptar aquellos que generen menor impacto en efectos secundarios, reduzcan la periodicidad</p>	<p>Artículo 8°. <i>Innovación en los tratamientos.</i> El Estado deberá estar a la vanguardia en materia de medicamentos de tratamiento y prevención del VIH propendiendo por adoptar aquellos que generen menor impacto en efectos secundarios, reduzcan la periodicidad</p>	Se realiza la precisión de que los esfuerzos del Estado deben estar enmarcados dentro del Marco Fiscal de la Nación, de igual manera de prescinde del parágrafo único, al considerar que lo perseguido por este inciso, ya se

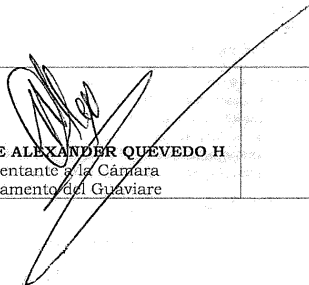
TEXTO PROPUESTO POR LOS AUTORES	TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE	COMENTARIO
<p>de las dosis y se produzcan en territorio nacional.</p> <p>Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección social evaluará la declaración de interés público nacional los medicamentos usados para el tratamiento y la prevención del VIH.</p>	<p>de las dosis y se produzcan en territorio nacional. <u>Lo anterior respetando el marco fiscal de la Nación a mediano y a largo plazo.</u></p> <p>Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección social evaluará la declaración de interés público nacional los medicamentos usados para el tratamiento y la prevención del VIH.</p>	<p>encuentra regulado desde hace dos décadas en la Ley 972 de 2005</p>
<p>Artículo 9°. Protocolo de capacitación a personal. El Ministerio de Salud y Protección Social en un término no mayor a un año de entrada en vigencia de la presente ley, deberá expedir un protocolo para que en toda entidad prestadora de salud y de servicios de pruebas de VIH se capacite al personal encargado en la garantía de los siguientes derechos:</p> <p>1 Derecho a la no discriminación: Bajo ningún motivo el personal administrativo, ni de la salud podrá discriminar a una persona por razón de su condición de salud, su orientación sexual, su identidad de género.</p> <p>2 Derecho a la confidencialidad: Todas las entidades prestadoras deberán garantizar el derecho a la confidencialidad al momento de la toma de pruebas, de diagnóstico y de tratamiento para el VIH.</p> <p>3 Derecho a no ser sometidas a tratos denigrantes o inhumanos.</p> <p>Derecho a recibir asistencia integral.</p>	<p>Artículo 9°. Protocolo de capacitación a personal. El Ministerio de Salud y Protección Social en un término no mayor a un año de entrada en vigencia de la presente ley, deberá expedir un protocolo para que en toda entidad prestadora de salud y de servicios de pruebas de VIH se capacite al personal encargado en la garantía de los siguientes derechos:</p> <p>1 Derecho a la no discriminación: Bajo ningún motivo el personal administrativo, ni de la salud podrá discriminar a una persona por razón de su condición de salud, su orientación sexual, su identidad de género.</p> <p>2 Derecho a la confidencialidad: Todas las entidades prestadoras deberán garantizar el derecho a la confidencialidad al momento de la toma de pruebas, de diagnóstico y de tratamiento para el VIH.</p> <p>3 Derecho a no ser sometidas a tratos denigrantes o inhumanos.</p> <p>Derecho a recibir asistencia integral.</p>	<p>Sin modificaciones</p>
<p>Artículo 10. Sobre la Superintendencia de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud deberá crear en su página web y los demás mecanismos de difusión y denuncia que dispongan, canales de información y denuncia en materia de vulneración de derechos a causa del VIH y demás enfermedades de transmisión sexual.</p>	<p>Artículo 10. Sobre la Superintendencia de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud deberá crear en su página web y los demás mecanismos de difusión y denuncia que dispongan, canales de información y denuncia en materia de vulneración de derechos a causa del VIH y demás enfermedades de transmisión sexual.</p>	<p>Sin modificaciones</p>
<p>Artículo 11. Sujetos de especial protección Constitucional. El Ministerio de Salud y Protección Social en articulación con las entidades competentes deberá priorizar y garantizar el derecho al acceso a la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento para el VIH a sujetos de especial protección constitucional, incluyendo las personas privadas de su libertad y población migrante.</p>	<p>Artículo 11. Sujetos de especial protección Constitucional. El Ministerio de Salud y Protección Social en articulación con las entidades competentes deberá priorizar y garantizar el derecho al acceso a la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento para el VIH a sujetos de especial protección constitucional, incluyendo las personas privadas de su libertad y población migrante.</p>	<p>Sin modificaciones</p>
<p>Artículo 12. De las mujeres y/o personas en capacidad de gestar con VIH. El Ministerio de Salud y Protección social deberá garantizar que las entidades promotoras de salud brinden la información sanitaria</p>	<p>Artículo 12. De las mujeres y/o personas en capacidad de gestar con VIH. El Ministerio de Salud y Protección social deberá garantizar que las entidades promotoras de salud brinden la información sanitaria</p>	<p>Sin modificaciones</p>

