



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXV - N° 961

Bogotá, D. C., martes, 11 de agosto de 2026

EDICIÓN DE 19 PÁGINAS

DIRECTORES:

DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

www.secretariassenado.gov.co

MIGUEL ÁNGEL SÁNCHEZ VÁSQUEZ

SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA

www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

PROYECTOS DE LEY

PROYECTO DE LEY NÚMERO 14 DE 2026 SENADO

por la cual se regulan los procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos, se adoptan medidas para la protección de la salud y la vida de los pacientes, se reforma la Ley 599 de 2000 (Código Penal) en materia de ejercicio ilegal de profesiones del área de la salud y se dictan otras disposiciones.



NORMA HURTADO SÁNCHEZ
Senadora de la República



Partido de la Unión
por la gente.

Bogotá D.C., 21 de julio de 2026

Doctor
DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ
Secretario General Senado de la República
Ciudad

Asunto: Radicación del Proyecto de Ley "Por la cual se regulan los procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos, se adoptan medidas para la protección de la salud y la vida de los pacientes, se reforma la Ley 599 de 2000 (Código Penal) en materia de ejercicio ilegal de profesiones del área de la salud y se dictan otras disposiciones".

Respetado doctor González:

En nuestra calidad de Congresistas de la República y en uso de las atribuciones que nos han sido conferidas constitucional y legalmente, respetuosamente nos permitimos radicar el Proyecto de Ley de la referencia y, en consecuencia, le solicitamos se sirva dar inicio al trámite legislativo respectivo.

Atentamente,

Los firmantes del proyecto de ley:

PROYECTO DE LEY No 14 DE 2026 SENADO

"Por la cual se regulan los procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos, se adoptan medidas para la protección de la salud y la vida de los pacientes, se reforma la Ley 599 de 2000 (Código Penal) en materia de ejercicio ilegal de profesiones del área de la salud y se dictan otras disposiciones".

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
DECRETA:

CAPÍTULO I Disposiciones generales

Artículo 1º: Objeto. La presente ley tiene por objeto reglamentar la práctica de los procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos que tengan como finalidad principal un propósito estético, adoptar medidas para proteger la salud y la vida de las personas que se someten a ellos y establecer disposiciones relacionadas con los registros, insumos y medicamentos aplicados a los pacientes, con el fin de proteger su salud y su vida.

Se exceptúan del ámbito de aplicación de la presente ley los aspectos relacionados con la recuperación o el mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas y los procedimientos no invasivos, es decir, aquellos procedimientos estéticos que no impliquen la modificación o afectación de la piel u órganos a través de inyecciones, imyecciones o utilización de dispositivos médicos que la modifiquen.

Artículo 2º: Principios y valores. Para efectos de la aplicación e interpretación de la presente ley se tendrán en cuenta los principios y valores contenidos en los artículos 35 y 36 de la Ley 1184 de 2007, así como la autonomía profesional en los términos del artículo 17 de la Ley 1751 de 2015, o las normas que los modifiquen, sustituyan o alteren.

Para la aplicación, interpretación y sanciones se tendrán en cuenta las competencias de la Superintendencia de Industria y Comercio en la Ley 1480 de 2011 -estatuto del consumidor- y cualquier norma que la sustituya, modifique o derogue únicamente en relación con la publicidad y no en aquello que atañe a la definición y alcance de las responsabilidades propias del acto médico; las de la Superintendencia Nacional de Salud en las Leyes 1122 de 2007, 1438 de 2011, 1949 de 2019 y cualquier norma que la sustituya, modifique o derogue, sobre vigilancia y sanciones a los establecimientos en donde tengan lugar los procedimientos; y las del Tribunal Nacional de Ética Médica en la Ley 23 de 1981 que la modifique, sustituya o derogue en relación con las fallas éticas de los profesionales de la salud en medicina.

Artículo 4. Definiciones. Para efectos de la presente ley, entiéndase por: Procedimiento médico con fines estéticos: aquel realizado por un profesional de la medicina que utiliza dispositivos médicos o sustancias inyectables que afectan la piel o el tejido, con la finalidad de modificar o embellecer aquellas partes del cuerpo que no son satisfactorias al individuo. Procedimiento médico-quirúrgico con fines estéticos: todo aquel realizado por un profesional de la medicina en el que se practique una incisión en la piel y manipulación de órganos o tejidos, con la finalidad de modificar o embellecer aquellas partes del cuerpo que no son satisfactorias al individuo. Promociones: Cualquier actividad publicitaria que tenga como objeto o por efecto presentar a la cirugía plástica como un producto de consumo ordinario libre de riesgo o un servicio de consumo sujeto a descuentos que no se corresponden con la complejidad y riesgo del acto quirúrgico. Parágrafo. El uso de los dispositivos médicos con fines estéticos será reglamentado por el Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con la tecnología y los avances del sector. El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) realizará la autorización de comercialización de dichos dispositivos previa evaluación de eficacia y seguridad. CAPÍTULO II Condiciones para la realización de los procedimientos y manejo de la información Artículo 4°. Condiciones para la práctica de procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos. Los procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos que se practiquen en Colombia deberán cumplir las siguientes condiciones: - Realizarse por quienes acrediten los requisitos contenidos en el artículo 5° de la presente ley. - Contratar con un prestador habilitado en donde se realice el respectivo procedimiento, de conformidad con la normatividad que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social. - Utilizar los insumos, dispositivos y medicamentos autorizados en el país, en los términos del artículo 9° de la presente ley. - Contar con el consentimiento informado del paciente en los términos del artículo 10 de la presente ley. Parágrafo. Toda práctica de procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos realizada por quien no acredite las competencias exigidas en el artículo 5° de la presente ley será considerada ejercicio ilegal de la profesión. El incumplimiento de las demás condiciones señaladas en este artículo dará lugar a las sanciones administrativas, éticas, civiles y penales que correspondan conforme a la presente ley y a las normas vigentes.	Artículo 5°. Requisitos para la práctica de procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos. Desde la vigencia de la presente ley, solo podrán practicar los procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos los médicos autorizados para el ejercicio de la profesión en Colombia que cumplan el siguiente requisito: Tener título de posgrado en una especialidad médico-quirúrgica que incluya competencias formales en la práctica de procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos, otorgado por una Institución de Educación Superior reconocida según la ley colombiana. En caso de que el título fuera obtenido en el exterior, deberá ser convalidado ante el Ministerio de Educación Nacional conforme al procedimiento y plazos establecidos. Parágrafo 1°. Es deber de los médicos especialistas registrarse en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS). Para el efecto, deberán aportar los soportes que den cuenta de la formación académica requerida, conforme a la Ley 1164 de 2007. Parágrafo 2°. Los médicos especialistas deberán exhibir en un lugar visible el correspondiente registro junto con sus títulos de idoneidad. Dicha información también deberá publicarse a través de los medios por los cuales ofrezcan sus servicios. Parágrafo 3°. En atención a la reserva de títulos de idoneidad prevista en el artículo 26 de la Constitución Política y a la delimitación de competencias establecida en la Ley 23 de 1981 y la Ley 1164 de 2007, la habilitación para la práctica de los procedimientos regulados en esta ley corresponde exclusivamente a los profesionales de la medicina y que cuenten con la especialidad médico-quirúrgica respectiva. Artículo 6°. Condiciones para los prestadores de servicios de salud. Podrán ofrecer y practicar procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos los profesionales que cuenten con las competencias para realizarlos y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cumplan integralmente con los estándares y criterios de habilitación vigentes y los procedimientos correspondan a las posibilidades del prestador habilitado. Para la práctica de los procedimientos a que se refiere esta ley, los prestadores deberán cumplir con las condiciones, criterios y estándares de habilitación exigidos por la normatividad vigente, de acuerdo a lo definido por el Ministerio de Salud y Protección Social. El prestador de servicios de salud deberá procurar la continuidad del manejo posoperatorio del paciente por parte del especialista que realizó el procedimiento u otro especialista con sus mismas competencias. Parágrafo 1°. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con servicios del grupo quirúrgico que contemplen ofrecer y practicar procedimientos médico-quirúrgicos con finalidad estética serán objeto de visita de habilitación previa a la apertura de dichos servicios por parte de la autoridad de salud correspondiente.
Parágrafo 2°. Los profesionales independientes, en la consulta externa especializada, solo podrán ofrecer y realizar procedimientos propios de dicho ámbito de servicio, conforme a la normatividad vigente, y en ningún caso practicar procedimientos médico-quirúrgicos en ese contexto de habilitación. Parágrafo 3°. Es deber de los profesionales de la salud que participen en la intervención poner de presente de manera clara y expresa la información de que tratan los literales del artículo 8° de la presente ley. Parágrafo 4°. Los tribunales de ética médica investigarán, juzgarán y sancionarán las faltas relacionadas con la práctica de estos procedimientos, sin perjuicio de las demás instancias de responsabilidad civil, penal y administrativa a que haya lugar. Artículo 7°. Guías de práctica clínica. El Ministerio de Salud y Protección Social, con la asesoría de la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, en un término no mayor a veinticuatro (24) meses desde la entrada en vigencia de esta ley, deberá realizar, actualizar y emitir guías de práctica clínica en procedimientos quirúrgicos con fines estéticos que brinden el máximo de seguridad a los pacientes. Artículo 8°. Deberes del paciente, del médico y de las instituciones prestadoras de salud. Con el fin de coadyuvar a la práctica responsable de los procedimientos quirúrgicos con fines estéticos, los pacientes tendrán los siguientes deberes: - Informarse sobre la formación profesional del médico que realizará el procedimiento, con el fin de conocer su título en medicina y la especialidad que ejerce en el campo consultado - Informarse sobre la habilitación de la institución prestadora de servicios de salud donde será llevado a cabo el procedimiento quirúrgico. - Cumplir las medidas de autocuidado, acatar las recomendaciones informadas por el médico tratante y asistir a los controles posoperatorios. Los médicos y las Instituciones Prestadoras de Salud tendrán los siguientes deberes: - Otorgar toda la información sobre el procedimiento a practicar, sus recomendaciones y sus riesgos. - Informar si el lugar donde se practicará el procedimiento cuenta con las habilitaciones correspondientes. Parágrafo. Los pacientes deberán poner en conocimiento de las autoridades las irregularidades encontradas en la información recibida. Artículo 9°. De los insumos, dispositivos y medicamentos. Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 6 de la Ley 2316 de 2023, los insumos, dispositivos y medicamentos en salud utilizados o prescritos para la práctica de los procedimientos quirúrgicos con fines estéticos deberán estar autorizados por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), según corresponda.	Artículo 10. Consentimiento informado. Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 10, literal d), de la Ley 1751 de 2015, todos los procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos requerirán del consentimiento informado del paciente, el cual deberá ser otorgado con antelación a la realización del procedimiento y deberá contener, además de los requisitos generales, los siguientes aspectos: - Nombre, número de identificación y firma del profesional de la salud que practica el procedimiento. - Nombre, número de identificación y firma del paciente. - Institución, sede y fecha en la que se va a practicar el procedimiento. - Información suficiente, oportuna, completa, asequible y veraz relacionada con el tipo de procedimiento, destacando los beneficios y los riesgos inherentes al procedimiento y consecuencias. - Constancia de que el paciente ha sido informado de las alternativas existentes para practicar el procedimiento, siempre que dichas alternativas se encuentren disponibles. - La advertencia expresa de que el resultado estético puede variar según condiciones anatómicas, cicatrización, respuesta biológica individual y evolución postoperatoria. Lo anterior, sin perjuicio de la autonomía en la toma de decisiones por parte del médico cirujano especialista, quien, como consecuencia de contingencias externas al normal desarrollo del procedimiento que pongan o puedan poner en riesgo la integridad del paciente, podrá ajustar o variar el plan inicialmente previsto. De dichas decisiones se informará posteriormente al paciente y se dejará constancia en la historia clínica. Parágrafo 1°. Se entiende por información suficiente y completa la explicación, en términos sencillos, de la condición en salud, el diagnóstico, el manejo o procedimiento, las alternativas de tratamiento existentes y los riesgos previstos de alta ocurrencia o complicaciones frecuentes. Dicha información podrá entregarse de manera verbal, escrita o por cualquier otro medio, según las condiciones del paciente. Parágrafo 2°. El INVIMA advertirá a la población sobre las indicaciones, contraindicaciones, dosificaciones y usos adecuados de los medicamentos, dispositivos o insumos utilizados o prescritos para estos procedimientos, para lo cual destinará un espacio en su página web institucional. Parágrafo 3°. Las obligaciones asumidas por el profesional de la medicina que acredite las competencias para realizar procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos son obligaciones de medio y no de resultado; en consecuencia, el especialista únicamente será considerado responsable cuando no haya actuado conforme a la diligencia, pericia y prudencia exigibles. Artículo 11. Seguro obligatorio de atención de complicaciones. Créase el Seguro Obligatorio de Atención de Complicaciones derivadas de los procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos, destinado a amparar los gastos médicos, quirúrgicos, hospitalarios, no quirúrgicos, farmacéuticos, de rehabilitación y de traslado que demande la atención de las complicaciones y de los eventos adversos derivados de los procedimientos regulados por la presente ley.

Ningún procedimiento médico-quirúrgico con fines estéticos podrá practicarse en el territorio nacional sin que se encuentre amparado por el seguro de que trata este artículo, vigente al momento de la intervención. La calidad de tomador podrá recaer en el paciente, en el prestador de servicios de salud o en el profesional que realice el procedimiento, según se convenga; en todo caso, corresponde al prestador y al profesional verificar la existencia y vigencia del amparo con antelación al procedimiento. El seguro se registrará por las siguientes reglas: Obligatoriedad y disponibilidad. Las entidades aseguradoras autorizadas por la Superintendencia Financiera de Colombia para explotar el ramo estarán obligadas a expedir, en todo el territorio nacional, las pólizas que les sean solicitadas por quienes acrediten los requisitos previstos en el numeral 3 de este artículo, sin que puedan negar, condicionar, dilatar o restringir su expedición. La Superintendencia Financiera de Colombia señalará, con carácter uniforme, las condiciones generales de la póliza y adoptará un mecanismo de compensación de riesgo entre aseguradoras que impida la selección adversa y garantice la viabilidad financiera y la disponibilidad permanente del producto. La negativa injustificada de expedición dará lugar a las sanciones previstas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y en las normas que lo desarrollen. Prima. El Gobierno Nacional, mediante la reglamentación correspondiente, definirá el valor de la prima o la tarifa máxima del seguro, con observancia de los principios técnicos de equidad, suficiencia y moderación, y con fundamento en la información estadística y actuarial disponible. La reglamentación podrá establecer rangos diferenciales según la complejidad y el riesgo del procedimiento, y será revisada periódicamente. Las aseguradoras no podrán cobrar primas, recargos o deducibles distintos de los autorizados. Acreditación de la competencia profesional. La póliza únicamente podrá expedirse cuando el procedimiento vaya a ser practicado por un médico que acredite los requisitos exigidos en el artículo 5° de la presente ley y en un prestador que cumpla las condiciones de habilitación previstas en el artículo 6°. Para tal efecto, la entidad aseguradora deberá verificar, con antelación a la expedición, la inscripción y el registro del profesional en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS) y la habilitación del prestador en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS). La aseguradora que expida la póliza sin efectuar dicha verificación no podrá oponer al paciente el incumplimiento de este requisito para negar la cobertura, sin perjuicio de las acciones de repetición contra el responsable y de las sanciones a que haya lugar. Neutralidad frente a la autonomía profesional. Las condiciones de la póliza no podrán incidir, afectar ni condicionar la autonomía profesional garantizada por el artículo 17 de la Ley 1751 de 2015. En particular, queda prohibido: - Subordinar la cobertura o su reconocimiento a autorizaciones previas de la entidad aseguradora sobre la indicación quirúrgica, la técnica operatoria, los insumos, los dispositivos o el plan de manejo posoperatorio. - Imponer al profesional protocolos, guías o listados de procedimientos distintos de las guías de práctica clínica de que trata el artículo 7° de la presente ley. - Condicionar la expedición de la póliza, su precio o su renovación a la vinculación del profesional o del prestador a redes, listados o convenios de la entidad aseguradora.	- Establecer incentivos, descuentos o penalizaciones asociados a la frecuencia de complicaciones o de eventos adversos reportados, que puedan inducir su subnotificación o la modificación de las decisiones clínicas. - Intervenir, directa o indirectamente, en la selección del paciente, del profesional tratante o del prestador. Toda estipulación contraria a lo previsto en este numeral se tendrá por no escrita. El seguro de que trata el presente artículo ampara gastos de atención en salud y no constituye seguro de responsabilidad civil profesional; en consecuencia, su cobertura opera con independencia de la determinación de responsabilidad y su pago no comporta reconocimiento de culpa ni de responsabilidad alguna del profesional o del prestador, en concordancia con el párrafo 3° del artículo 10 de la presente ley. Lo anterior, sin perjuicio de las demás pólizas o seguros previstos en las normas vigentes, cuya contratación continuará rigiéndose por el régimen general. Parágrafo 1°. No podrá negarse ningún servicio de salud, especialmente el de urgencias, por tratarse de una complicación asociada a un procedimiento médico-quirúrgico con finalidad estética. La póliza deberá garantizar la suficiencia de la red de prestación de servicios para atender las complicaciones y permitir la continuidad del manejo posoperatorio en los términos del artículo 6° de la presente ley. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará, en coordinación con la Superintendencia Nacional de Salud y la Superintendencia Financiera de Colombia, el proceso de pago, recobro y subrogación entre el sistema de salud, los prestadores y las entidades aseguradoras. Parágrafo 2°. Cuando el procedimiento se practique sin el amparo exigido en este artículo, o por quien no acredite las competencias del artículo 5°, el sistema de salud y las entidades que asuman la atención de la complicación podrán repetir contra el prestador y el profesional responsables por el valor total de los servicios prestados, sin perjuicio de las sanciones administrativas, éticas y penales a que haya lugar. Parágrafo 3°. El Gobierno Nacional reglamentará el presente artículo dentro de los doce (12) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, con la participación de la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva y del gremio asegurador. La reglamentación definirá, como mínimo, las coberturas y sumas aseguradas, la prima o tarifa máxima, las exclusiones admisibles, las condiciones de suficiencia de la red de atención, el procedimiento de reclamación y los mecanismos de información y verificación. Parágrafo 4°. La obligatoriedad prevista en este artículo será exigible a partir de la entrada en vigencia de la reglamentación de que trata el párrafo anterior y, en todo caso, a más tardar dieciocho (18) meses después de la promulgación de la presente ley. Vencido dicho término sin que se hubiere expedido la reglamentación, la obligatoriedad se hará exigible con sujeción a las condiciones generales y a las tarifas máximas que señale la Superintendencia Financiera de Colombia. Artículo 12. Del reporte, seguimiento y análisis de la información. Los casos de mortalidad y los eventos adversos asociados a los procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos serán considerados eventos de interés en salud pública; en consecuencia, las instituciones que los
practiquen deberán reportarlos a las autoridades de inspección, vigilancia y control para su investigación y la adopción de medidas pertinentes. Igualmente, deberán reportar los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) correspondientes. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará este artículo dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la ley, garantizando lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, y que la sustituya, modifique, o derogue. CAPÍTULO III Publicidad, promoción y patrocinio Artículo 13. Publicidad de procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos. Las piezas publicitarias mediante las cuales se ofrezca o promocióne la práctica de procedimientos quirúrgicos con fines estéticos, por cualquier medio, deberán incluir información clara, suficiente, oportuna, comprensible, precisa, idónea, verificable y veraz y, como mínimo, contener: a) el nombre de la institución prestadora del servicio de salud; y b) la indicación clara y visible de la condición de habilitación de los servicios. En el caso de los profesionales de la salud que ofrezcan la promoción en la práctica de procedimientos quirúrgicos con fines estéticos por cualquier medio, igualmente deberán incluir información clara, suficiente, oportuna, comprensible, precisa, idónea, verificable y veraz, y contener: a) El nombre del profesional competente (b) La acreditación de los títulos académicos que lo habilitan para ejercer y practicar procedimientos quirúrgicos con finalidad estética Parágrafo 1°. La información deberá estar resaltada en la página web, red social o aplicativo dispuesto por el prestador o el profesional, de forma claramente visible y en todo caso verificable por el paciente. Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social, junto con la Superintendencia Nacional de Salud, realizarán periódicamente campañas de información sobre estos procedimientos y sobre los derechos y obligaciones de pacientes y médicos. Artículo 14. Prohibiciones. Se prohíben las siguientes prácticas en la publicidad y promoción de procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos a través de cualquier medio de comunicación o redes sociales: - Las dirigidas a menores de edad o hechas atractivas para ellos, sin perjuicio de lo previsto en el artículo 5 de la Ley 1799 de 2016, o cualquier norma que la sustituya, modifique o derogue. - Las que induzcan a error al paciente. Se entenderá que inducen a error las afirmaciones sobre información objetivamente verificable que resulten falsas o inexactas, tales como garantizar la ausencia de complicaciones o riesgos, asegurar resultados o atribuir títulos, calidades o experiencia que no correspondan a la realidad. - Las rifas, promociones, ofertas y patrocinios. Parágrafo 1°. La Superintendencia de Industria y Comercio y la Superintendencia Nacional de Salud investigarán y sancionarán, de acuerdo con su competencia, las conductas previstas en este artículo.	Parágrafo 2°. Será competencia de COLJUEGOS investigar y sancionar las actividades relacionadas con el literal c), de conformidad con la legislación vigente. Artículo 15. Publicidad engañosa. Los prestadores de servicios de salud que incurran en prácticas de publicidad engañosa para lograr la prestación de servicios de procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos se harán acreedores de las sanciones previstas en la Ley 1480 de 2011 y demás normas que la sustituyan, modifiquen o complementen, sin perjuicio de las demás condenas y sanciones jurisdiccionales y administrativas aplicables. Parágrafo. La Superintendencia de Industria y Comercio ejercerá funciones de inspección, vigilancia y control sobre la publicidad engañosa, conforme al régimen de la Ley 1480 de 2011, sin perjuicio de las competencias asignadas a otras autoridades en virtud de la presente ley. CAPÍTULO IV Régimen de responsabilidad y sanciones Artículo 16. Responsabilidad profesional. Los profesionales de la salud que realicen procedimientos quirúrgicos con fines estéticos sin el cumplimiento de los requisitos establecidos en la presente ley serán sancionados por los tribunales de ética profesional correspondientes, con las sanciones contempladas en sus respectivos regímenes, además de la suspensión del ejercicio profesional de conformidad con lo consagrado en el artículo 83 de la Ley 23 de 1981. Lo anterior, sin perjuicio de las demás condenas o sanciones civiles, penales y/o administrativas a que haya lugar. Artículo 17. Ejercicio ilegal de la medicina en los procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos. La práctica de los procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos por quienes no acrediten las competencias para realizarlos de conformidad con las establecidas en la presente ley se considera ejercicio ilegal de la medicina, y dará lugar a las sanciones administrativas, éticas y penales previstas en la ley, en particular a las contempladas en el Capítulo V de la presente ley. Lo no previsto se registrará por las normas generales para el ejercicio de las profesiones de la salud. Artículo 18. Infracciones administrativas. Adiciónese un numeral al artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, así: <i>"22. Ejercer de manera ilegal las profesiones de la salud, de conformidad con las normas que regulan la materia."</i> Artículo 19. Sanciones a los prestadores de servicios de salud. El incumplimiento de lo dispuesto en los artículos 4°, 5°, 6°, 9°, 10, 11 y 12 de la presente ley podrá acarrear al prestador las siguientes sanciones: 1) cierre temporal, definitivo, o pérdida de la habilitación del servicio; y 2) multas conforme a la normatividad superior vigente. Lo anterior, sin perjuicio de las demás actuaciones o sanciones que deban adoptar las entidades competentes. Artículo 20. Responsabilidad por publicidad. La Superintendencia de Industria y Comercio sancionará el incumplimiento de lo previsto en los artículos 13, 14 y 15 de la presente ley por parte del