TEXTO PROPUESTO POR LOS AUTORES	TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE	COMENTARIO
necesaria; así como que se les informe sobre la medicación que tomará la madre y su hijo/a, posología, acompañamiento en las alternativas de lactancia y el respectivo seguimiento que se le haga a las cargas virales.	necesaria; así como que se les informe sobre la medicación que tomará la madre y su hijo/a, posología, acompañamiento en las alternativas de lactancia y el respectivo seguimiento que se le haga a las cargas virales.	
Artículo 13. Diagnóstico positivo de VIH. En caso de diagnósticos positivos en las pruebas de VIH, se deberá contar con todas las medidas posibles para comunicar el resultado de manera confidencial, expedita y en lenguaje claro tanto a la persona diagnosticada, como a su respectiva entidad prestadora de salud Parágrafo 1°. Si la persona que se realiza la prueba no se encuentra afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Estado deberá garantizar su rápida afiliación con el fin de dar inicio al tratamiento de la manera más rápida posible.	Artículo 13. Diagnóstico positivo de VIH. En caso de diagnósticos positivos en las pruebas de VIH, se deberá contar con todas las medidas posibles para comunicar el resultado de manera confidencial, expedita y en lenguaje claro tanto a la persona diagnosticada, como a su respectiva entidad prestadora de salud Parágrafo 1°. Si la persona que se realiza la prueba no se encuentra afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Estado deberá garantizar su rápida afiliación con el fin de dar inicio al tratamiento de la manera más rápida posible.	Sin modificaciones
TÍTULO IV. SOBRE EL SEGUIMIENTO EPIDEMIOLÓGICO	TÍTULO IV. SOBRE EL SEGUIMIENTO EPIDEMIOLÓGICO	Sin modificaciones
Artículo 14. Control y vigilancia epidemiológica. El Ministerio de Salud y Protección Social, junto al Instituto Nacional de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud establecerán y actualizarán semestralmente la información correspondiente a la prevalencia, incidencia y carga viral del VIH en el territorio nacional, propendiendo por generar una sola base estadística actualizada para la toma de decisiones en materia de salud pública. Parágrafo 1°. El Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) y la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC) deberán remitir un boletín epidemiológico al Ministerio de Salud sobre la situación y estado en salud de las personas diagnosticadas con VIH.	Artículo 14. Control y vigilancia epidemiológica. El Ministerio de Salud y Protección Social, junto al Instituto Nacional de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud establecerán y actualizarán semestralmente la información correspondiente a la prevalencia, incidencia y carga viral del VIH en el territorio nacional, propendiendo por generar una sola base estadística actualizada para la toma de decisiones en materia de salud pública. Parágrafo 1°. El Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) y la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC) deberán remitir un boletín epidemiológico al Ministerio de Salud sobre la situación y estado en salud de las personas diagnosticadas con VIH.	Sin modificaciones
Artículo 15. Vigencia. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga todas aquellas disposiciones que le sean contrarias.	Artículo 15. Vigencia. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga todas aquellas disposiciones que le sean contrarias.	Sin modificaciones

12. PROPOSICIÓN

En mérito de lo expuesto, rindo PONENCIA POSITIVA y solicitamos a los honorables Representantes de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes dar primer debate al **Proyecto de Ley número 275 de 2025 Cámara**, por medio del cual se eliminan las barreras de acceso a la atención en salud para personas con VIH/SIDA, se fortalecen

los mecanismos de prevención de la enfermedad, y se dictan otras disposiciones



JORGE ALEXANDER QUEVEDO H.
Representante a la Cámara
Departamento del Guaviare

**13. TEXTO PROPUESTO PARA
PRIMER DEBATE. AL PROYECTO DE
LEY NÚMERO 275 DE 2025 CÁMARA**

por medio del cual se eliminan barreras de acceso a la atención en salud para personas con VIH/SIDA, se fortalecen los mecanismos de prevención de la enfermedad, y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

TÍTULO I.

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1º. Objeto. Fortalecer el acompañamiento que las instituciones y entidades prestadoras de servicios de salud o quien haga sus veces, tanto públicas, como privadas realizan durante los periodos de prevención, diagnóstico y tratamiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Adicionalmente se establecen medidas para hacer mayor seguimiento epidemiológico de la enfermedad, para la toma de decisiones en materia de salud pública y garantizar los derechos de los pacientes; se eliminan barreras de acceso a servicios tanto sociales como a mecanismos de prevención y se dictan otras disposiciones.

Artículo 2º. Definiciones. Para la aplicación de la presente ley y demás normas que regulen la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

- k). **Acceso a Terapia Antirretroviral (TAR):** Tratamiento que debe iniciar una persona diagnosticada con el Virus de Inmunodeficiencia Humana con el objetivo de que a través de la combinación de algunos fármacos se suprima la replicación del virus.
- l). **Acceso a la Profilaxis pre-exposición:** Medicamentos contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana que cuando se utilizan de manera sistemática y previa a la exposición, disminuyen la posibilidad de adquirir la enfermedad y que se propague en el cuerpo.
- m). **Acceso a Profilaxis pos-exposición:** Conjunto de medicamentos contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana que cuando se utilizan posterior a una exposición de riesgo y en unos periodos de tiempo determinados, disminuyen la posibilidad de adquirir la enfermedad y que se propague en el cuerpo después de una posible exposición.
- n). **Transmisión vertical del Virus de Inmunodeficiencia Humana:** Transmisión del VIH de la madre a su hijo durante el embarazo, el momento del parto o de la lactancia materna.

- o). **Prevención combinada:** Conjunto de programas comunitarios fundamentados en los derechos y la evidencia que promueve una combinación de intervenciones biomédicas, comportamentales y estructurales, diseñadas con el propósito de satisfacer las necesidades de prevención de la infección por el VIH.

TÍTULO II

**MECANISMOS DE PREVENCIÓN DE LA
ENFERMEDAD**

Artículo 3º. Acceso oportuno a pruebas. El Ministerio de Salud y Protección Social, así como las entidades Promotoras de Salud (EPS), o quien haga sus veces y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC), deberán garantizar el acceso oportuno en todo el territorio Nacional y en todas las entidades hospitalarias y centros médicos a las pruebas de VIH.

Los resultados de las pruebas en mención no podrán tardar más de 7 días hábiles en ser entregados al usuario y/o paciente y garantizarán métodos de entrega tanto presenciales como electrónicos, garantizando la aplicación de las leyes vigentes de protección de datos, y la privacidad y dignidad.

Parágrafo 1º. Para la realización de pruebas en las zonas más dispersas y de difícil acceso, se deberán realizar brigadas móviles con por lo menos una vez al año, que garanticen la toma de muestras para el diagnóstico oportuno.