anunciante, promotor o patrocinador, conforme al artículo 30 de la Ley 1480 de 2011 y demás normas aplicables, sin perjuicio de las demás sanciones a que haya lugar.

Parágrafo. La participación de profesionales de la salud en prácticas que contravengan los artículos 13, 14 y 15 se considera como mínimo falta grave contra la ética profesional, y será sancionada conforme a lo dispuesto en la ley 23 de 1981.

Parágrafo 2. Los médicos con competencias en procedimientos quirúrgicos con fines estéticos a quienes se les demuestre la conducta de publicidad engañosa, consistente en la difusión de información objetivamente verificable que resulte falsa o inexacta, incurrirán en multa de hasta mil (1.000) salarios mínimos legales vigentes.

Lo anterior sin perjuicio de las sanciones civiles y administrativas que le sean aplicables

CAPÍTULO V

Disposiciones penales en materia de ejercicio ilegal de profesiones del área de la salud

Artículo 21. Tipo penal autónomo — Ejercicio ilegal de profesión en ciencias de la salud. Adiciónase el artículo 372A a la Ley 599 de 2000, dentro del Título XIII (Delitos contra la salud pública), el cual quedará así:

Artículo 372A. Ejercicio ilegal de profesión en ciencias de la salud. El que, sin poseer título académico expedido por autoridad competente y sin contar con los requisitos exigidos por la ley para el ejercicio de una profesión o especialidad en el área de la salud, ejerza actos de diagnóstico, prescripción, intervención, procedimiento invasivo, quirúrgico, anestésico, terapéutico o de manejo clínico reservado legalmente a profesiones u ocupaciones del área de la salud, incurrirá en prisión de dos (2) a seis (6) años e inhabilitación para el ejercicio de cualquier actividad relacionada con la salud por el mismo término.

En la misma pena incurrirá el profesional o especialista que promueva o encubra el ejercicio ilegal de profesiones u ocupaciones de la salud.

Las penas se aumentarán de una tercera parte a la mitad cuando: 1) el autor se atribuya públicamente el título, grado académico, especialización o certificación que no posee; 2) la conducta se realice con fines de lucro o de manera reiterada; o 3) la víctima sea un sujeto de especial protección constitucional.

Parágrafo. La sentencia condenatoria ejecutoriada deberá ser comunicada de inmediato por el juez al Ministerio de Salud y Protección Social para su inclusión en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS) y demás sistemas de información previstos en la Ley 1164 de 2007.”

Artículo 22. Circunstancias de agravación en el homicidio y las lesiones personales. Adiciónase un numeral a los artículos 104, 110, 119 y 121 de la Ley 599 de 2000, con el siguiente texto:

"Las penas previstas se aumentarán de una tercera parte a la mitad cuando el autor de la conducta, al momento de su comisión, no contare con título profesional válido en Colombia, registro profesional

vigente o habilitación legal para ejercer la profesión o la especialidad del área de la salud en que se desempeñaba.”

Artículo 23. Reforma al artículo 296 de la Ley 599 de 2000 — Falsedad personal en el sector salud. Adiciónase un inciso al artículo 296 de la Ley 599 de 2000, así:

“Cuando la falsedad personal recaiga sobre la condición de profesional o especialista en el área de la salud, la pena será de prisión de dos (2) a cuatro (4) años e inhabilitación para ejercer actividades relacionadas con la salud por el mismo periodo, siempre que la conducta no constituya delito de mayor gravedad.”

CAPÍTULO VI

Disposiciones finales

Artículo 24. Complementariedad normativa. En lo no previsto en la presente ley se aplicarán las normas contenidas en la ley 23 de 1981 o cualquier norma que la modifique, reglamente, sustituya o derogue. En relación con la imposición de sanciones administrativas por incumplimiento de esta ley, se aplicará lo previsto en los artículos 47 a 52 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (CPACA), salvo que exista norma procesal especial.

Artículo 25. Estrategia de información y prevención. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Ministerio de Educación Nacional, diseñará y divulgará, en un plazo no inferior a seis (6) meses, una estrategia de información y prevención sobre los procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos, con el objeto de que los ciudadanos tomen decisiones informadas y libres de la influencia de estereotipos.

Artículo 26. Registro nacional de Complicaciones en Cirugía Estética para recopilar estadísticas y mejorar la vigilancia sanitaria. Créase el Registro Nacional de Complicaciones en Cirugía Estética, a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, como instrumento de información para la recopilación, sistematización y análisis estadístico de las complicaciones y los eventos adversos asociados a los procedimientos médico-quirúrgicos con fines estadísticos regulados por la presente ley, con la finalidad de fortalecer la vigilancia sanitaria, la salud pública, la formulación de política pública y la elaboración y actualización de las guías de práctica clínica de que trata el artículo 7°.

El Registro se articulará e interoperará con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) y el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS), evitando la duplicidad de reportes a cargo de los prestadores.

Los prestadores de servicios de salud que practiquen los procedimientos regulados en esta ley deberán reportar al Registro, en los términos y con la periodicidad que defina la reglamentación, las complicaciones y los eventos adversos que se presenten, conforme a lo previsto en el artículo 12 de la presente ley.

Parágrafo 1º. El tratamiento de los datos contenidos en el Registro se sujetará a lo dispuesto en las Leyes 1581 de 2012 y 1266 de 2008 y demás normas concordantes en materia de habeas data y protección de datos personales y sensibles. La información que se reporte, publique o se destine a fines estadísticos, epidemiológicos, académicos o de investigación deberá ser agregada y anonimizada, de manera que no permita la identificación de los pacientes ni de los profesionales involucrados.

Parágrafo 2º. La administración y gobernanza técnica del Registro contará con la participación de la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, a través de un comité técnico que asesorará la definición de las variables, los indicadores y los criterios de análisis de la información.

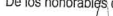
Parágrafo 3º. El reporte de información al Registro con fines epidemiológicos y de vigilancia sanitaria no constituye, por sí solo, reconocimiento ni atribución de responsabilidad civil, penal, disciplinaria o ética del profesional o del prestador reportante.

Parágrafo 4°. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el presente artículo dentro de los doce (12) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley.

Artículo 27. Vigencia y derogatorias. La presente ley rige a partir de su sanción, promulgación y publicación en el Diario Oficial, y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

De los honorables congresistas.

De los honorables congresistas,



NORMA HURTADO SÁNCHEZ
SENADORA DE LA REPÚBLICA


CAMILO ESTEBAN ÁVILA MORALES
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

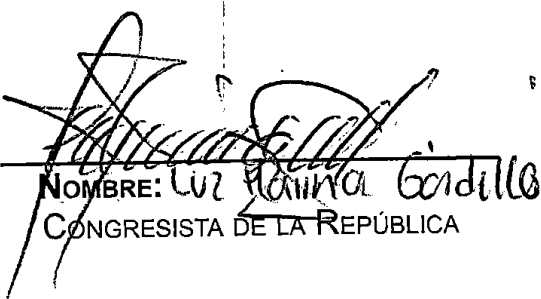
NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE: _____
 CONGRESISTA: _____

SENADO DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA GENERAL

EL día 21 de Julio del año 2026
Ha sido presentado en este despacho el
Proyecto de ley X Acto legislativo
No. 014/26 Con su correspondiente
Exposición de Motivos, suscrita
HALLC Norma Montado, Camilo Roldán
Montes y otros Congresistas

SECRETARIO GENERAL


NOMBRE: Luz Patricia Gordillo
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

PROYECTO DE LEY No _____ DE 2026 SENADO

"Por la cual se regulan los procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos, se adoptan medidas para la protección de la salud y la vida de los pacientes, se reforma la Ley 599 de 2000 (Código Penal) en materia de ejercicio ilegal de profesiones del área de la salud y se dictan otras disposiciones".

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. OBJETO DE LA INICIATIVA

El presente proyecto de ley tiene por objeto reglamentar la práctica de los procedimientos quirúrgicos con fines estéticos que se realizan en Colombia, con el propósito de proteger la salud, la integridad y la vida de las personas que se someten a ellos. La iniciativa parte de una premisa elemental pero frecuentemente desatendida: la seguridad del paciente debe ser, siempre, el eje rector de cualquier regulación sobre la materia.

La masificación de los procedimientos estéticos en el país, acompañada de la proliferación de oferentes sin la formación médica especializada requerida y de establecimientos que no cumplen las condiciones de habilitación, ha generado un problema de salud pública de creciente gravedad. Las consecuencias documentadas —infecciones sistémicas, necrosis tisular, embolias grasas, deformidades permanentes, secuelas psicológicas y muertes— evidencian que el marco vigente resulta insuficiente para conjurar el riesgo. Esta ley busca cerrar esas brechas mediante dos líneas de intervención complementarias: (i) una regulación sanitaria que reserva la realización de estos procedimientos a los profesionales médicos efectivamente competentes y a los prestadores debidamente habilitados; y (ii) una reforma al Código Penal que sanciona, con pena privativa de la libertad, el ejercicio ilegal de las profesiones del área de la salud.

La masificación de las intervenciones quirúrgicas con fines estéticos en Colombia ha dejado de ser un asunto puramente privado para convertirse en un problema de salud pública con repercusiones financieras directas sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud. De acuerdo con datos de la ADRES, entre el año 2015 y abril de 2026, el sistema ha tenido que reconocer y pagar un total de **\$2.670.254.589 pesos** por conceptos de recobros relacionados con complicaciones derivadas de procedimientos estéticos.

Es imperativo destacar que el **42.7% de estos recursos (\$1.140.185.068)** se han destinado exclusivamente a **reconstrucciones**, lo que evidencia que el Estado colombiano está asumiendo la carga económica de intentar reparar la integridad física de pacientes víctimas de procedimientos

realizados, en muchos casos, por personal no idóneo. Esta cifra, que no incluye los costos cubiertos directamente por la Unidad de Pago por Capitación (UPC), demuestra que el riesgo social de estas prácticas es de una magnitud considerable y justifica plenamente una regulación estricta basada en títulos de idoneidad y especialización médica.

La caracterización del riesgo social y sanitario que motiva esta iniciativa legislativa encuentra su sustento empírico más alarmante en las cifras de mortalidad y morbilidad reportadas por las autoridades forenses del país. De acuerdo con el consolidado de necropsias medicolegales remitido por el Instituto de Medicina Legal, entre enero de 2018 y junio de 2023 se registraron en Colombia **63 fallecimientos** cuya causa de muerte estuvo directamente asociada a cirugías estéticas y a la inyección de biopolímeros.

Este fenómeno no solo representa una tragedia humana irreparable, sino que evidencia un patrón crítico de salud pública: el 73% de estas muertes (46 casos) se derivaron de procedimientos quirúrgicos estéticos, mientras que el 27% restante (17 casos) fueron consecuencia del uso de sustancias modelantes no permitidas. La distribución de estas cifras revela que la población más vulnerable se encuentra en la plenitud de su edad productiva, con una incidencia alarmante en los rangos de 20 a 34 años, donde se concentran 32 de las muertes documentadas, lo que subraya la urgencia de regular un mercado que está cobrando la vida de los ciudadanos más jóvenes del país."

Tabla 1. Necropsias medicolegales cuya causa de muerte está asociada a cirugías estéticas e inyección de biopolímeros y otras sustancias, por grupo etario y edad
Colombia enero 2018 - junio 2023*

Grupo de Edad / Edad	Inyección de Biopolímeros y otras sustancias	Cirugías estéticas	Total
(20 a 24)	8	3	11
21	2	1	3
22	3	0	3
23	3	1	4
24	0	1	1
(25 a 29)	5	6	11
25	1	1	2
26	2	2	4
27	0	1	1

28	2	0	2
29	0	2	2
(30 a 34)	2	8	10
30	0	2	2
31	1	0	1
32	0	1	1
33	0	3	3
34	1	2	3
(35 a 39)	0	7	7
35	0	2	2
36	0	1	1
37	0	1	1
38	0	2	2
39	0	1	1
(40 a 44)	1	7	8
40	0	1	1
41	0	4	4
42	0	2	2
44	1	0	1
(45 a 49)	0	8	8
45	0	2	2
46	0	3	3
47	0	1	1
48	0	1	1
49	0	1	1
(50 a 54)	0	5	5
50	0	1	1
51	0	1	1
52	0	1	1
53	0	2	2
(55 a 59)	0	1	1
58	0	1	1
(60 a 64)	0	1	1
62	0	1	1

(65 a 69)	1	0	1
65	1	0	1
Total general	17	46	63

* Información provisional sujeta a cambios por actualización
Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Centro de Referencia Nacional sobre Violencia, Sistema SIRDEC

Este panorama de mortalidad se ve agravado por una dimensión territorial y demográfica que exige una intervención normativa inmediata. Los datos indican que centros urbanos como Bogotá (4 casos), Antioquia (3 casos) y Valle del Cauca (3 casos) concentran la mayor parte de las fatalidades por biopolímeros, reflejando una descentralización del riesgo que afecta a diversas regiones del territorio nacional. Asimismo, el impacto no discrimina género, registrándose muertes tanto en hombres (9 casos) como en mujeres (8 casos), e incluso afectando de manera desproporcionada a comunidades de especial protección como la población LGBTQ+, que representa casi una cuarta parte de los fallecimientos por inyección de sustancias. Estas cifras, lejos de ser estadísticas aisladas, son el reflejo de un sistema de vigilancia que, aunque identifica el desenlace fatal, carece actualmente de las herramientas de prevención que esta ley propone para evitar que el quirófano se convierta en un escenario de riesgo mortal.