Parágrafo 2º. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá establecer un protocolo en un término no mayor a un año contado a partir de la entrada en vigencia de la presente ley para que las gobernaciones y alcaldías establezcan la realización periódica de pruebas rápidas de VIH en sus respectivas jurisdicciones, lo anterior como mínimo tres veces al año

Parágrafo 3º. Las Entidades Promotoras de Salud y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC), deben apoyar la vigilancia de su cumplimiento, a través de los indicadores de protección específica y detección temprana, definidos con ese propósito, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Artículo 4º. Mecanismos de prevención combinada. El Ministerio de Salud y Protección Social construirá una Estrategia Nacional de Prevención Combinada para evitar la transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y demás enfermedades de Transmisión Sexual. La estrategia debe contener como mínimo los siguientes elementos.

- i). Contexto epidemiológico nacional.
- j). Contexto cultural y geográfico diferenciado.
- k). Enfoque territorial y descentralizado.
- l). Ruta de acceso a toda persona que solicite la Profilaxis Pre - Exposición y/o Pos - Exposición como mecanismos de prevención.

Parágrafo 1º. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud garantizarán la disposición del medicamento en todo el territorio nacional por medio de estrategias de zonificación o epidemiológicas.

Parágrafo 2º. El Ministerio de Salud y Protección Social, en articulación con el Ministerio del Interior y las entidades territoriales establecerán los mecanismos necesarios para generar una incidencia en materia de prevención y capacitación en materia de enfermedades de transmisión sexual para las comunidades indígenas.

Artículo 5º. El Ministerio de Salud y Protección Social revisará y modificará de acuerdo a las nuevas tendencias y contextos científicos, epidemiológicos y demográficos del territorio nacional el lineamiento para la implementación de la PrEP y la PEP por lo menos cada 5 años.

TÍTULO III

ACOMPÑAMIENTO EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Artículo 6º. *Instancia de acompañamiento a pacientes.* Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), o quien haga sus veces y demás entidades Obligadas a Compensar (EOC), deberán garantizar el acceso a grupos de apoyo e informativos de VIH, que generen estrategias de abordaje socioemocional y acompañamiento psicológico para entender los procedimientos y el abordaje de la enfermedad a los pacientes diagnosticados y sus familias en caso de que lo requieran.

Parágrafo 1º. En caso de que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o quien haga sus veces y demás entidades Obligadas a Compensar (EOC) no cuenten con la capacidad administrativa o presupuestal para establecerlos, se podrán establecer convenios con ONG para brindar el acompañamiento.

Artículo 7º. *Acompañamiento en salud mental.* Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o quien haga sus veces y demás entidades Obligadas a Compensar (EOC) deberán garantizar el acompañamiento psicológico diferenciando las etapas de diagnóstico y de ciclo vital.

Parágrafo. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o quien haga sus veces y demás entidades Obligadas a Compensar (EOC) deberán establecer campañas de no discriminación de manera periódica con el fin de reducir el estigma frente a las enfermedades de transmisión sexual.

Artículo 8º. *Innovación en los tratamientos.* El Estado deberá estar a la vanguardia en materia de medicamentos de tratamiento y prevención del VIH propendiendo por adoptar aquellos que generen menor impacto en efectos secundarios, reduzcan la periodicidad de las dosis y se produzcan en territorio nacional. Lo anterior respetando el marco fiscal de la Nación a mediano y a largo plazo.

Artículo 9º. *Protocolo de capacitación a personal.* El Ministerio de Salud y Protección

Social en un término no mayor a un año de entrada en vigencia de la presente ley, deberá expedir un protocolo para que en toda entidad prestadora de salud y de servicios de pruebas de VIH se capacite al personal encargado en la garantía de los siguientes derechos:

4. Derecho a la no discriminación: Bajo ningún motivo el personal administrativo, ni de la salud podrá discriminar a una persona por razón de su condición de salud, su orientación sexual, su identidad de género.
5. Derecho a la confidencialidad: Todas las entidades prestadoras deberán garantizar el derecho a la confidencialidad al momento de la toma de pruebas, de diagnóstico y de tratamiento para el VIH.
6. Derecho a no ser sometidas a tratos denigrantes o inhumanos.