Tabla 3. Necropsias medicolegales cuya causa de muerte esta asociada a la aplicacion de biopolimeros y otras sustancias según departamento y municipio del hecho
Colombia enero 2018 - junio 2023*

Departamento del hecho / Municipio	Total
Antioquia	3
Medellín	3
Bogotá, D.C.	4
Bogotá, D.C.	4
Cauca	1
Patía	1
Cesar	1
Valledupar	1

* Información provisional sujeta a cambios por actualización
Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Centro de Referencia Nacional sobre Violencia, SIRDEC

La gravedad de la pérdida de vidas humanas se complementa con un impacto financiero sistémico que el Estado colombiano ha tenido que absorber ante la falta de una regulación estricta sobre la idoneidad profesional. Mientras el Medicina Legal detalla la letalidad, los registros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) cuantifican la morbilidad y el costo de la reparación, donde en la última década el sistema ha aprobado pagos por \$2.670.254.589 pesos para tratar las secuelas de estos procedimientos, de los cuales más de \$1.140 millones se han destinado exclusivamente a reconstrucciones físicas de pacientes que sobrevivieron a intervenciones negligentes.

2. ANTECEDENTES DEL TRÁMITE LEGISLATIVO

Esta iniciativa recoge, depura y fortalece el contenido del Proyecto de Ley No. 311 de 2023 Cámara – 237 de 2024 Senado, "por la cual se regulan los procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos y se dictan otras disposiciones", cuyo texto fue discutido y aprobado en la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República en sesiones de 1 y 8 de abril de 2025 (Actas

Nos. 32 y 33). Durante ese trámite, la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva –SCCP– presentó observaciones técnicas orientadas a garantizar que la regulación cumpliera efectivamente su finalidad protectora. El presente proyecto incorpora dichas observaciones y articula, en un solo cuerpo normativo, las medidas sanitarias y penales necesarias para una protección integral del paciente.

3. FUNDAMENTOS CONSTITUCIONALES

3.1. Libertad de escoger profesión u oficio.

El artículo 26 de la Constitución Política de Colombia precisa que "toda persona es libre de escoger profesión u oficio. La ley podrá exigir títulos de idoneidad. Las autoridades competentes inspeccionarán y vigilarán el ejercicio de las profesiones. Las ocupaciones, artes y oficios que no exijan formación académica son de libre ejercicio, salvo aquellas que impliquen un riesgo social."

Sobre el particular la Corte Constitucional en sentencia C 226 de 1994 señaló que:

"De la lectura del artículo 26 de la Constitución Política se deduce "una cierta diferenciación entre las profesiones y las ocupaciones, artes y oficios; en las primeras la regla general es la inspección y vigilancia por parte de las autoridades competentes, y en las segundas, en cambio, en principio opera el libre ejercicio. Lo expuesto se fundamenta en que el constituyente supone que las profesiones van ligadas a una necesaria cuota de escolaridad, la cual se presentaría como garantía de aptitud para realizar la labor profesional. De esa manera se reduce el riesgo social que puede implicar para la sociedad el ejercicio de una actividad profesional. En cambio, el Constituyente entiende que las ocupaciones, artes y oficios, por lo general, no requieren formación académica y no comportan un riesgo social. Así, se presenta la necesidad de controlar el ejercicio de las profesiones y la posibilidad del libre ejercicio de las ocupaciones, artes y oficios. Sin embargo, la propia Carta fundamental establece la posibilidad de reglamentación, inspección y vigilancia sobre aquellas ocupaciones no profesionales que exijan formación académica o que, a pesar de no necesitar la mencionada formación, impliquen un riesgo social.

En ese orden de ideas, las fronteras que demarcan el derecho de ejercicio de una profesión son el respeto por los derechos ajenos y la protección de los riesgos sociales. Esto explica que la Constitución autorice formas de regulación de las profesiones y de ciertos oficios como reconocimiento de la necesaria formación académica y riesgo de carácter social de estas actividades. Pero el legislador no puede regular de manera arbitraria las profesiones y oficios. En efecto, tales regulaciones sólo son legítimas constitucionalmente si se fundamentan de manera razonable en

Córdoba	1
Montería	1
Magdalena	1
Santa Marta	1
Quindío	1
Armenia	1
Santander	1
Cimitarra	1
Tolima	1
Falan	1
Valle del Cauca	3
Cali	2
Palmira	1
Total general	17

* Información provisional sujeta a cambios por actualización
Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Centro de Referencia Nacional sobre Violencia, SIRDEC

La gravedad de la pérdida de vidas humanas se complementa con un impacto financiero sistémico que el Estado colombiano ha tenido que absorber ante la falta de una regulación estricta sobre la idoneidad profesional. Mientras el Medicina Legal detalla la letalidad, los registros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) cuantifican la morbilidad y el costo de la reparación, donde en la última década el sistema ha aprobado pagos por \$2.670.254.589 pesos para tratar las secuelas de estos procedimientos, de los cuales más de \$1.140 millones se han destinado exclusivamente a reconstrucciones físicas de pacientes que sobrevivieron a intervenciones negligentes.

2. ANTECEDENTES DEL TRÁMITE LEGISLATIVO

Esta iniciativa recoge, depura y fortalece el contenido del Proyecto de Ley No. 311 de 2023 Cámara – 237 de 2024 Senado, "por la cual se regulan los procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos y se dictan otras disposiciones", cuyo texto fue discutido y aprobado en la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República en sesiones de 1 y 8 de abril de 2025 (Actas

el control de un riesgo social, y no se traducen en una restricción desproporcionada o inequitativa del libre ejercicio de las actividades profesionales o laborales (subraya intencional)

De conformidad con lo anterior es claro que la libertad de escoger profesión u oficio es un derecho fundamental que ampara un espectro de la libertad esencial para el desarrollo de las personas que sólo puede ser limitado o demarcado en virtud de los derechos de terceros o la protección de la comunidad contra los riesgos sociales que pueda entrañar el ejercicio de una determinada profesión, ocupación, arte u oficio.

Ahora bien, tales delimitaciones en el marco del ejercicio del derecho fundamental a ejercer una profesión u oficio, se patentiza, en muchos de los casos en las exigencia de títulos de idoneidad, y en las reglamentaciones del ejercicio profesional que en el marco de la libertad de configuración del legislador expide el Congreso de la República amparado en sus funciones legales y constitucionales.

Como se explicará más adelante, las delimitaciones del ejercicio del derecho a escoger profesión u oficio deben gozar de razonabilidad y proporcionalidad, pues la limitación en el ejercicio de un derecho fundamental es constitucionalmente admisible exclusivamente bajo la condición de que las restricciones impuestas garantizan alcanzar un objetivo constitucionalmente amparado.

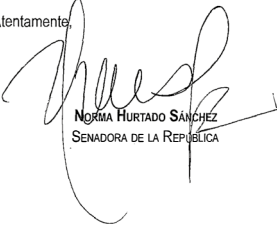
3.2 Títulos de idoneidad.

Al respecto de los títulos de idoneidad y su relación con la mitigación del riesgo social la Corte Constitucional en sentencia C 694 de 1999:

"En primer término, el riesgo social que genera la actividad social debe ser claro y afectar, o poner en peligro, el interés general y derechos fundamentales; pero eso no es suficiente; es además necesario que ese riesgo pueda ser disminuido de manera sustantiva gracias a una formación académica específica. En efecto, no tiene sentido que la ley profesionalice ciertos oficios e imponga, como requisito para su ejercicio, un título de idoneidad, si los riesgos de esa actividad no pueden ser claramente reducidos gracias a una formación, pues, de no ser así, la exigencia del título sería inadecuada e innecesaria. Por ende, sólo puede limitarse el derecho a ejercer un oficio y exigirse un título de idoneidad, cuando la actividad genera (i) un riesgo de magnitud considerable, (ii) que es susceptible de control o de disminución a través de una formación académica específica."(subraya y negrilla intencional)

Así las cosas, es claro que el derecho a escoger libremente profesión u oficio es un derecho fundamental sujeto a restricciones; que esas restricciones están sujetas a la existencia de un riesgo social de considerable magnitud, que, cuando se trata de restricciones por vía de la exigencia derivada de los títulos de idoneidad, la formación académica debe ser un medio razonable,

proporcional y eficaz para mitigar los riesgos sociales derivados del ejercicio de la profesión u oficio y que, los procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos satisfacen plenamente ambos requisitos. 3.3 Competencias de los profesionales de la salud. De acuerdo con la normatividad vigente en nuestro país, las competencias para desempeñarse como profesional de la salud únicamente se pueden adquirir a través de los programas de educación formal de nivel universitario en pregrado y posgrado respectivamente. En ese sentido el artículo 12 de la ley 1164 de 2007 señaló que un programa de educación es pertinente cuando responde “a los requerimientos de formación en coherencia con los avances del conocimiento y la tecnología en el área del saber correspondiente, de manera que den respuesta a las necesidades y problemas de salud de la población, sean estos actuales o previsibles en el futuro.” En ese sentido la norma citada destaca que competencia es “Es una actuación idónea que emerge en una tarea concreta, en un contexto determinado. <u>Esta actuación se logra con la adquisición y desarrollo de conocimientos, destrezas, habilidades, aptitudes y actitudes que se expresan en el ser, saber, el hacer y el saber-hacer.</u>” (subraya intencional) El ejercicio competente es una condición de calidad dentro del sistema pues, como lo reconoce el artículo 2 de la ley de talento humano “La formación y el desempeño del Talento Humano en Salud, debe caracterizarse por el logro de los mayores beneficios posibles en la formación y la atención, dentro de la disponibilidad de recursos del sistema educativo y de servicios y con los menores riesgos para los usuarios de servicios de salud. <u>Se reconocen en la calidad dos componentes interrelacionados: el ejercicio idóneo de competencias propias de cada profesión u ocupación en salud y la satisfacción y mejoramiento de la salud de los usuarios de los servicios.</u> (subraya intencional) El ejercicio competente, es, además, un derecho y un deber del talento humano en salud. Así lo reconoce el artículo 22 de la ley en cita cuando señala que “<u>ninguna persona podrá realizar actividades de atención en salud o ejercer competencias para las cuales no esta autorizada sin los requisitos establecidos en la presente ley.</u>” (subraya intencional) En punto del derecho se reconoce en el artículo 37 que “El Talento Humano en Salud debe ser ubicado de acuerdo con sus competencias correspondientes a sus títulos o certificados expedidos por la entidad educativa. <u>No se comprometerán a realizar labores que excedan su capacidad.</u>” (subraya intencional)	3.2. Derecho a la salud y deber de regulación (artículos 48 y 49 C.P.). La seguridad social y la salud son derechos irrenunciables cuya atención es un servicio público a cargo del Estado, quien tiene el deber de garantizar que quienes prestan servicios de salud cuenten con la idoneidad requerida. 3.3. Vida e integridad personal (artículos 11 y 12 C.P.). La vida es inviolable y nadie podrá ser sometido a tratos que menoscaben su integridad. El ejercicio de procedimientos quirúrgicos con finalidad estética por personal no idóneo o es establecimientos no habilitados, pone en peligro real e inmediato estos bienes de la más alta jerarquía constitucional, lo que justifica, conforme al principio de proporcionalidad, la protección más intensa que ofrece el ordenamiento, incluida la sanción penal. 4. La seguridad del paciente como eje rector Que un procedimiento quirúrgico con finalidad estética sea seguro depende de tres condiciones concurrentes: primera, que sea realizado por el profesional médico que cuente con las competencias adquiridas a través de programas de formación universitaria de pregrado y posgrado; segunda, que se realice en un prestador de servicios de salud que cumpla todas las condiciones, criterios y estándares de habilitación exigidos por la normatividad vigente; y tercera, que el paciente, en virtud del principio de autocuidado, siga estrictamente las recomendaciones del médico tratante. A ello se suman dos condiciones de entorno: que exista publicidad veraz que permita a los usuarios reconocer a los prestadores y profesionales que cumplen los requisitos, y que se implementen estrategias de inspección, vigilancia y control verdaderamente costo-efectivas. Ninguna disposición de esta ley puede impactar negativamente este objetivo. Por ello, la iniciativa propone la creación de un Registro Nacional de Complicaciones es una respuesta técnica a la actual opacidad estadística que impide una vigilancia sanitaria efectiva. Como ha señalado la ADRES, en la actualidad no existe un código CUPS (Clasificación Única de Procedimientos en Salud) específico que identifique de manera unívoca la extracción de biopolímeros o patologías como la alogenesis iatrogénica y el síndrome de ASIA. Esta carencia obliga a las autoridades a realizar aproximaciones técnicas mediante el análisis de 1.438 ítems de recobro asociados a códigos CIE-10 genéricos de complicaciones mecánicas o trastornos de la mama. Sin datos precisos sobre infecciones, reintervenciones y eventos adversos, el Estado carece de la capacidad de formular políticas preventivas. El Registro permitirá que la vigilancia deje de ser reactiva y pase a ser proactiva, capturando información sobre la evolución anual de los casos y permitiendo que instituciones como el INVIMA emitan alertas sanitarias oportunas sobre insumos o técnicas que comprometan la vida de los pacientes.
Por otra parte, el mercado de las cirugías plásticas ha sido permeado por estrategias de publicidad engañosa que presentan procedimientos médicos invasivos como productos de consumo ordinario, minimizando sus riesgos inherentes. Sin embargo, la realidad clínica reportada muestra que el sistema ha procesado solicitudes de tratamiento de complicaciones y 'otros eventos' por un valor de \$1.334.344.567 pesos, una cifra incluso superior a los costos de las extracciones iniciales. Esto refuerza la necesidad de que el consentimiento informado incluya la advertencia expresa de que el resultado estético es una obligación de medio y no de resultado, sujeta a variables biológicas individuales y a la pericia del cirujano. La transparencia en la publicidad, exigiendo la visibilidad del registro del especialista y la habilitación de la IPS, es la primera línea de defensa para que el ciudadano tome una decisión informada y no basada en estereotipos o promociones económicas que ocultan carencias técnicas catastróficas. 5. Reserva de competencias: solo médicos especialistas con formación quirúrgica Los procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos no son meros actos técnicos. Requieren una formación médica integral que permita abordar al paciente de forma holística —considerando sus aspectos psíquicos y somáticos, comorbilidades, riesgos quirúrgicos y posibles complicaciones—, formular el diagnóstico, establecer la indicación quirúrgica, ejecutar la técnica operatoria y realizar el seguimiento posoperatorio completo, incluido el manejo de complicaciones sistémicas. Esta visión solo la brinda una formación de base médica, enmarcada en programas de educación superior aprobados por el Ministerio de Educación Nacional. De acuerdo con la Ley 1164 de 2007 (Talento Humano en Salud), las competencias para desempeñarse como profesional de la salud solo se adquieren a través de los programas de educación formal de nivel universitario de pregrado y posgrado. Su artículo 22 establece que ninguna persona podrá realizar actividades de atención en salud o ejercer competencias para las cuales no esté autorizada, y su artículo 37 dispone que el talento humano en salud debe ubicarse conforme a sus competencias y no comprometerse a realizar labores que excedan su capacidad. Sobre esta base, la ley reserva la realización de los procedimientos quirúrgicos con fines estéticos a los médicos titulados que cuenten con una especialidad médico-quirúrgica que incluya competencias formales en la materia. La reserva de la práctica de cirugías plásticas a médicos especialistas con formación quirúrgica no es una restricción arbitraria, sino una medida de mitigación de riesgo basada en la complejidad del acto médico. La cirugía plástica, estética y reconstructiva no es un mero acto técnico, sino una actuación idónea que requiere el dominio del 'ser, saber, hacer y saber-hacer'.	La gravedad de la situación actual se refleja en la judicialización de la salud: se han documentado al menos 43 procedimientos de alta complejidad aprobados en cumplimiento de fallos de tutela, de los cuales 31 correspondieron a extracciones y 8 a reconstrucciones complejas. El hecho de que los ciudadanos deban recurrir a la justicia para que el sistema público subsane las secuelas de intervenciones estéticas subraya la urgencia de garantizar que solo profesionales debidamente convalidados y registrados en el ReTHUS puedan intervenir el cuerpo humano, asegurando un manejo postoperatorio integral y la capacidad científica de resolver contingencias sin trasladar la morbilidad al sistema público. 6. Naturaleza de las obligaciones del especialista: obligaciones de medio La iniciativa precisa, recogiendo jurisprudencia decantada de la Corte Suprema de Justicia, que las obligaciones asumidas por el cirujano o el profesional que realiza procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos son obligaciones de medio y no de resultado. En consecuencia, el especialista solo será llamado a responder cuando no haya actuado con la diligencia, pericia y prudencia exigibles. Esta clarificación aporta seguridad jurídica al ejercicio profesional sin desmedro de las garantías del paciente, y guarda coherencia con los artículos 16 de la Ley 23 de 1981, según el cual la responsabilidad del médico por reacciones adversas no irá más allá del riesgo previsto y el artículo 26 de la ley 1164 según el cual “<u>Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de</u> 7. El vacío punitivo frente al ejercicio ilegal de la medicina El ordenamiento penal colombiano no sanciona hoy con pena privativa de la libertad a quien ejerce la medicina o una especialidad médica sin título válido. El Decreto-Ley 100 de 1980 tipificaba el ejercicio ilegal de profesión con pena de prisión; sin embargo, el artículo 474 de la Ley 599 de 2000 derogó expresamente dicho decreto sin incorporar un equivalente funcional, generando un vacío punitivo injustificado. La única norma aplicable —la falsedad personal del artículo 296 de la Ley 599 de 2000, modificado por la Ley 2502 de 2025— prevé exclusivamente pena de multa y tutela un bien jurídico de menor jerarquía (la fe pública), insuficiente frente a una conducta que pone en peligro la salud pública y la vida. Desde la teoría de la pena, la multa no satisface las funciones de prevención general ni especial: quien ejerce ilegalmente con fines lucrativos obtiene ingresos que superan con holgura el valor de cualquier multa, y puede continuar su actividad al día siguiente de pagarla. El derecho comparado confirma la insuficiencia de la respuesta meramente patrimonial: España (artículo 403 del Código Penal) sanciona el intrusismo con prisión de seis meses a dos años cuando el infractor se atribuye públicamente la condición de profesional; Argentina (artículo 208 del Código Penal) sanciona el ejercicio ilegal de la medicina con inhabilitación especial; y Chile (artículo 313a del Código Penal) prevé pena privativa de

la libertad cuando se producen resultados lesivos. Por ello, esta ley adiciona al Código Penal un tipo autónomo de ejercicio ilegal de profesión en ciencias de la salud (delito de peligro), agrava el homicidio y las lesiones cuando el autor carece de título válido, y eleva a prisión la falsedad personal cuando recaee sobre la condición de profesional o especialista del área de la salud. 8. Pliego de modificaciones y justificación general del articulado El articulado que se somete a consideración del Congreso recoge el texto aprobado en primer debate con los ajustes propuestos por las diferentes organizaciones y personas que participaron en el proceso de deliberación, a saber: la precisión del objeto y la exclusión de los procedimientos no invasivos; la reserva del ejercicio a médicos especialistas con formación médico-quirúrgica; la sustitución del deber de "garantizar" por el de "procurar" la continuidad del manejo posoperatorio; la actualización de las referencias normativas de habilitación (Resolución 3100 de 2019); la flexibilización de la forma y la oportunidad del consentimiento informado; la calificación expresa de las obligaciones como de medio; el carácter voluntario de la póliza; la remisión del régimen sancionatorio ético a la Ley 23 de 1981; y la incorporación de un capítulo de disposiciones penales. La justificación específica de cada ajuste se desarrolla en el cuadro comparativo que acompaña esta exposición de motivos y en el articulado. 9. Conflicto de interés e impacto fiscal De conformidad con el artículo 3 de la Ley 2003 de 2019, no se advierten conflictos de interés que impidan el trámite de la iniciativa, sin perjuicio del deber individual de cada congresista de declararlos. En cuanto al impacto fiscal, conforme al artículo 7 de la Ley 819 de 2003, las disposiciones de la presente ley se ejecutarán con cargo a los presupuestos asignados a las entidades involucradas en el marco de sus competencias, sin que se generen erogaciones adicionales que comprometan el Marco Fiscal de Mediano Plazo. 4. ANALISIS DE IMPACTO FISCAL 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 las disponibilidades presupuestales, el Marco Fiscal de Mediano Plazo y el Marco de Gasto de Mediano Plazo. Por consiguiente, para continuar con el trámite legislativo, es pertinente tener a consideración la siguiente jurisprudencia de la Corte Constitucional:	"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 de 2003 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. Es relevante mencionar que la Corte Constitucional, en Sentencia C-911 de 2007, señala que el impacto fiscal de las normas no puede convertirse en óbice, para que las corporaciones públicas ejerzan su función legislativa y normativa. "En la realidad, aceptar que las condiciones establecidas en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003 constituyen un requisito de trámite que le incumbe cumplir única y exclusivamente al Congreso reduce desproporcionadamente la capacidad de iniciativa legislativa que reside en el Congreso de la República, con lo cual se vulnera el principio de
separación de las Ramas del Poder Público, en la medida en que se lesiona seriamente la autonomía del Legislativo. 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. Es decir, el mencionado artículo debe interpretarse en el sentido de que su fin es obtener que las leyes que se dicten tengan en cuenta las realidades macroeconómicas, pero sin crear barreras insalvables en el ejercicio de la función legislativa ni crear un poder de veto legislativo en cabeza del Ministro de Hacienda". 5. CONFLICTOS DE INTERÉS Con base en el artículo 3° de la Ley 2003 de 2019, según el cual el autor del proyecto y los ponentes presentan en el cuerpo de la exposición de motivos un acápite que describe las circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto y de acuerdo con los artículos 286 y 291 de la ley 5° de 1992, se incluyen 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 lo anterior, se pondrán de presente los criterios que la Ley 2003 de 2019 contempla para hacer el análisis frente a los posibles impedimentos que se puedan presentar en razón a un conflicto de interés en el ejercicio de la función congresional, entre ellas la legislativa: "ARTÍCULO 3o. El artículo 286 de la Ley 5 de 1992 quedará así: (...) " a) Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del 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 (...) " En todo caso, es pertinente aclarar que los conflictos de interés son personales y corresponde a cada congresista evaluarlos, pudiendo manifestar cuando considere que está inmerso en impedimento durante el trámite legislativo del Proyecto de Ley. Atentamente,  NORMA HURTADO SÁNCHEZ SENADORA DE LA REPÚBLICA  CAMILO ESTEBAN ÁVILA MORALES REPRESENTANTE A LA CÁMARA

NORMA HURTADO SANCHEZ
Senadora de la República

J.H.C. [Signature]

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPUBLICA

[Signature]

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPUBLICA

SENADO DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA GENERAL

EL día 21 de Julio del año 2024
Ha sido presentado en este despacho el
Proyecto de ley X Actó legislativo
No. 014/26 Con su correspondiente
Exposición de Motivos, suscrito Por:
Hace: Norma Hurtado, Camilo Escobar
Monte y otros Congresistas

SECRETARIO GENERAL

SENADO DE LA REPÚBLICA – SECRETARIA GENERAL – TRAMITACIÓN
LEYES

Bogotá D.C., 21 de Julio de 2026

Señor Presidente:

Con el fin de repartir el Proyecto de Ley No.014/26 Senado **"POR LA CUAL SE REGULAN LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS CON FINES ESTÉTICOS, SE ADOPTAN MEDIDAS PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y LA VIDA DE LOS PACIENTES, SE REFORMA LA LEY 599 DE 2000 (CÓDIGO PENAL) EN MATERIA DE EJERCICIO ILEGAL DE PROFESIONES DEL ÁREA DE LA SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"**, me permito remitir a su despacho el expediente de la mencionada iniciativa, presentada el día de hoy ante la Secretaría General del Senado de la República por la Honorable Senadora NORMA HURTADO SÁNCHEZ, los Honorables Representantes CAMILO ESTEBAN ÁVILA MORALES, VÍCTOR MANUEL SÁLCEDO, LUZ MARINA GORDILLO SALINAS, LUIS ALFONSO CHÁVEZ. La materia de que trata el mencionado Proyecto de Ley es competencia de la Comisión **SEPTIMA** Constitucional Permanente del Senado de la República, de conformidad con las disposiciones Constitucionales y Legales.

DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ
Secretario General

PRESIDENCIA DEL H. SENADO DE LA REPÚBLICA – JULIO 21 DE 2026

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

CÚMPLASE

EL PRESIDENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

HONORIO MIGUEL HENRIQUEZ PINEDO

SECRETARIO GENERAL DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ

Proyectó: Saily Novoa
Revisó: Dra. Luciana González

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

PROYECTO DE LEY NÚMERO 15 DE 2026 SENADO

por medio de la cual se promueve el respeto, la dignificación laboral y se crea la Estrategia Nacional de Protección Contra la Violencia al Talento Humano en Salud y se dictan otras disposiciones.

Dctor
DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ
Secretario General Senado de la República
Ciudad

Asunto: Radicación del Proyecto de Ley "Por medio de la cual se promueve el respeto, la dignificación laboral y se crea la Estrategia Nacional de Protección Contra la Violencia al Talento Humano en Salud y se dictan otras disposiciones".

Respetado doctor González:

En nuestra calidad de Congressistas de la República y en uso de las atribuciones que nos han sido conferidas constitucional y legalmente, respetuosamente nos permitimos radicar el Proyecto de Ley de la referencia y, en consecuencia, le solicitamos se sirva dar inicio el trámite legislativo respectivo.

Atentamente,

Los firmantes del proyecto de ley

PROYECTO DE LEY No. 015 DE 2026 SENADO

"Por medio de la cual se promueve el respeto, la dignificación laboral y se crea la Estrategia Nacional de Protección Contra la Violencia al Talento Humano en Salud y se dictan otras disposiciones".

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
DECRETA:

CAPÍTULO I
DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1°. Objeto: La presente ley tiene como objeto dignificar y regular las condiciones de trabajo del talento humano del sistema de salud en el territorio colombiano, propendiendo por establecer condiciones dignas en la vinculación, pago justo y oportuno, conforme a las normas concordantes en la materia; así como establecer las estrategias de planificación, la formación del Talento Humano del Sistema de Salud y crear la estrategia nacional de protección contra la violencia al talento humano del sistema de salud.

ARTÍCULO 2°. Ámbito de aplicación. La presente ley aplica para el talento humano en salud definido en el artículo 17 de la Ley 1184 de 2007.

CAPÍTULO II
DIGNIFICACIÓN LABORAL DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ARTÍCULO 3°. Vinculación de los Trabajadores del Sector Salud. Los actores del sector salud, y en general las instituciones prestadoras de salud, deberán vincular al talento humano en salud mediante cualquiera de las modalidades de contratación contenidas en el Código Sustantivo del Trabajo a través de relación legal y reglamentaria, según corresponda, garantizando condiciones laborales justas y dignas.

Está prohibida cualquier forma de vinculación del talento humano en salud que permita, contenga o encubra prácticas o facilite figuras de intermediación o tercerización laboral que afecte sus derechos constitucionales, legales y prestacionales consagrados en las normas laborales vigentes para el sector privado o público, según sea el caso.

Se deberán respetar las jornadas máximas legales establecidas dentro de las diferentes modalidades de contratación vigentes en el ordenamiento jurídico colombiano; evitando jornadas extenuantes que puedan poner en peligro el correcto desarrollo del ejercicio, la calidad en el servicio, la seguridad, la salud, así como la dignidad del talento humano en salud.

Parágrafo 1. Las administradoras de riesgos laborales, en conjunto con los prestadores de servicios de salud y en general los empleadores del sector salud, deberán organizar como mínimo dos (2) veces al año actividades complementarias en promoción y prevención y deberán brindar acompañamiento en casos de violencia intrafamiliar, adicciones, burnout y demás condiciones en salud mental que afecten el desempeño laboral y social del personal de salud. Adicionalmente, contarán con programas especiales para las ocupaciones, profesiones y especialidades clasificadas como de riesgo alto. Se deberá informar al Ministerio de Trabajo y Ministerio de Salud sobre las actividades aquí dispuestas, y su implementación con las evidencias respectivas.

Parágrafo 2. Las disposiciones contenidas en el presente artículo se realizarán de manera gradual y acorde con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, conforme a la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno nacional.

ARTÍCULO 4°. Vinculación de los Trabajadores del Sector Salud especialistas. La vinculación de los especialistas del área de conocimiento de ciencias de la salud podrá realizarse tanto en el sector público como el privado a través de las distintas modalidades que permita el ordenamiento jurídico colombiano para la contratación de servicios profesionales, incluidas las modalidades establecidas en el Código Sustantivo del Trabajo, garantizando las condiciones de trabajo dignas y justas.

Dicha vinculación se realizará en los siguientes casos:

- En aquellas situaciones que por las características del servicio de salud que se presta no pueda ser realizado por el personal de planta o requieran características *intuitu personae*.
- En la prestación de servicios por profesionales de la salud que desarrollen su ejercicio profesional de manera independiente.

ARTÍCULO 5°. Pago digno, justo y oportuno: Los agentes del sistema de salud, independientemente de su naturaleza, tienen la obligación de girar de manera oportuna los valores por los servicios prestados a las instituciones prestadoras de servicios de salud, para que éstas efectúen el pago de las obligaciones, incluidas las laborales y/o contractuales al talento humano en salud, las cuales tendrán prioridad sobre cualquier otro pago, so pena de las sanciones por parte de las autoridades competentes.

En los casos del pago oportuno para especialistas en ciencias de la salud contratados bajo las modalidades que permita el ordenamiento jurídico colombiano, distintas a las establecidas en el Código Sustantivo del Trabajo, la remuneración correspondiente se realizará dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la presentación de la cuenta de cobro, factura o documento que haga las veces o equivalente.

En los casos de incumplimiento en el pago en los términos acá establecidos estará obligado a reconocer los intereses moratorios a la tasa equivalente a una y media veces el interés bancario corriente, certificado por la Superintendencia Financiera.

En ningún caso, se podrá superar la tasa superior a la fijada por la ley como límite de usura.

El incumplimiento de las disposiciones dará lugar a las investigaciones correspondientes por parte de las autoridades competentes, de acuerdo con la naturaleza contractual.

El Gobierno nacional reglamentará este artículo dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley.

Parágrafo 1. El Gobierno nacional establecerá los criterios vinculantes para lograr la contratación y remuneración justa y oportuna del Talento Humano en Salud.

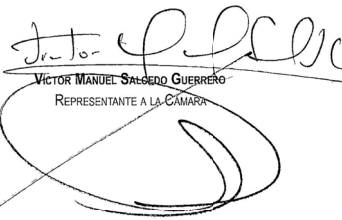
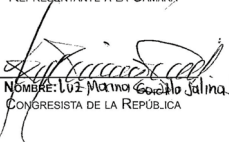
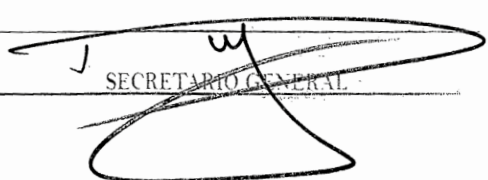
Parágrafo 2. Las entidades que contraten a través de cualquier modalidad o que sean responsables del pago al talento humano en salud, deberán relacionar mensualmente el monto correspondiente a las obligaciones laborales y contractuales que tengan con este personal. Estas entidades, al recibir recursos del sistema de salud, deberán destinar los rubros y dineros correspondientes al pago del monto de estas obligaciones. Los rubros y dineros a que se refiere el presente parágrafo tendrán destinación exclusiva para esta finalidad.

ARTÍCULO 6°. Sanción por incumplimiento. Los agentes del sistema de salud, bien sean de naturaleza pública o privada, que contraríen de manera injustificada las normas y principios establecidos en la presente ley, respecto del talento humano en salud, serán sancionados por el Ministerio del Trabajo, la Superintendencia Nacional de Salud u otra autoridad competente, previo el cumplimiento del debido proceso.

ARTÍCULO 7°. Garantías para el suministro de los medios de labor. Las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud tanto públicas como privadas, garantizarán al talento humano en salud, independientemente de la forma de vinculación contractual, los insumos, recursos, tecnologías en salud, así como los demás medios de labor necesarios y suficientes para la atención segura y con calidad a los usuarios del sistema.

ARTÍCULO 8°. Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo tendrá cobertura para todo el talento humano en salud, independiente de su forma de vinculación y la inspección, vigilancia y control del cumplimiento de las normas del Sistema de Riesgos Laborales por parte de los empleadores y contratantes corresponde al Ministerio del Trabajo de acuerdo con sus competencias.

Las Instituciones Prestadoras de Salud públicas y privadas y demás organizaciones que vinculen talento humano en salud deben desarrollar los Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo conforme lo dispuesto en la Ley 1562 de 2012, el Decreto Ley 1295 de 1994 o las que las modifiquen o adicionen y demás normas concordantes. Para tal efecto deben destinar los recursos suficientes de acuerdo con el número de trabajadores y la complejidad de la organización. Dicho sistema deberá incluir las acciones dirigidas al mejoramiento de la calidad de vida y bienestar del talento humano en salud creando espacios e instancias donde puedan desarrollar actividades que favorezcan su desarrollo personal y profesional desde una perspectiva de integralidad y trato digno, abarcando aspectos laborales, económicos, culturales, académicos, deportivos y familiares. Parágrafo. El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo deberá tener en cuenta que el control de los factores de riesgos laborales deberá enfocarse en los riesgos inherentes a la prestación de servicios de salud. ARTÍCULO 9°. Criterios de suficiencia patrimonial. El Ministerio de Salud y Protección Social, incluirá dentro de los criterios de suficiencia patrimonial y financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud, el cumplimiento oportuno de las obligaciones contractuales y legales del talento humano en salud, de conformidad con la presente ley, así como las quejas presentadas ante la Superintendencia Nacional de Salud, el Ministerio del Trabajo y las Secretarías, Direcciones, Institutos o Unidades Administrativas Departamentales o Distritales de Salud por el incumplimiento de lo dispuesto en la presente ley y las sanciones impuestas por estas entidades. El Ministerio del Trabajo y la Superintendencia Nacional de Salud certificarán con destino a las Secretarías, Direcciones, Institutos o Unidades Administrativas Departamentales o Distritales de Salud en los periodos que defina el Ministerio de Salud y Protección, la siguiente información: - Nombre del Prestador. - Nit - Código de habilitación del prestador en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. - Número de quejas por el no pago de las obligaciones laborales y/ o contractuales con el talento humano en salud. - Periodos de mora en el pago al talento humano en salud. - Fecha de las quejas. - Sanciones impuestas CAPÍTULO III FORMACIÓN Y PLANIFICACIÓN DEL TALENTO HUMANO EN SALUD ARTÍCULO 10°. Formación Continua: Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que contraten Talento Humano del Sistema de Salud, dentro del marco de su competencia, deberán	formular anualmente y conforme a los lineamientos que emita el Gobierno Nacional planes institucionales de formación continua del personal vinculado, considerando como objetivos: - Satisfacer las necesidades de desarrollo personal, profesional y ocupacional del Talento Humano del sistema de Salud durante su ciclo laboral; - Responder a las necesidades y problemáticas en salud de la población, así como a los requerimientos para la atención en salud, en coherencia con los avances del conocimiento y la tecnología, priorizando aspectos y temáticas que fortalezcan la Atención Primaria en Salud, el enfoque diferencial y la gestión integral del riesgo. - Implementar procesos de adquisición y actualización de conocimiento sobre el SGSSS, los objetivos y metas en salud, mejoramiento de la calidad de la atención y trato al usuario y /o paciente, actualización respecto a tecnologías de la información vinculada al sector, entre otros aspectos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social en la reglamentación del Sistema de Formación Continua para el Talento Humano en Salud; integrando sus dimensiones técnicas, sociales, de equidad, de calidad, de participación y de ética. - Las demás que se consideren necesaria acorde con el Sistema de Formación Continua para el Talento Humano en Salud; PARÁGRAFO 1°. Los programas de formación continua deberán ser impartidos por personal idóneo vinculados a instituciones educativas autorizadas por el Gobierno nacional. ARTÍCULO 11°. Cooperación Internacional Académica y Profesional. El Ministerio de Salud y Protección Social, en conjunto con el Ministerio de Educación Nacional, el Ministerio de Ciencia Tecnología e Innovación, el Ministerio de Relaciones Exteriores y el Instituto Colombiano de Crédito Educativo y Estudios Técnicos en el Exterior — ICETEX — e instituciones académicas y de investigación, realizarán las gestiones necesarias para acordar el reconocimiento y otorgamiento de facilidades de movilidad académica e intercambios profesionales temporales en el exterior del Talento Humano en el área de la Salud. ARTÍCULO 12°. Planificación del Talento Humano. El Ministerio de Salud y Protección Social, con la asesoría del Consejo Nacional del Talento Humano en Salud, determinará las necesidades de personal en los territorios para el cumplimiento de los objetivos del SGSSS, basado en antecedentes sanitarios, de prestación de servicios, y en el desarrollo y aplicación de metodologías para la estimación de necesidades actuales y futuras. El proceso de planificación de Talento Humano del Sistema de Salud se realizará bajo los siguientes lineamientos generales:
- Se desarrollará de manera sistemática considerando en forma integral las relaciones existentes entre las diferentes profesiones y ocupaciones de la salud, teniendo en cuenta la presencia de las mismas y el balance geográfico en su distribución. Lo anterior, sin perjuicio de la concesión de incentivos para el Talento Humano que adhiera el cambio en ese sentido. - Contemplará mecanismos de participación activa de los territorios, con asociaciones, agremiaciones del sector salud y de actores sociales relevantes, los cuales proveerán información en forma oportuna. - Se apoyará en el Sistema de Información para la Gestión, Planificación y Formación del Talento Humano del Sistema de Salud y de los análisis y estudios que se emitan en el Observatorio del Talento Humano en Salud. - Comprenderá la realización de estudios de carga y jornada laboral del Talento Humano, las condiciones de salud mental del personal, la proyección de necesidades de personal requerido para realizar actividades de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, paliación; el diseño de estrategias de cierre de brechas e inequidades laborales; los análisis más prevalentes de salud y de las intervenciones más efectivas y la consideración del conjunto de competencias requeridas para resolver la demanda en salud existente. - Tendrá un enfoque multidisciplinario y buscará la complementariedad de diferentes perfiles de competencia. - Tendrá un enfoque territorial, que reconozca y respete las prácticas culturales locales, fomente la inclusión y el respeto por la diversidad cultural en todos los niveles del sistema de salud. - Tendrá un enfoque de equidad de género. En esa línea, el trabajo del Talento Humano del Sistema de Salud en la red asistencial deberá considerar especialmente la formación y desarrollo en medicina familiar y comunitaria, en un contexto de envejecimiento de la población y de la creciente carga de enfermedades crónicas, incluyendo la atención a pacientes con comorbilidades, cuyo modelo de atención se construye sobre interacción entre el paciente, la comunidad y los prestadores de salud. ARTÍCULO 13°. Estímulos para los profesionales de la salud que presten sus servicios en zonas de alta dispersión geográfica y difícil acceso. El Gobierno Nacional establecerá incentivos académicos, investigativos y económicos para los profesionales de la salud que presten sus servicios con calidad y humanización en las zonas de alta dispersión geográfica y difícil acceso por un periodo mínimo de seis (6) meses continuos, tanto en el sector público como privado. Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social, reglamentará dentro del periodo establecido en esta ley, los criterios de definición de las zonas de alta dispersión geográfica y difícil acceso, así como la oferta de incentivos.	ARTÍCULO 14°. Plazo de reglamentación: El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá un plazo máximo de seis (6) meses, a partir de la vigencia de la presente ley, para reglamentar y establecer los mecanismos adecuados para garantizar el cumplimiento de las disposiciones contenidas en el Capítulo III de la presente ley. CAPÍTULO IV PROTECCIÓN CONTRA LA VIOLENCIA AL TALENTO HUMANO EN SALUD ARTÍCULO 15°. Estrategia Nacional de Protección contra la Violencia al Talento Humano del Sistema de Salud. El Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, adoptará una estrategia intersectorial con el objeto principal de identificar, cuantificar y plantear soluciones efectivas para la protección de la vida, salud mental, buen nombre e integridad del Talento Humano del Sistema de Salud en el ejercicio de sus labores. La elaboración de esta estrategia propondrá por el cumplimiento de los siguientes objetivos: - Prevenir de forma efectiva la violencia contra el Talento Humano del Sistema de Salud mediante medidas eficaces en el ámbito laboral, social, económico y jurídico. Para ello, los directivos de las instituciones prestadoras de servicio de salud deberán implementar acciones pedagógicas pertinentes. - Promover el trabajo interinstitucional y colaborativo con todos los actores del Estado colombiano para garantizar la seguridad e integridad del Talento Humano del Sistema de Salud. Así mismo, las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas deberán implementar acciones para garantizar a través de sus servicios de seguridad y en coordinación con las autoridades pertinentes la protección del talento humano Salud. - Implementar marcos de información y de seguimiento que permitan identificar plenamente las causas, modalidades, particularidades regionales y las consecuencias de la violencia contra el Talento Humano del Sistema de Salud. - Promover el ejercicio de la profesión y ocupación en salud a partir del desarrollo de una cultura que valora y reconoce el esfuerzo y compromiso de los miembros del Talento Humano del Sistema de Salud en el desarrollo de tareas y procesos que tienen como fin mejorar la calidad de vida y de salud de los pacientes. - Los demás que el Comité Interinstitucional considere necesarios y pertinentes. La Estrategia Nacional desarrollará indicadores y metas que permitan medir periódicamente la eficacia en el cumplimiento de los objetivos aquí definidos. ARTÍCULO 16°. Comité Interinstitucional de lucha contra la violencia contra el talento humano. Créase, con carácter permanente y adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, el "Comité Interinstitucional de Protección contra la Violencia de talento humano del Sistema de Salud" como