Derecho a recibir asistencia integral.

Artículo 10. *Sobre la Superintendencia de Salud.* La Superintendencia Nacional de Salud deberá crear en su página web y los demás mecanismos de difusión y denuncia que dispongan, canales de información y denuncia en materia de vulneración de derechos a causa del VIH y demás enfermedades de transmisión sexual.

Artículo 11. *Sujetos de especial protección Constitucional.* El Ministerio de Salud y Protección Social en articulación con las entidades competentes deberá priorizar y garantizar el derecho al acceso a la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento para el VIH a sujetos de especial protección constitucional, incluyendo las personas privadas de su libertad y población migrante.

Artículo 12. *De las mujeres y/o personas en capacidad de gestar con VIH.* El Ministerio de Salud y Protección social deberá garantizar que las entidades promotoras de salud brinden la información sanitaria necesaria; así como que se les informe sobre la medicación que tomará la madre y su hijo/a, posología, acompañamiento en las alternativas de lactancia y el respectivo seguimiento que se le haga a las cargas virales.

Artículo 13. *Diagnóstico positivo de VIH.* En caso de diagnósticos positivos en las pruebas de VIH, se deberá contar con todas las medidas posibles para comunicar el resultado de manera confidencial, expedita y en lenguaje claro tanto a la persona diagnosticada, como a su respectiva entidad prestadora de salud

Parágrafo 1º. Si la persona que se realiza la prueba no se encuentra afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Estado deberá garantizar su rápida afiliación con el fin de dar inicio al tratamiento de la manera más rápida posible.

TÍTULO IV

SOBRE EL SEGUIMIENTO EPIDEMIOLÓGICO

Artículo 14. Control y vigilancia epidemiológica. El Ministerio de Salud y Protección Social, junto al Instituto Nacional de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud establecerán y actualizarán semestralmente la información correspondiente a la prevalencia, incidencia y carga viral del VIH en el territorio nacional, propendiendo por generar una sola base estadística actualizada para la toma de decisiones en materia de salud pública.

Parágrafo 1º. El Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) y la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC) deberán remitir un boletín epidemiológico al Ministerio de Salud sobre la situación y estado en salud de las personas diagnosticadas con VIH.

Artículo 15. Vigencia. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga todas aquellas disposiciones que le sean contrarias.

De los honorables Representantes.



JORGE ALEXANDER QUEVEDO H
Representante a la Cámara
Departamento del Guaviare

CONTENIDO

Gaceta número 2372 - Miércoles, 17 de diciembre de 2025
CÁMARA DE REPRESENTANTES

PROYECTOS DE LEY	Págs.
Proyecto de Ley número 355 de 2025 Cámara, por medio del cual se reglamenta parcialmente y se dignifica la práctica de año rural (Servicio Social Obligatorio - SSO) en Colombia para las profesiones de medicina, enfermería, bacteriología, odontología, fisioterapia, nutrición y dietética, fonoaudiología, optometría, terapia ocupacional, terapia respiratoria, química farmacéutica, instrumentación quirúrgica, y se dictan otras disposiciones.	1

PONENCIAS	
Informe de ponencia positiva para primer debate en Cámara del Proyecto de Ley número 239 de 2025, Cámara por medio del de la cual se crea el Certificado de Responsabilidad Étnica Empresarial y se dictan otras disposiciones. ...	14
Informe de ponencia positiva para primer debate y texto propuesto al Proyecto de Ley número 275 de 2025 Cámara, por medio del cual se eliminan las barreras de acceso a la atención en salud para personas con VIH/ SIDA, se fortalecen los mecanismos de prevención de la enfermedad, y se dictan otras disposiciones.	32