organismo consultivo del Gobierno Nacional y ente coordinador de las acciones que se desarrollen para combatir actos de violencia contra el talento humano del Sistema de Salud Parágrafo. El Gobierno Nacional contará con un periodo de doce (12) meses para la consolidación de la estrategia y creación del comité, a partir de la expedición de la presente ley. ARTÍCULO 17°. Del Comité y sus integrantes. El Comité estará integrado por los siguientes miembros: 1. Ministro de Salud y Protección Social, Viceministro o Director de Talento Humano en Salud, o su delegado, quien lo presidirá. 2. Superintendente Nacional de Salud o Superintendente Delegado. 3. Fiscal General de la Nación o su delegado. 4. Defensor del Pueblo o su delegado. 5. Director de la Policía Nacional. 6. Cinco representantes que para el efecto designe el Consejo Nacional de Talento Humano en Salud conforme al artículo 7 de la Ley 1164 de 2007. Parágrafo. El comité deberá sesionar como mínimo (3) veces al año, deberá adoptar su propio reglamento, podrá sesionar por iniciativa de cualquiera de los integrantes. Así mismo, deberán rendir informe a las Comisiones Séptima del Congreso de la República, donde se evidencie el cumplimiento del objeto y alcance de la presente ley. ARTÍCULO 18°. Ruta de atención y denuncia de la Violencia contra el talento humano del área de la Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social en apoyo con la Fiscalía General de la Nación, la Policía Nacional de Colombia y en coordinación con la Defensoría del Pueblo, diseñarán un canal de comunicación para atender y dar respuesta efectiva a las denuncias atinentes a episodios de violencia en contra el talento humano del Sistema de Salud adelantando asistencia y acompañamiento a la víctima para la correspondiente presentación de la denuncia. Igualmente brindarán asistencia y acompañamiento a la víctima para la correspondiente presentación de la denuncia. Todos los actores de la presente ley deberán garantizar la divulgación y cumplimiento efectivo del uso adecuado de la ruta de atención y de la información que se genere del reporte del uso de la ruta. En casos de grave afectación a la salud pública, pandemias, epidemias y / o similares, se deberá generar una ruta de atención especial para proteger la integridad del Talento Humano del Sistema de Salud y la de sus familiares.	Dicha ruta, deberá estar conectada con la ruta de atención integral para víctimas de violencias de género garantizando una integración y coordinación efectiva. ARTÍCULO 19°. Protección del buen nombre del talento humano del sistema de salud. El talento humano del Sistema de Salud tiene derecho a que se preserve su buen nombre, el debido proceso y se otorguen las garantías necesarias para la protección de sus derechos. Las personas naturales o jurídicas que generen, publiquen o difundan información relacionada con los títulos, desempeño o ejercicio del talento humano, deberán informar de manera completa, veraz e imparcial los hechos sin generar confusión en la opinión pública ni afectar el derecho al buen nombre del talento humano del sistema de salud. Las personas que publiquen o difundan información relacionada con investigaciones, procesos judiciales o administrativos relacionados con el ejercicio profesional del personal del talento humano del sistema salud, deben publicar y difundir los fallos o decisiones que resulten favorables a estos, en los mismos términos y por los mismos medios de la publicación inicial ARTÍCULO 20°. Trato digno en la formación del talento humano del sistema de salud. El Gobierno Nacional promoverá la creación de una política integral con el fin principal de combatir todas las formas de violencia física, sexual, intelectual y psicológica que pueden afectar al talento humano, en los procesos de formación de programas académicos del área de la salud y ejercicio de la profesión del talento humano o en cualquier otro ámbito que considere pertinente. Parágrafo. En un plazo de seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente ley, los Ministerios competentes solicitarán información detallada en materia de atención y control de violencia física, psicológica y sexual del talento humano del sistema de salud a todas las instituciones de educación superior con programas académicos de formación del talento humano, a los Hospitales Universitarios y a las demás instituciones que se constituyan en escenarios de práctica. CAPÍTULO V DISPOSICIONES FINALES ARTÍCULO 21°. Vigencia y derogatoria. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y publicación y deroga las normas que le sean contrarias. De los honorables congresistas,
 NORMA HURTADO SÁNCHEZ SENADORA DE LA REPÚBLICA  VÍCTOR MANUEL SALGADO GUERRERO REPRESENTANTE A LA CÁMARA  CAMILO ESTEBAN ÁVILA MORALES REPRESENTANTE A LA CÁMARA  LUZ MARINA GAITÁN JARAMA CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA NOMBRE: _____ CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA NOMBRE: _____ CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA	 SENADO DE LA REPÚBLICA SECRETARÍA GENERAL EL día <u>24</u> de <u>Julio</u> del año <u>2026</u> Ha sido presentado en este despacho el Proyecto de ley <u>Acto legislativo</u> No. <u>015/26</u> Con su correspondiente Exposición de Motivos, suscrito Por: <u>HACC: Norma Hurtado, Víctor Manuel Guerrero</u> <u>Camilo Esteban Ávila</u>  SECRETARIO GENERAL

PROYECTO DE LEY No DE 2026 SENADO <i>"Por medio de la cual se promueve el respeto, la dignificación laboral y se crea la Estrategia Nacional de Protección Contra la Violencia al Talento Humano en Salud y se dictan otras disposiciones"</i> EXPOSICIÓN DE MOTIVOS 1. OBJETO Y CONTENIDO DEL PROYECTO DE LEY El proyecto de ley cuenta con 21 artículos. Conforme a lo anterior, en pro de las garantías laborales y la dignificación del talento humano en salud, se propone regular y garantizar que el pago por los servicios prestados se realice de forma justa y oportuna. Para ello, el articulado impone a los agentes del sistema la obligación de girar de manera prioritaria los recursos destinados a honrar las obligaciones laborales y contractuales, so pena de afrontar investigaciones y la imposición de intereses moratorios a la tasa equivalente a una y media veces el interés bancario corriente certificado por la Superintendencia Financiera. Adicional a estas garantías, y con el fin de salvaguardar la seguridad en el acto de cuidado, se establece de manera categórica que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), independientemente de su naturaleza jurídica, están obligadas a suministrar de forma oportuna los insumos, recursos, tecnologías y demás medios de labor necesarios para asegurar una atención de calidad y libre de riesgos para los usuarios. En línea con esta disposición de bienestar, se ordena la cobertura y el desarrollo obligatorio del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSSS-T) para todo el talento humano en salud, sin distinción de su modalidad de vinculación, bajo la inspección, vigilancia y control del Ministerio del Trabajo. Asimismo, la iniciativa define con claridad las reglas de juego para la vinculación y contratación del sector. Se establece como regla general la contratación laboral o la relación legal y reglamentaria, prohibiendo explícitamente cualquier figura de intermediación o tercerización ilegal que encubra prácticas lesivas para los derechos constitucionales del personal; al tiempo que se habilita un régimen de contratación flexible pero digno y justo para los especialistas de las ciencias de la salud en casos que requieran características <i>intuito personae</i> o de ejercicio independiente. Adicionalmente, con miras a corregir los desequilibrios de distribución médica en el país, se contemplan incentivos académicos, investigativos y económicos a cargo del Gobierno nacional para fomentar la presencia de este talento en zonas de alta dispersión geográfica y difícil acceso. Finalmente, el proyecto consagra un riguroso esquema de inspección y sanción por incumplimiento en cabeza del Ministerio del Trabajo y la Superintendencia Nacional de Salud. Como medida preventiva de habilitación y vigilancia, se instruye al Ministerio de Salud y Protección Social para que incorpore el cumplimiento oportuno de las obligaciones laborales y contractuales dentro de los criterios de <tr><td> necesarios para la recuperación física y mental de este personal. Además, la contratación de personal resulta insuficiente para las necesidades de cada servicio, generando una carga laboral que puede ser catalogada como inhumana para los médicos vinculados. Las preocupaciones por el no pago de salarios, honorarios y prestaciones sociales durante meses les genera una enorme presión adicional para resolver sus obligaciones personales y familiares, lo que causa gran desmotivación en el ejercicio de su carrera, el maltrato emocional y el acoso sexual y laboral derivan en elevados niveles de estrés, depresión y enfermedades mentales. El caso ha generado una serie de críticas respecto a la dignificación laboral en el sector salud, exponiendo no solo la precariedad laboral, sino también la falta de supervisión y apoyo a los residentes médicos, quienes enfrentan estas situaciones bajo la excusa de la formación profesional. A raíz de su muerte, se han llevado a cabo manifestaciones y llamados a mejorar las condiciones laborales en el sector, solicitando reformas para garantizar entornos de trabajo más seguros y humanos, especialmente para aquellos que están en formación. Además, este caso ha puesto de relieve la importancia de prestar atención a la salud mental de los profesionales de la salud, quienes frecuentemente enfrentan altos niveles de estrés y agotamiento sin el debido apoyo institucional (El País, 2024). Según datos conocidos con corte al 9 de julio del presente año, el colapso en la ocupación de servicios de urgencias presenta cifras de hasta un 250% de ocupación, circunstancia que se relaciona con el exceso en la carga laboral que recae en el escaso personal que dedica su vida al cuidado de la salud de todos los que integran esta sociedad. De acuerdo con un estudio realizado en el país en junio de 2020, llevado a cabo con un total de 302 residentes, se concluyó que las tasas de acoso laboral fueron del 49% y de acoso sexual fueron del 14,9%. El estudio establece adicionalmente que las principales formas de acoso sexual corresponden a acoso de género (47%) y atención sexual no deseada (47%), siendo este significativamente mayor en mujeres, y que los cirujanos fueron los principales perpetradores. Este mismo estudio que tambien se realizó en el año 2023, incluyó a 238 médicos de los 20 programas de especialización del país, y mostro que las tasas de acoso laboral se ubicaron en un 35,3%, mientras que el acoso sexual registró un incremento, alcanzando el 18,1%. La investigación establece que las principales manifestaciones de acoso sexual corresponden al acoso de género (51,2%) y a la atención sexual no deseada (41,9%), presentándose con una frecuencia significativamente mayor en mujeres. Este panorama, entonces, no puede ser tratado como una simple noticia o estadística más que se lamenta, pero frente a la que no se toman los correctivos necesarios. Se trata de personas y familias que han puesto su vida al servicio de la comunidad, tal y como se pudo evidenciar en la pandemia vivida por el Covid-19. Por este motivo, se eleva una voz de rechazo absoluto por estas violaciones </td><td> suficiencia patrimonial y financiera que deben acreditar las IPS para operar en el territorio nacional. Contenido del Proyecto de Ley 1. Capítulo I: Define el norte de la ley: dignificar, planificar y proteger el trabajo y la formación de todo el talento humano en salud del país. Establece con claridad que estas reglas cobijan a todo el personal técnico, tecnológico y profesional del sector. 2. Capítulo II: Es el corazón del proyecto en materia de condiciones de trabajo. Establece la contratación directa (laboral o pública) como regla general. Exige el pago prioritario y oportuno de salarios (con penalidades e intereses de mora si hay retrasos), garantiza el suministro obligatorio de insumos para trabajar seguros y blindo al personal con un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo integral. Además, amarra la habilitación de las IPS a que estén al día con los pagos de su personal. 3. Capítulo III: Se enfoca en el crecimiento profesional y la distribución del personal en el territorio. Obliga a las IPS a capacitar continuamente a su personal y promueve alianzas internacionales para intercambios académicos. Adicionalmente, busca equilibrar la falta de médicos en las regiones más alejadas creando incentivos económicos y académicos para quienes trabajen en zonas de difícil acceso. 4. Capítulo IV: Se centra en la seguridad física, mental y la reputación del personal de salud. Crea una Estrategia Nacional y un Comité Interinstitucional (donde participan la Fiscalía, la Policía y la Defensoría) para diseñar rutas de denuncia rápidas ante agresiones. También protege el derecho al "buen nombre" frente a señalamientos públicos infundados y ordena combatir el acoso o maltrato que sufren los estudiantes en sus escenarios de práctica (como internados y residencias). 5. Capítulo V: Vigencia y derogatoria. 2. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS Con ocasión del lamentable hecho ocurrido en periodos pasados, donde una profesional de la salud tomó la decisión de quitarse la vida por la presión y maltrato experimentados en el desarrollo de su residencia, se ha empezado a visibilizar este deplorable y aterrador panorama que nunca había recibido la atención que demanda por parte de las instituciones, las autoridades y la comunidad en general. Se está presenciando cómo el dolor por la partida de esta profesional ha despertado la valentía de muchos de sus colegas que, con coraje, están contando sus experiencias, elevando una voz de alarma para que el trato inhumano que se presenta, sobre todo en las especializaciones, sea corregido y deje de perjudicar la salud mental del personal, llegando a cobrar valiosas vidas. Es importante manifestar que, si bien se ha hecho énfasis en esta circunstancia en la especialidad de cirugía general, esta es una realidad que se presenta en las distintas etapas de formación del talento humano en salud, donde se exigen horarios extenuantes que no respetan los tiempos de descanso sistemáticas a los derechos del talento humano en salud, se insta al Gobierno Nacional a realizar un monitoreo permanente y exhaustivo de este tipo de abusos, y se manifiesta la voluntad absoluta de trabajar en la creación de normas que eviten y sancionen estas prácticas, que deben ser erradicadas por completo del sistema de salud. Sin embargo, es importante destacar que la salud mental, históricamente subestimada y estigmatizada, ha emergido como una de las principales preocupaciones en el ámbito de la salud pública. Los profesionales del sector salud, encargados de cuidar la salud física y emocional de la población, se encuentran en una "posición privilegiada para abordar esta problemática". Paradójicamente, también son un grupo altamente vulnerable a trastornos mentales. Es por ello que la dignificación laboral en este sector se establece como un imperativo ético y social de primer orden. Al mejorar las condiciones laborales de los profesionales de la salud, no solo se garantiza su bienestar físico, sino también se contribuye a su salud mental, lo cual es fundamental para que puedan brindar una atención de calidad a los pacientes. Es por ello que esta iniciativa busca mejorar significativamente las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud en el país. Esto implica las mejoras económicas y contractuales, con el objetivo de garantizar condiciones dignas de vinculación, pago justo y oportuno, así como la promoción y prevención de sus derechos constitucionales, legales y prestacionales. Contexto histórico y social del sector salud en Colombia. A lo largo de los años, ha habido varios intentos de mejorar las condiciones laborales en el sector salud. La Ley 1438 de 2011 fue un esfuerzo por regular la contratación de los trabajadores misionales en las Empresas Sociales del Estado (ESE), exigiendo que fueran contratados directamente por estas instituciones. No obstante, la implementación de esta ley ha sido desigual (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Marco constitucional, legal y normativo La Política Nacional de Talento Humano en Salud (2018) es una respuesta integral a los desafíos que enfrenta el sector salud en Colombia. Esta política reconoce que la estabilidad y el bienestar de los trabajadores de la salud son esenciales para garantizar un sistema de salud eficiente y de calidad. Es de suma importancia formalizar el empleo y reducir la tercerización en el sector, promoviendo un enfoque basado en el trabajo decente, tal como lo define la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Uno de los puntos centrales de esta política es la equidad en la distribución del talento humano en salud, un problema que ha afectado especialmente a las zonas rurales y apartadas del país (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). En estas áreas, la falta de personal de salud es una preocupación </td></tr>	necesarios para la recuperación física y mental de este personal. Además, la contratación de personal resulta insuficiente para las necesidades de cada servicio, generando una carga laboral que puede ser catalogada como inhumana para los médicos vinculados. Las preocupaciones por el no pago de salarios, honorarios y prestaciones sociales durante meses les genera una enorme presión adicional para resolver sus obligaciones personales y familiares, lo que causa gran desmotivación en el ejercicio de su carrera, el maltrato emocional y el acoso sexual y laboral derivan en elevados niveles de estrés, depresión y enfermedades mentales. El caso ha generado una serie de críticas respecto a la dignificación laboral en el sector salud, exponiendo no solo la precariedad laboral, sino también la falta de supervisión y apoyo a los residentes médicos, quienes enfrentan estas situaciones bajo la excusa de la formación profesional. A raíz de su muerte, se han llevado a cabo manifestaciones y llamados a mejorar las condiciones laborales en el sector, solicitando reformas para garantizar entornos de trabajo más seguros y humanos, especialmente para aquellos que están en formación. Además, este caso ha puesto de relieve la importancia de prestar atención a la salud mental de los profesionales de la salud, quienes frecuentemente enfrentan altos niveles de estrés y agotamiento sin el debido apoyo institucional (El País, 2024). Según datos conocidos con corte al 9 de julio del presente año, el colapso en la ocupación de servicios de urgencias presenta cifras de hasta un 250% de ocupación, circunstancia que se relaciona con el exceso en la carga laboral que recae en el escaso personal que dedica su vida al cuidado de la salud de todos los que integran esta sociedad. De acuerdo con un estudio realizado en el país en junio de 2020, llevado a cabo con un total de 302 residentes, se concluyó que las tasas de acoso laboral fueron del 49% y de acoso sexual fueron del 14,9%. El estudio establece adicionalmente que las principales formas de acoso sexual corresponden a acoso de género (47%) y atención sexual no deseada (47%), siendo este significativamente mayor en mujeres, y que los cirujanos fueron los principales perpetradores. Este mismo estudio que tambien se realizó en el año 2023, incluyó a 238 médicos de los 20 programas de especialización del país, y mostro que las tasas de acoso laboral se ubicaron en un 35,3%, mientras que el acoso sexual registró un incremento, alcanzando el 18,1%. La investigación establece que las principales manifestaciones de acoso sexual corresponden al acoso de género (51,2%) y a la atención sexual no deseada (41,9%), presentándose con una frecuencia significativamente mayor en mujeres. Este panorama, entonces, no puede ser tratado como una simple noticia o estadística más que se lamenta, pero frente a la que no se toman los correctivos necesarios. Se trata de personas y familias que han puesto su vida al servicio de la comunidad, tal y como se pudo evidenciar en la pandemia vivida por el Covid-19. Por este motivo, se eleva una voz de rechazo absoluto por estas violaciones	suficiencia patrimonial y financiera que deben acreditar las IPS para operar en el territorio nacional. Contenido del Proyecto de Ley 1. Capítulo I: Define el norte de la ley: dignificar, planificar y proteger el trabajo y la formación de todo el talento humano en salud del país. Establece con claridad que estas reglas cobijan a todo el personal técnico, tecnológico y profesional del sector. 2. Capítulo II: Es el corazón del proyecto en materia de condiciones de trabajo. Establece la contratación directa (laboral o pública) como regla general. Exige el pago prioritario y oportuno de salarios (con penalidades e intereses de mora si hay retrasos), garantiza el suministro obligatorio de insumos para trabajar seguros y blindo al personal con un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo integral. Además, amarra la habilitación de las IPS a que estén al día con los pagos de su personal. 3. Capítulo III: Se enfoca en el crecimiento profesional y la distribución del personal en el territorio. Obliga a las IPS a capacitar continuamente a su personal y promueve alianzas internacionales para intercambios académicos. Adicionalmente, busca equilibrar la falta de médicos en las regiones más alejadas creando incentivos económicos y académicos para quienes trabajen en zonas de difícil acceso. 4. Capítulo IV: Se centra en la seguridad física, mental y la reputación del personal de salud. Crea una Estrategia Nacional y un Comité Interinstitucional (donde participan la Fiscalía, la Policía y la Defensoría) para diseñar rutas de denuncia rápidas ante agresiones. También protege el derecho al "buen nombre" frente a señalamientos públicos infundados y ordena combatir el acoso o maltrato que sufren los estudiantes en sus escenarios de práctica (como internados y residencias). 5. Capítulo V: Vigencia y derogatoria. 2. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS Con ocasión del lamentable hecho ocurrido en periodos pasados, donde una profesional de la salud tomó la decisión de quitarse la vida por la presión y maltrato experimentados en el desarrollo de su residencia, se ha empezado a visibilizar este deplorable y aterrador panorama que nunca había recibido la atención que demanda por parte de las instituciones, las autoridades y la comunidad en general. Se está presenciando cómo el dolor por la partida de esta profesional ha despertado la valentía de muchos de sus colegas que, con coraje, están contando sus experiencias, elevando una voz de alarma para que el trato inhumano que se presenta, sobre todo en las especializaciones, sea corregido y deje de perjudicar la salud mental del personal, llegando a cobrar valiosas vidas. Es importante manifestar que, si bien se ha hecho énfasis en esta circunstancia en la especialidad de cirugía general, esta es una realidad que se presenta en las distintas etapas de formación del talento humano en salud, donde se exigen horarios extenuantes que no respetan los tiempos de descanso sistemáticas a los derechos del talento humano en salud, se insta al Gobierno Nacional a realizar un monitoreo permanente y exhaustivo de este tipo de abusos, y se manifiesta la voluntad absoluta de trabajar en la creación de normas que eviten y sancionen estas prácticas, que deben ser erradicadas por completo del sistema de salud. Sin embargo, es importante destacar que la salud mental, históricamente subestimada y estigmatizada, ha emergido como una de las principales preocupaciones en el ámbito de la salud pública. Los profesionales del sector salud, encargados de cuidar la salud física y emocional de la población, se encuentran en una "posición privilegiada para abordar esta problemática". Paradójicamente, también son un grupo altamente vulnerable a trastornos mentales. Es por ello que la dignificación laboral en este sector se establece como un imperativo ético y social de primer orden. Al mejorar las condiciones laborales de los profesionales de la salud, no solo se garantiza su bienestar físico, sino también se contribuye a su salud mental, lo cual es fundamental para que puedan brindar una atención de calidad a los pacientes. Es por ello que esta iniciativa busca mejorar significativamente las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud en el país. Esto implica las mejoras económicas y contractuales, con el objetivo de garantizar condiciones dignas de vinculación, pago justo y oportuno, así como la promoción y prevención de sus derechos constitucionales, legales y prestacionales. Contexto histórico y social del sector salud en Colombia. A lo largo de los años, ha habido varios intentos de mejorar las condiciones laborales en el sector salud. La Ley 1438 de 2011 fue un esfuerzo por regular la contratación de los trabajadores misionales en las Empresas Sociales del Estado (ESE), exigiendo que fueran contratados directamente por estas instituciones. No obstante, la implementación de esta ley ha sido desigual (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Marco constitucional, legal y normativo La Política Nacional de Talento Humano en Salud (2018) es una respuesta integral a los desafíos que enfrenta el sector salud en Colombia. Esta política reconoce que la estabilidad y el bienestar de los trabajadores de la salud son esenciales para garantizar un sistema de salud eficiente y de calidad. Es de suma importancia formalizar el empleo y reducir la tercerización en el sector, promoviendo un enfoque basado en el trabajo decente, tal como lo define la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Uno de los puntos centrales de esta política es la equidad en la distribución del talento humano en salud, un problema que ha afectado especialmente a las zonas rurales y apartadas del país (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). En estas áreas, la falta de personal de salud es una preocupación
necesarios para la recuperación física y mental de este personal. Además, la contratación de personal resulta insuficiente para las necesidades de cada servicio, generando una carga laboral que puede ser catalogada como inhumana para los médicos vinculados. Las preocupaciones por el no pago de salarios, honorarios y prestaciones sociales durante meses les genera una enorme presión adicional para resolver sus obligaciones personales y familiares, lo que causa gran desmotivación en el ejercicio de su carrera, el maltrato emocional y el acoso sexual y laboral derivan en elevados niveles de estrés, depresión y enfermedades mentales. El caso ha generado una serie de críticas respecto a la dignificación laboral en el sector salud, exponiendo no solo la precariedad laboral, sino también la falta de supervisión y apoyo a los residentes médicos, quienes enfrentan estas situaciones bajo la excusa de la formación profesional. A raíz de su muerte, se han llevado a cabo manifestaciones y llamados a mejorar las condiciones laborales en el sector, solicitando reformas para garantizar entornos de trabajo más seguros y humanos, especialmente para aquellos que están en formación. Además, este caso ha puesto de relieve la importancia de prestar atención a la salud mental de los profesionales de la salud, quienes frecuentemente enfrentan altos niveles de estrés y agotamiento sin el debido apoyo institucional (El País, 2024). Según datos conocidos con corte al 9 de julio del presente año, el colapso en la ocupación de servicios de urgencias presenta cifras de hasta un 250% de ocupación, circunstancia que se relaciona con el exceso en la carga laboral que recae en el escaso personal que dedica su vida al cuidado de la salud de todos los que integran esta sociedad. De acuerdo con un estudio realizado en el país en junio de 2020, llevado a cabo con un total de 302 residentes, se concluyó que las tasas de acoso laboral fueron del 49% y de acoso sexual fueron del 14,9%. El estudio establece adicionalmente que las principales formas de acoso sexual corresponden a acoso de género (47%) y atención sexual no deseada (47%), siendo este significativamente mayor en mujeres, y que los cirujanos fueron los principales perpetradores. Este mismo estudio que tambien se realizó en el año 2023, incluyó a 238 médicos de los 20 programas de especialización del país, y mostro que las tasas de acoso laboral se ubicaron en un 35,3%, mientras que el acoso sexual registró un incremento, alcanzando el 18,1%. La investigación establece que las principales manifestaciones de acoso sexual corresponden al acoso de género (51,2%) y a la atención sexual no deseada (41,9%), presentándose con una frecuencia significativamente mayor en mujeres. Este panorama, entonces, no puede ser tratado como una simple noticia o estadística más que se lamenta, pero frente a la que no se toman los correctivos necesarios. Se trata de personas y familias que han puesto su vida al servicio de la comunidad, tal y como se pudo evidenciar en la pandemia vivida por el Covid-19. Por este motivo, se eleva una voz de rechazo absoluto por estas violaciones	suficiencia patrimonial y financiera que deben acreditar las IPS para operar en el territorio nacional. Contenido del Proyecto de Ley 1. Capítulo I: Define el norte de la ley: dignificar, planificar y proteger el trabajo y la formación de todo el talento humano en salud del país. Establece con claridad que estas reglas cobijan a todo el personal técnico, tecnológico y profesional del sector. 2. Capítulo II: Es el corazón del proyecto en materia de condiciones de trabajo. Establece la contratación directa (laboral o pública) como regla general. Exige el pago prioritario y oportuno de salarios (con penalidades e intereses de mora si hay retrasos), garantiza el suministro obligatorio de insumos para trabajar seguros y blindo al personal con un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo integral. Además, amarra la habilitación de las IPS a que estén al día con los pagos de su personal. 3. Capítulo III: Se enfoca en el crecimiento profesional y la distribución del personal en el territorio. Obliga a las IPS a capacitar continuamente a su personal y promueve alianzas internacionales para intercambios académicos. Adicionalmente, busca equilibrar la falta de médicos en las regiones más alejadas creando incentivos económicos y académicos para quienes trabajen en zonas de difícil acceso. 4. Capítulo IV: Se centra en la seguridad física, mental y la reputación del personal de salud. Crea una Estrategia Nacional y un Comité Interinstitucional (donde participan la Fiscalía, la Policía y la Defensoría) para diseñar rutas de denuncia rápidas ante agresiones. También protege el derecho al "buen nombre" frente a señalamientos públicos infundados y ordena combatir el acoso o maltrato que sufren los estudiantes en sus escenarios de práctica (como internados y residencias). 5. Capítulo V: Vigencia y derogatoria. 2. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS Con ocasión del lamentable hecho ocurrido en periodos pasados, donde una profesional de la salud tomó la decisión de quitarse la vida por la presión y maltrato experimentados en el desarrollo de su residencia, se ha empezado a visibilizar este deplorable y aterrador panorama que nunca había recibido la atención que demanda por parte de las instituciones, las autoridades y la comunidad en general. Se está presenciando cómo el dolor por la partida de esta profesional ha despertado la valentía de muchos de sus colegas que, con coraje, están contando sus experiencias, elevando una voz de alarma para que el trato inhumano que se presenta, sobre todo en las especializaciones, sea corregido y deje de perjudicar la salud mental del personal, llegando a cobrar valiosas vidas. Es importante manifestar que, si bien se ha hecho énfasis en esta circunstancia en la especialidad de cirugía general, esta es una realidad que se presenta en las distintas etapas de formación del talento humano en salud, donde se exigen horarios extenuantes que no respetan los tiempos de descanso sistemáticas a los derechos del talento humano en salud, se insta al Gobierno Nacional a realizar un monitoreo permanente y exhaustivo de este tipo de abusos, y se manifiesta la voluntad absoluta de trabajar en la creación de normas que eviten y sancionen estas prácticas, que deben ser erradicadas por completo del sistema de salud. Sin embargo, es importante destacar que la salud mental, históricamente subestimada y estigmatizada, ha emergido como una de las principales preocupaciones en el ámbito de la salud pública. Los profesionales del sector salud, encargados de cuidar la salud física y emocional de la población, se encuentran en una "posición privilegiada para abordar esta problemática". Paradójicamente, también son un grupo altamente vulnerable a trastornos mentales. Es por ello que la dignificación laboral en este sector se establece como un imperativo ético y social de primer orden. Al mejorar las condiciones laborales de los profesionales de la salud, no solo se garantiza su bienestar físico, sino también se contribuye a su salud mental, lo cual es fundamental para que puedan brindar una atención de calidad a los pacientes. Es por ello que esta iniciativa busca mejorar significativamente las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud en el país. Esto implica las mejoras económicas y contractuales, con el objetivo de garantizar condiciones dignas de vinculación, pago justo y oportuno, así como la promoción y prevención de sus derechos constitucionales, legales y prestacionales. Contexto histórico y social del sector salud en Colombia. A lo largo de los años, ha habido varios intentos de mejorar las condiciones laborales en el sector salud. La Ley 1438 de 2011 fue un esfuerzo por regular la contratación de los trabajadores misionales en las Empresas Sociales del Estado (ESE), exigiendo que fueran contratados directamente por estas instituciones. No obstante, la implementación de esta ley ha sido desigual (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Marco constitucional, legal y normativo La Política Nacional de Talento Humano en Salud (2018) es una respuesta integral a los desafíos que enfrenta el sector salud en Colombia. Esta política reconoce que la estabilidad y el bienestar de los trabajadores de la salud son esenciales para garantizar un sistema de salud eficiente y de calidad. Es de suma importancia formalizar el empleo y reducir la tercerización en el sector, promoviendo un enfoque basado en el trabajo decente, tal como lo define la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Uno de los puntos centrales de esta política es la equidad en la distribución del talento humano en salud, un problema que ha afectado especialmente a las zonas rurales y apartadas del país (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). En estas áreas, la falta de personal de salud es una preocupación	

constante, ya que los trabajadores suelen optar por empleos en las grandes ciudades, donde las condiciones laborales y salariales son mejores (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Para abordar esta situación, la política proponía una serie de incentivos para que los profesionales de la salud se emplearán en áreas de difícil acceso, incluyendo la mejora de las condiciones laborales, la provisión de vivienda y transporte, y la oferta de oportunidades de desarrollo profesional (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

La Ley 1438 de 2011, que busca regular la contratación directa de los trabajadores misionales (Congreso de la República de Colombia, 2011). A pesar de los esfuerzos por implementar esta ley, su impacto ha sido limitado debido a la resistencia de algunas instituciones a formalizar el empleo y a las dificultades para supervisar y hacer cumplir estas regulaciones en todo el país (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

La dignificación laboral en el sector salud revela una preocupación constante por la precariedad laboral y sus efectos en la calidad del servicio. En Colombia, el estudio realizado por Arango y Posada (2016) destaca cómo la tercerización laboral ha sido una de las principales causas de la precarización del empleo en el sector salud. Estos autores señalan que, a pesar de los avances en la cobertura de salud, las condiciones laborales de los profesionales han empeorado en muchos aspectos, especialmente en términos de estabilidad y acceso a beneficios laborales.

Para ilustrar mejor la situación laboral de los trabajadores sanitarios, se hace alusión a la Encuesta Nacional de Situación Laboral de Profesionales de la Salud 2019 realizada por el Colegio Médico Colombiano en 2019 a 8.249 médicos y profesionales de la salud en todo el país para conocer la realidad de la situación laboral del Talento Humano en Salud.

Otro aspecto importante es el impacto de las condiciones laborales en la salud mental de los trabajadores. En Colombia, el Colegio Médico Colombiano (2019) señala que muchos profesionales de la salud, particularmente médicos y enfermeras, trabajan en condiciones de alta presión, con jornadas laborales extendidas que superan las 48 horas semanales. Esto ha generado altos niveles de estrés, ansiedad y fatiga entre los trabajadores, lo que no solo afecta su bienestar personal, sino que también impacta la calidad de los servicios de salud que ofrecen (Colegio Médico Colombiano, 2019)

Según la última encuesta de situación laboral de profesionales de la salud de 2019, realizada por el Colegio Médico Colombiano se logró evidenciar lo siguiente:

1.

Más de 75% de los profesionales de la salud han tenido problemáticas laborales y no están conformes con los ingresos derivados de su ejercicio profesional.
2.

Los médicos rurales se han visto afectados por acoso laboral y constricción del ejercicio.
3.

Los especialistas, MD generales y otros profesionales tienen problemáticas de pérdida de empleo.

4.

El cambio de las condiciones de trabajo es la principal problemática para todos los profesionales.
5.

El 50% o más de los profesionales han tenido problemáticas con el pago de su salario.
6.

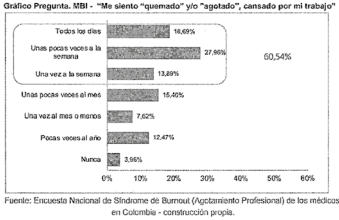
El principal problema es el retraso del pago, seguido del no aumento del valor hora y disminución de condiciones laborales.
7.

La mora en el pago a los profesionales principalmente está entre 30 – 90 días, y en los especialistas entre 180 a 365 días.
8.

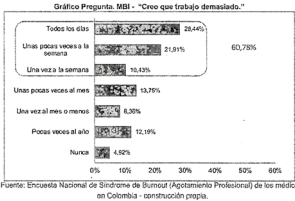
Las principales entidades deudoras son IPS y con naturaleza privada.
9.

La razón principal de la deuda es la situación financiera, administrativa y el no pago de aseguradoras (intermediarios).

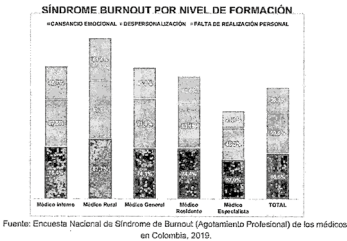
Según la encuesta, estos médicos están trabajando 264 o más horas al mes, es decir, unas 66 horas a la semana, cuando lo legal son 48 horas semanales. Un 15% no tiene un contrato legal y reglamentario, y el 40% ha recibido su salario de forma retardada.



Por otro lado, se evidencia que los profesionales en salud sienten que dan demasiado de sí mismos con base a su excesiva carga laboral.



Por último, es sumamente importante destacar el síndrome de burnout¹ se evidencia con mayor relevancia en los médicos rurales.



Precarización Laboral del Talento Humano en Salud

La Constitución Política de 1991 erigió el trabajo como un principio fundante y un fin esencial del Estado Social de Derecho, otorgándole en su artículo 25 una especial protección bajo condiciones dignas y justas para todos los ciudadanos. Bajo este mandato superior, resulta importante reconocer que el Talento Humano en Salud (THS) representa la columna vertebral del sistema, por lo cual cualquier menoscabo en sus garantías laborales no solo vulnera sus derechos fundamentales, sino que compromete la estabilidad misma del servicio público de salud.

Las transformaciones del mercado laboral colombiano promovidas desde finales del siglo XX

¹ Es una condición que surge como consecuencia de un estrés laboral crónico. Se caracteriza por un agotamiento físico, emocional y mental, que lleva a una pérdida de interés y motivación en el trabajo

impulsaron un modelo de flexibilización de las relaciones de trabajo que tuvo un impacto significativo sobre el sector salud. Diversos estudios adelantados por misiones de empleo concluyeron que la legislación laboral representaba un obstáculo para la generación de empleo, lo que dio lugar a reformas orientadas a ampliar las modalidades de contratación distintas al vínculo laboral tradicional.

Como consecuencia de estas reformas, se consolidó el uso de figuras como los contratos a término fijo, la intermediación laboral y, especialmente, los contratos de prestación de servicios. Aunque estas modalidades fueron concebidas como mecanismos excepcionales para atender necesidades temporales o especializadas, con el paso del tiempo se convirtieron en la forma predominante de vinculación del talento humano en salud, tanto en entidades públicas como privadas.

El ordenamiento jurídico colombiano establece que los contratos de prestación de servicios únicamente pueden utilizarse cuando las actividades no puedan ser desarrolladas por personal de planta o requieran conocimientos altamente especializados. En consecuencia, esta modalidad no fue diseñada para suplir funciones permanentes ni para reemplazar empleos de carácter misional. No obstante, la práctica institucional ha evidenciado una utilización generalizada de esta figura para desarrollar labores permanentes dentro de hospitales, clínicas y demás instituciones prestadoras de servicios de salud, situación que ha debilitado las garantías propias de una relación laboral y ha contribuido al deterioro de las condiciones de trabajo del personal sanitario.

La expansión de esquemas de tercerización ha generado una profunda precarización de las condiciones laborales del talento humano en salud. Una proporción significativa de trabajadores desarrolla funciones esenciales mediante contratos que no les reconocen estabilidad, prestaciones sociales ni las demás garantías inherentes al empleo formal. Según la información citada en el documento, la mayor parte de los empleos del sector corresponde a modalidades tercerizadas, mientras que una minoría pertenece a cargos de planta. Esta realidad implica que una modalidad concebida como excepcional terminó convirtiéndose en la regla general para la contratación del personal que sostiene la prestación de los servicios de salud.

La Encuesta Nacional de Situación Laboral de Profesionales de la Salud realizada por el Colegio Médico Colombiano ofrece evidencia sobre las dificultades que enfrenta el talento humano en salud. Sus resultados evidencian que más de la mitad del talento humano en salud carece de un contrato laboral propiamente dicho, a pesar de desempeñar funciones misionales dentro de las instituciones prestadoras de servicios. Adicionalmente, uno de cada dos profesionales encuestados reportó haber enfrentado inconvenientes con el pago oportuno de su salario o remuneración, siendo esta la dificultad más frecuente, seguida del estancamiento en el valor de la hora trabajada y el desconocimiento de prestaciones sociales básicas. El 75 % de los profesionales de la salud no médicos manifestó haberse visto afectado laboralmente por cambios imprevistos en sus condiciones de trabajo, restricciones al ejercicio profesional y situaciones de acoso laboral.

La situación de los médicos rurales que prestan el servicio social obligatorio resulta especialmente preocupante. Según la encuesta, el 15 % de estos profesionales no cuenta con un contrato legal y reglamentario, pese a que la ley exige su vinculación formal en todos los casos. Se documentó, además, que este grupo labora en promedio 264 horas o más al mes, equivalentes a cerca de 66 horas semanales, cifra que excede en un 37,5 % la jornada máxima legal de 48 horas semanales. A esto se suma que el 40 % de los médicos rurales reportó haber recibido su salario de forma tardía, lo que agrava su ya precaria situación económica en las etapas iniciales de su ejercicio profesional. En cuanto a los médicos generales, el 54 % se encuentra vinculado bajo la modalidad de contrato de prestación de servicios, cifra que confirma la generalización de esta figura excepcional. El 36 % de este grupo debe laborar simultáneamente en dos o tres instituciones distintas para lograr ingresos, suficientes, situación que compromete su calidad de vida, incrementa el riesgo de fatiga laboral y puede afectar la calidad de la atención brindada a los pacientes. El 80 % de los médicos generales encuestados reportó haberse visto afectado en su ámbito laboral por las condiciones descritas. Los médicos especialistas no escapan a esta tendencia: el 56 % está vinculado mediante órdenes de prestación de servicios, y el 33 % trabaja entre 48 y 66 horas semanales. Resulta revelador que más de la mitad de los especialistas no esté siendo contratada para cumplir la jornada legal completa de 48 horas, dato que contradice el discurso instalado sobre una supuesta escasez de especialistas en el país. Lo que realmente ocurre, según se desprende de la encuesta, es que un número significativo de especialistas no logra ser contratado a jornada completa por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) ni por las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), viéndose forzados a fragmentar su tiempo laboral entre tres o más centros médicos, como reportó el 30 % de este grupo. Los datos sobre ingresos confirman la magnitud de la inequidad remunerativa que afecta al talento humano en salud. El 91 % de los profesionales de la salud no médicos percibe menos de cinco salarios mínimos mensuales legales vigentes. Entre los médicos generales, el 71 % devenga entre tres y cinco salarios mínimos, mientras que el 15 % de los especialistas percibe ingresos inferiores a cinco salarios mínimos, cifra particularmente grave si se considera la inversión económica y el tiempo de formación académica que exige la especialización médica en Colombia. Como resultado directo de estas condiciones, más del 77 % de los profesionales de la salud encuestados manifestó sentirse insatisfecho con su remuneración y percibir que su esfuerzo formativo no es compensado adecuadamente. Adicionalmente, el 68 % de los especialistas que devengan menos de cinco salarios mínimos solo logra trabajar entre 24 y 44 horas semanales, lo que refuerza la conclusión de que el problema estructural no es la escasez de talento humano especializado, sino su insuficiente contratación formal. Un componente estructural adicional de esta precarización es la mora sistemática en el pago de honorarios y salarios al talento humano en salud, cuyo origen se encuentra en buena medida en el sector privado. Según la encuesta citada, las IPS constituyen el principal deudor para el 67 % de los médicos especialistas, el 59 % de los médicos generales, el 18 % de los médicos rurales y el 65 % de los demás profesionales de la salud. Las causas de este incumplimiento obedecen mayoritariamente a	la falta de pago por parte de las aseguradoras hacia las IPS y a la crítica situación administrativa y financiera de estas últimas, siendo la liquidación empresarial la causa del incumplimiento en apenas el 10 % de los casos, lo cual descarta que se trate de un fenómeno meramente coyuntural y confirma su naturaleza estructural. Esta relación causal entre el deterioro financiero de las instituciones prestadoras y la precarización del talento humano en salud ha sido corroborada recientemente por la Contraloría General de la República, entidad que en enero de 2026 reiteró una Advertencia dirigida a la Superintendencia Nacional de Salud y amplió el llamado al Ministerio de Salud y Protección Social ante el agravamiento del deterioro en el flujo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El ente de control constató que los riesgos identificados desde 2023 en materia de pagos parciales, tardíos o inexistentes de las EPS hacia la red prestadora no solo persisten, sino que se han profundizado, comprometiendo el deterioro financiero de los hospitales públicos. Según el organismo, esta situación evidencia que las medidas hasta ahora adoptadas por la Superintendencia han resultado insuficientes e ineficaces para contener el riesgo de pérdida de recursos públicos previamente advertido, lo que repercuta de manera directa en la capacidad de las instituciones para cumplir oportunamente con las obligaciones laborales frente a su talento humano. Las cifras aportadas por la Contraloría resultan elocuentes sobre la severidad de esta crisis financiera y su impacto directo en la sostenibilidad del empleo sanitario. Para el año 2024, los hospitales públicos facturaron 18,8 billones de pesos y recibieron pagos por 15,7 billones, es decir, el 84 % de lo facturado. Entre enero y septiembre de 2025 esta proporción cayó al 77 %, lo que representa un retroceso de siete puntos porcentuales en la oportunidad de pago en tan solo un año. Este deterioro se manifestó de manera particularmente severa en los hospitales de mediana y alta complejidad, cuyo nivel de pago descendió del 80 % al 74 % y del 87 % al 76 %, respectivamente. Como consecuencia, la deuda acumulada de la red pública hospitalaria pasó de 12,5 billones de pesos en 2024 a 16,28 billones entre enero y septiembre de 2025, un incremento del 30 % en apenas nueve meses. La Contraloría documentó igualmente que la cartera de las seis EPS con mayor deuda creció cerca del 42 % entre 2024 y 2025, al pasar de 4,5 a 6,4 billones de pesos, con el consecuente impacto sobre la liquidez y la capacidad operativa de las instituciones para garantizar el pago oportuno de salarios, honorarios y prestaciones al personal sanitario. La precarización laboral tiene efectos directos sobre la calidad de vida del talento humano en salud. Una proporción importante de profesionales considera que su remuneración no corresponde con la responsabilidad, el nivel de formación y la inversión realizada para acceder a su profesión. Asimismo, persisten problemas relacionados con el incumplimiento en los pagos por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, situación que se atribuye principalmente a dificultades financieras derivadas de la cartera pendiente de las entidades aseguradoras. Estas circunstancias generan inestabilidad económica, desincentivan la permanencia del personal en el sistema y afectan la continuidad en la prestación de los servicios de salud.
Derecho comparado El análisis comparativo entre Colombia y otros países revela similitudes y diferencias clave en cuanto a la situación de los trabajadores del sector salud. En Colombia, la tercerización laboral ha sido un problema persistente que afecta a más del 70% de los trabajadores en las Empresas Sociales del Estado (ESE), según datos recientes del DANE (2022). Esto contrasta con países como España, donde se han implementado reformas laborales más estrictas que buscan garantizar la contratación directa de los trabajadores del sector público, incluidos los del sector salud (Arango & Posada, 2016). En España, las políticas de dignificación laboral han sido más efectivas para reducir la tercerización y mejorar la estabilidad laboral, lo que ha contribuido a un ambiente de trabajo más favorable para los profesionales de la salud. Sin embargo, en muchos países de América Latina, como México y Brasil, se observan problemas similares a los de Colombia, con una alta dependencia de la tercerización y la contratación temporal (Nigenda & Serván-Mori, 2018). La falta de acceso a beneficios laborales plenos, como la seguridad social y las pensiones, sigue siendo un obstáculo importante para la mejora de las condiciones laborales en estos países. A pesar de algunos esfuerzos por regular el empleo en el sector salud, la implementación de políticas efectivas ha sido lenta y desigual (OIT, 2019). En Colombia, el Colegio Médico Colombiano (2019) señala que uno de los factores que ha perpetuado la precariedad laboral en el sector salud es la falta de supervisión adecuada por parte del gobierno. Aunque existen leyes que exigen la contratación directa de los trabajadores misionales, como la Ley 1438 de 2011, muchas instituciones de salud siguen eludiendo estas regulaciones mediante la contratación de personal a través de cooperativas de trabajo asociado y contratos de prestación de servicios. Este fenómeno ha afectado particularmente a las enfermeras, quienes constituyen una mayoría significativa del personal de salud y enfrentan mayores dificultades para acceder a contratos estables y bien remunerados (DANE, 2022). Otra diferencia clave entre Colombia y otros países es la desigualdad en el acceso a la formación y capacitación continua. Mientras que en países como España y Brasil los programas de capacitación para el personal de salud son más accesibles y están integrados en los sistemas de salud, en Colombia muchos trabajadores tienen dificultades para acceder a oportunidades de desarrollo profesional (OIT, 2019). Esto no solo afecta su capacidad para mejorar su desempeño, sino que también limita sus posibilidades de avanzar en sus carreras y obtener mejores condiciones laborales. El análisis también revela que, aunque la Política Nacional de Talento Humano en Salud (2018) ha sido un paso importante hacia la formalización del empleo y la mejora de las condiciones laborales en Colombia, su implementación ha sido limitada (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). La falta	de recursos y la resistencia de algunas instituciones han dificultado la adopción de las medidas propuestas por la política. Esto es particularmente evidente en las zonas rurales, donde la escasez de personal de salud y las condiciones laborales precarias son más pronunciadas (Arango & Posada, 2016). Reforma a la salud su impacto fiscal en THS El proyecto de ley bajo consideración ha sido tramitado durante tres oportunidades en el Congreso de la República (2020 y 2022) bajo autoría de la Senadora Norma Hurtado Sánchez y el Representante Víctor Manuel Salcedo, en compañía de diversos congresistas, estando más cerca de ser aprobado en el año 2023, donde fue archivado por tránsito de legislatura en su cuarto debate. En ese sentido, esta iniciativa se ha constituido en el primer intento durante mucho tiempo para legislar en favor de los trabajadores del sector. Posteriormente, se hallaron puntos de encuentro con el proyecto de ley de reforma a la salud presentado por el Gobierno nacional, con el ánimo de favorecer las condiciones laborales del talento humano. La reforma a la salud, tal como se plantea en el proyecto de ley presentado en septiembre de este año, aspira a transformar radicalmente el sistema de salud como se conoce hoy. Sin embargo, contempla la mejora de las condiciones laborales del Talento Humano en Salud a través de la dignificación del trabajo de los profesionales de la para garantizar la calidad de los servicios y la retención del talento. En este sentido, se propone crear una política pública integral para mejorar las condiciones laborales de todos los trabajadores del sector, siendo que entre las medidas a implementar se encuentran: la estandarización de los procesos de contratación, la formalización laboral, la protección social y la garantía de los derechos laborales. En línea con lo anterior, el artículo 10 numeral 15, establece que la ADRES debe ser la entidad encargada de administrar los recursos fiscales y parafiscales del Sistema de Salud. Estos recursos se destinan tanto al aseguramiento social como al financiamiento de programas de formación del talento humano en salud, como el de Residentes Médicos. El artículo 11 numeral 15, por su parte, profundiza en los criterios específicos para la asignación de los recursos destinados a la formación. Adicionalmente a esto en su artículo 43 de la reforma (la cual modifica el numeral 3 del artículo 37 de la ley 1122 de 2007), busca garantizar que cualquier persona pueda acceder a servicios de salud de calidad cuando los necesite. Esto implica verificar que los centros de salud estén bien equipados, que el personal sea competente y que las condiciones laborales sean adecuadas para brindar una buena atención. Si bien se coincide en la intención, no sucede lo mismo en las formas. Lo anterior, se debe a que al cambio radical que se pretende implantar en el sistema de salud colombiano implica la reconfiguración en la utilización de recursos, los cuales dependen de unas sendas de ingresos y gastos que no cuentan con la debida claridad fiscal, lo cual hace que utilizar la mayoría de recursos que hoy se

destinan al aseguramiento en salud, se atomicen en diversos gastos que no hallan asidero en la realidad financiera del sistema.

Si bien el costeo de los gastos de dignificación del talento humano dentro de la reforma a la salud no se encuentra explícito en los diferentes análisis financieros presentados al Congreso de la República, se supone que existe disponibilidad y voluntad por parte del Gobierno nacional por hacer posible la entrega de mejores condiciones laborales a los trabajadores de la salud, según lo propuesto en su iniciativa de reforma. De esta forma, se puede garantizar el cubrimiento de la formalización del talento humano para las ESE por cerca de \$1,7 billones a precios de 2024, según lo reportado por el Ministerio de Hacienda mediante oficio 2-2022-057130 de septiembre de 2022. En igual sentido, de llegar a consolidarse la voluntad de formalización total del talento humano en salud, es viable la garantía de recurso, tanto para ESE como IPS privadas, lo cual asciende a un total \$7,1 billones a \$8,7 billones a precios de 2024, según el oficio de MHCP en comentario.

Finalmente, es pertinente recordar que el Estado colombiano se encuentra en deuda con el talento humano en salud, más aún después de lo acontecido durante la pandemia del COVID-19, y en su trasegar diario al servicio de todos en medio de precarias condiciones laborales. Por ello, el llamado a la coincidencia en la intención, lo cual implica directamente la disponibilidad de recursos desde el Gobierno nacional, permite concluir la viabilidad fiscal de la presente iniciativa.

Bibliografía

1)

Arango, L. G., & Posada, C. E. (2016). "El sector salud en Colombia: condiciones laborales y su impacto en la calidad del servicio." Revista Colombiana de Salud Pública, 28(3), 56-72.

2)

Colegio Médico Colombiano. (2019). "Situación laboral de los médicos en Colombia: Estudio de salud mental y condiciones de trabajo." Informe Nacional.

3)

Congreso de la República de Colombia. (1993). "Ley 100 de 1993." Diario Oficial.

4)

Congreso de la República de Colombia. (2011). "Ley 1438 de 2011." Diario Oficial.

5)

DANE (2022). "Boletín técnico: Mercado laboral del sector salud en Colombia." Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

6)

Nigenda, G., & Serván-Mori, E. (2018). "Precariedad laboral en el sector salud en América Latina: El caso de México." Revista Panamericana de Salud Pública, 42(1), 78-89.

7)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). "Política Nacional de Talento Humano en Salud." Ministerio de Salud y Protección Social.

8)

Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2019). "Trabajo decente y derechos laborales en el sector salud: Informe regional para América Latina." Informe OIT.

9)

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). "Health Workforce: Global strategy on human resources for health: Workforce 2030." World Health Organization.

10) Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2017). "Informe de la situación del recurso humano en salud en las Américas." Organización Panamericana de la Salud.

3. CONSIDERACIONES DE LOS AUTORES

Conforme a la revisión de literatura y a trabajos previos adelantados sobre talento humano en salud, el equipo ponente considera viable la presente iniciativa basados en la siguiente información:

"El proyecto de ley aborda de manera transversal aspectos necesarios que se hacen indispensables en términos de estabilidad laboral y contractual, seguridad y bienestar que beneficiarían a trabajadores del sector salud en el ámbito público y privado:

Los datos con que cuenta el MSPS señalan que el Talento Humano en Salud disponible en el país para el 2019 era de 769.492 personas, de los cuales 356.092 corresponden a profesionales y especialistas (46,4%) y 441.400 a auxiliares, técnicos y tecnólogos (53,6%). Del total de profesionales, 70.042 corresponden a enfermería y 116.140 a profesionales de medicina; mientras que, del total de auxiliares, 294.025 corresponden a auxiliares de enfermería y 2.549 auxiliares en salud pública.

De acuerdo con las estimaciones realizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social a partir del Stock Histórico de Talento humano en salud, actualizado con la información de graduados de programas de educación superior (SNIES del Ministerio de Educación Nacional) y de convalidación de títulos obtenidos en el extranjero (Ministerio de Educación Nacional), y aplicando tasas de retiro y de migración, para el año 2019 el número de profesionales de medicina y especialistas es el siguiente:

Item	Número de personas
Médicos Generales	87 163
Especialistas Médicos	28 977

La iniciativa 43.567 beneficiaría a poco más de servidores públicos vinculados a las Empresas Sociales del Estado, distribuidos así: i) 29.841 de carrera administrativa; ii) 5.031 vinculados mediante plantas temporales, iii) 3.993 trabajadores oficiales; iv) 2.662 de libre nombramiento y remoción; v) 1.459 de periodo fijo. Asimismo, se conoce que en las plantas de personas de las Empresas Sociales del Estado existen 23.826 cargos creados en determinadas profesiones y oficios, distribuidos así: i) 14.874 auxiliares de enfermería; ii) 2.758 enfermeros; iii) 800 bacteriólogos; iv) 3.691 médicos generales y v) 1.703 especialistas. Renglón seguido, de acuerdo con la certificación de Colombia Compra Eficiente a 14 de abril de 2020, las ESE tienen 39.728 contratistas y 50.712 contratos, es decir, que aproximadamente se encuentran prestando sus servicios, mediante contratos de prestación de servicios y apoyo en la gestión; 50.255 contratistas, profesionales y auxiliares de la salud (...).

Beneficiaría a más de 25 mil médicos especialistas, distribuidos en medicina interna, pediatría,

anestesiología, entre otras especialidades, según se detalla en las figuras 1 y 2.

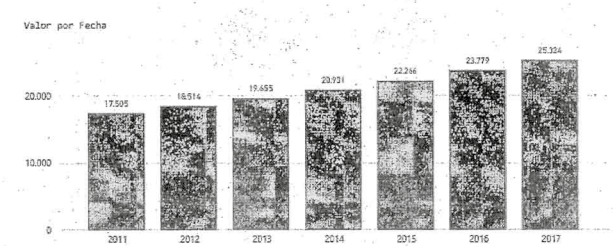


Imagen 1. Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD) - Cálculos de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social 2018.

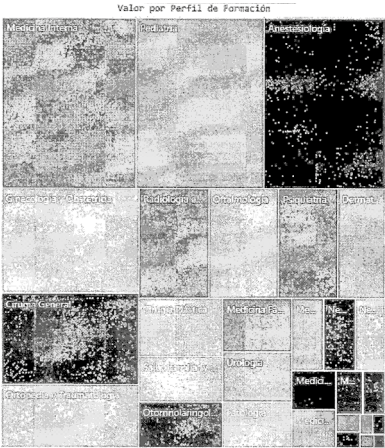


Imagen 2. Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD) - Cálculos de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social 2018.

Según aproximaciones más generales, acorde con cifras del Ministerio de Educación, se permite establecer que por cada 1.000 habitantes que hay en el país, habría 1,5 médicos generales. Esto, teniendo en cuenta que hasta 2018, Colombia registraba 73.092 profesionales graduados en esta materia que también se verían beneficiados con la medida".

Conclusiones

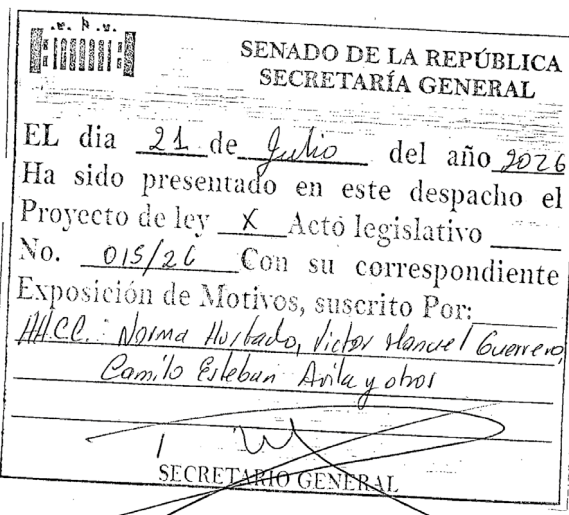
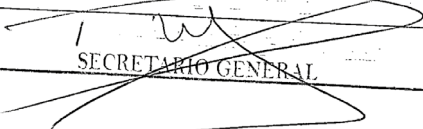
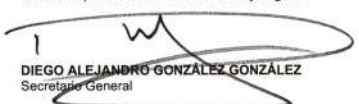
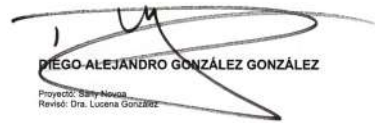
1.

La dignificación laboral no solo implica la mejora de las condiciones económicas y contractuales, sino también el reconocimiento de la labor que los profesionales de la salud desempeñan en la sociedad. La dignidad en el trabajo está relacionada con el respeto de los derechos laborales, la seguridad en el empleo, la protección social y la posibilidad de desarrollar una carrera profesional en condiciones justas.
2.

Es evidente que existe una clara necesidad de mejorar significativamente las condiciones laborales de los profesionales de la salud en Colombia, tanto en términos económicos como contractuales.

3. La dignificación laboral en el sector salud colombiano muestra que, aunque se han hecho avances en términos de cobertura de salud y acceso a los servicios, las condiciones laborales de los profesionales de la salud siguen siendo un tema pendiente. La tercerización laboral y la falta de estabilidad en el empleo siguen afectando a una gran parte de los trabajadores, limitando su acceso a derechos laborales fundamentales como la seguridad social, las vacaciones pagadas y las pensiones. 4. Existe una fuerte interrelación entre las condiciones laborales precarias y el deterioro de la salud mental de los profesionales de la salud. 5. Las condiciones laborales durante la formación médica, especialmente en las residencias, son precarias y generan un alto nivel de estrés y agotamiento en los futuros profesionales. Las políticas implementadas hasta la fecha, como la Ley 1438 de 2011 y la Política Nacional de Talento Humano en Salud (2018), han intentado abordar estos problemas, pero su impacto ha sido limitado debido a la falta de supervisión y a la resistencia de algunas instituciones a formalizar el empleo. 4. MARCO CONSTITUCIONAL, LEGAL Y FISCAL La Constitución Política de Colombia en el año 1991 concibió desde su preámbulo, al trabajo como uno de los fines esenciales del Estado, consagrando dentro del artículo 25 el trabajo como un derecho y una obligación social y goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado. Toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas. Via jurisprudencial la Corte Constitucional, mediante sentencia T-457 de 1992 estableció que los elementos del trabajo digno eran los consagrados en el artículo 53 de la carta magna, dentro del cual se afirma que el estatuto que debe expedir el Congreso tendrá en cuenta por lo menos los siguientes principios mínimos fundamentales: Igualdad de oportunidades para los trabajadores; remuneración mínima vital y móvil, proporcional a la cantidad y calidad de trabajo; estabilidad en el empleo; irrenunciabilidad a los beneficios mínimos establecidos en normas laborales; facultades para transigir y conciliar sobre derechos inciertos y discutibles; situación más favorable al trabajador en caso de duda en la aplicación e interpretación de las fuentes formales de derecho; primacía de la realidad sobre formalidades establecidas por los sujetos de las relaciones laborales; garantía a la seguridad social, la capacitación, el adiestramiento y el descanso necesario; protección especial a la mujer, a la maternidad y al trabajador menor de edad. Igualmente, la Corte Constitucional en Sentencia T-649 de 2013 reconoce y reitera el derecho de todos los trabajadores al pago oportuno del salario, señalando que <i>“...la falta de pago puntual y completo del salario, imposibilitan al trabajador atender sus necesidades básicas de carácter personal y familiar lo</i>	<i>que implica la violación del mínimo vital, el cual se ha entendido como “los requerimientos básicos indispensables para asegurar la digna subsistencia de la persona y de su familia, no solamente en lo relativo a la alimentación y vestuario sino en lo referente a salud, educación, vivienda, seguridad social y medio ambiente, en cuanto a factores insustituibles para la preservación de una calidad de vida que, no obstante su modestia, corresponda a las exigencias más elementales del ser humano”.</i> Por su lado la OIT en su Convenio 95 de 1949, ratificado por Colombia, estableció criterios para la protección del trabajador, pero más para él, lo que corresponde a la contraprestación de su trabajo como salario, donde da algunas directrices para que los Estados desde sus facultades legales garanticen que a todo trabajador se le brinde la no afectación a su mínimo vital y como contraprestación a sus labores como es su salario. Igualmente, señala en el artículo 12, la obligación de los estados de establecer la garantía del pago del salario en intervalos regulares de acuerdo a su legislación interna. La normatividad frente al Código Sustantivo del trabajo el cual regula las relaciones laborales entre particulares, y la misma norma establece cuales son las condiciones, derechos y obligaciones que tienen las partes dentro de una relación de tipo laboral, como es el artículo 127 que define qué se entiende por salario y cuándo hay derecho a él. Así mismo, el artículo 134 del Código Sustantivo del Trabajo, establece los parámetros de periodicidad del pago del salario en el que señala que no debe ser mayor a un mes y que el pago del trabajo suplementario o de horas extras y el del recargo por trabajo nocturno, debe efectuarse junto con el salario ordinario del periodo en que se han causado, o a más tardar con el salario del período siguiente. A su vez, el Ministerio de Salud y Protección Social ha establecido via actos administrativos la garantía para el ejercicio profesional del talento humano en salud y el pago al talento humano en salud, dentro de los cuales encontramos los siguientes: a. Decreto 706/1974: Comité de Adiestramiento y Formación / Por el cual se establece la organización y funcionamiento de los Servicios Seccionales de Salud. b. Decreto 350/1975: Consejo Seccional de Adiestramiento y Formación del Personal en Salud / Por el cual se determina la organización y funcionamiento de los servicios seccionales de salud y de las unidades regionales. c. Decreto 121/1976: Dirección de Recursos Humanos en Salud / Por el cual se revisa la Organización Administrativa del Ministerio de Salud Pública. d. Decreto 2905/1977: Consejo Nacional de Formación de Recursos Humanos para la Salud –
Compuesto por Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación ICFES y Servicio Nacional de Aprendizaje-SENA. e. Decreto 1849/1992: Por el cual se crea, el Consejo Nacional para el está compuesto por Ministerio de Educación, Ministerio del Trabajo y Ministerio de Salud. f. Resolución 630 de 2019: Por medio de la cual se reglamenta el parágrafo 6 del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 - Establece que se entiende que el pago no es oportuno el día siguiente en que es exigible la obligación. Por último, dentro del marco normativo encontramos la Ley 1164 de 2007 la cual crea el Observatorio del Talento Humano en Salud -el cual contiene el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud- RETHUS de esta ley se desprende la creación de la Política Nacional Talento Humano en Salud. 5. IMPACTO FISCAL 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 las disponibilidades presupuestales, el Marco Fiscal de Mediano Plazo y el Marco de Gasto de Mediano Plazo. Por consiguiente, para continuar con el trámite legislativo, es pertinente tener a consideración la siguiente jurisprudencia² de la Corte Constitucional: <i>“Las obligaciones previstas en el artículo 7º 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 provisiones 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,</i>	<i>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 7º de la Ley 819 de 2003 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.</i> Es relevante mencionar que la Corte Constitucional, en Sentencia C-911 de 2007, señala que el impacto fiscal de las normas no puede convertirse en óbice, para que las corporaciones públicas ejerzan su función legislativa y normativa. <i>“En la realidad, aceptar que las condiciones establecidas en el artículo 7º de la Ley 819 de 2003 constituyen un requisito de trámite que le incumbe cumplir única y exclusivamente al Congreso reduce desproporcionadamente la capacidad de iniciativa legislativa que reside en el Congreso de la República, con lo cual se vulnera el principio de separación de las Ramas del Poder Público, en la medida en que se lesiona seriamente la autonomía del Legislativo.</i> <i>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.</i> <i>Es decir, el mencionado artículo debe interpretarse en el sentido de que su fin es obtener que las leyes que se dicten tengan en cuenta las realidades macroeconómicas, pero sin crear barreras insalvables en el ejercicio de la función legislativa ni crear un poder de veto legislativo en cabeza del Ministro de Hacienda.</i> 6. CONFLICTO DE INTERESES. Según lo establecido en el artículo 3 de la Ley 2003 de 2019, corresponde al autor del proyecto y el ponente de un Proyecto de Ley enunciar las posibles circunstancias en las que se podría incurrir en conflicto de interés por parte de los congresistas que participen de la discusión y votación del Proyecto de Ley. En ese sentido, señala el artículo 1º de la Ley 2003 de 2019 lo siguiente:

² Corte Constitucional. Sentencia C-866 del 3 de noviembre de 2010. M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub.

*ARTÍCULO 1° El artículo 286 de la Ley 5 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." Atendiendo el anterior apartado legal, se considera que en el caso de este Proyecto de Ley no existen circunstancias que eventualmente puedan generar un conflicto de interés por parte de los congresistas que participen en el debate y votación. Lo anterior, entendiendo el carácter general de lo propuesto en la iniciativa legislativa. Es menester señalar que la descripción de los posibles conflictos de interés que se puedan presentar frente al trámite o votación del presente Proyecto de Ley, conforme a lo dispuesto en el artículo 291 de la Ley 5 de 1992 modificado por la Ley 2003 de 2019, no exime al Congresista de identificar causales adicionales en las que pueda estar incurso. De los honorables congresistas,  NORMA HURTADO SÁNCHEZ SENADORA DE LA REPÚBLICA  VÍCTOR MANUEL SALCEDO GUERRERO REPRESENTANTE A LA CÁMARA	  CAMILO ESTEBAN ÁVILA MORALES REPRESENTANTE A LA CÁMARA  NOMBRE: Luz Marina Gordillo Salinas CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA NOMBRE: _____ CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA
 SENADO DE LA REPÚBLICA SECRETARÍA GENERAL EL día <u>24</u> de <u>Julio</u> del año <u>2026</u> Ha sido presentado en este despacho el Proyecto de ley <u>X</u> Actó legislativo <u> </u> No. <u>015/26</u> Con su correspondiente Exposición de Motivos, suscrito Por: <u>ADCC: Norma Hurtado, Víctor Manuel Guerrero, Camilo Esteban Ávila y otros</u>  SECRETARIO GENERAL	SENADO DE LA REPÚBLICA – SECRETARÍA GENERAL – TRAMITACIÓN LEYES Bogotá D.C., 21 de Julio de 2026 Señor Presidente: Con el fin de repartir el Proyecto de Ley No.015/26 Senado "POR MEDIO DE LA CUAL SE PROMUEVE EL RESPETO, LA DIGNIFICACIÓN LABORAL Y SE CREA LA ESTRATEGIA NACIONAL DE PROTECCIÓN CONTRA LA VIOLENCIA AL TALENTO HUMANO EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", me permito remitir a su despacho el expediente de la mencionada iniciativa, presentada el día de hoy ante la Secretaría General del Senado de la República por la Honorable Senadora NORMA HURTADO SÁNCHEZ; los Honorables Representantes VÍCTOR MANUEL SALCEDO GUERRERO, CAMILO AVILA MORALES, LUZ MARINA GORDILLO SALINAS, LUIS ALFONSO CHÁVEZ. La materia de que trata el mencionado Proyecto de Ley es competencia de la Comisión SÉPTIMA Constitucional Permanente del Senado de la República, de conformidad con las disposiciones Constitucionales y Legales.  DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ Secretario General PRESIDENCIA DEL H. SENADO DE LA REPÚBLICA – JULIO 21 DE 2026 De conformidad con el informe de Secretaría General, dese por repartido el precitado Proyecto de Ley a la Comisión SÉPTIMA Constitucional y enviase copia del mismo a la Imprenta Nacional para que sea publicado en la Gaceta del Congreso. CÚMPLASE EL PRESIDENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA  HONORIO MIGUEL HENRÍQUEZ PINEDO SECRETARIO GENERAL DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA  DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ Proyecto: Sany Nueva Revisó: Dra. Lucena González

CONTENIDO

Gaceta número 961 - martes, 11 de agosto de 2026

SENADO DE LA REPÚBLICA

Págs.

PROYECTOS DE LEY

Proyecto de Ley número 14 de 2026 Senado, por la cual se regulan los procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos, se adoptan medidas para la protección de la salud y la vida de los pacientes, se reforma la Ley 599 de 2000 (Código Penal) en materia de ejercicio ilegal de profesiones del área de la salud y se dictan otras disposiciones.	1
Proyecto de Ley número 15 de 2026 Senado, por medio de la cual se promueve el respeto, la dignificación laboral y se crea la Estrategia Nacional de Protección Contra la Violencia al Talento Humano en Salud y se dictan otras disposiciones.	10