



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXIX - N° 652

Bogotá, D. C., lunes, 10 de agosto de 2020

EDICIÓN DE 29 PÁGINAS

DIRECTORES:

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

JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PROYECTOS DE LEY

PROYECTO DE LEY NÚMERO 072 DE 2020 CÁMARA

por medio del cual se modifica el nombre al Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta E.S.E. y se dictan otras disposiciones.

PROYECTO DE LEY No. _____ de 2020 CAMARA.

"POR MEDIO DEL CUAL SE MODIFICA EL NOMBRE AL CENTRO DERMATOLÓGICO FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E. Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA:

Artículo 1º. Modifíquese el artículo 1º del Decreto ley 1257 de 1994, el cual quedara así:

Artículo 1. Campo de aplicación. A partir de la vigencia de la presente ley, la Empresa Social del Estado Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta", del Orden Nacional, se denominara "Hospital Universitario Dermatológico Federico Lleras Acosta" y se sujetara a las disposiciones aplicables a tales empresas en los términos de la ley, el reglamento y las demás normas que lo regulen.

Parágrafo Primero: La nueva denominación de la E.S.E., no afectará su actual estructura institucional y funcional, ni afectara la prestación de los servicios a su cargo de acuerdo a sus competencias institucionales.

Parágrafo Segundo: La presente modificación no exige a la E.S.E. del cumplimiento de los requisitos señalados en el artículo 100 de la Ley 1438 de 2011 para conservar su reconocimiento como Hospital Universitario y obtener su renovación.

Artículo 2º. El Ministerio de Salud se encargará de realizar los ajustes correspondientes para el cumplimiento de la presente ley y expedirá los actos administrativos e institucionales necesarios para la actualización de la nueva denominación de la E.S.E.

Artículo 3º. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Del honorable Representante a la Cámara,

JOSE LUIS CORREA LÓPEZ
Representante a la Cámara

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. HOSPITAL UNIVERSITARIO

Un hospital universitario es un hospital dedicado a la asistencia, docencia e investigación médica. Lo que lo diferencia de otros hospitales es su vinculación y compromiso con las funciones esenciales de la universidad: docencia, investigación y extensión. En tal virtud, un Hospital Universitario es un hospital en el que trabajan profesionales de la salud titulados y estudiantes de medicina. Un hospital universitario está vinculado, por convenio, a una universidad. Los estudiantes hacen sus prácticas en el Hospital Universitario con pacientes reales. La enseñanza va desde la medicina general a la medicina especializada, las profesiones paramédicas y los investigadores en ciencias.


Allí se debe generar conocimiento mediante la investigación y la experiencia práctica de todos los días. Pero lo más importante es que allí los pacientes encuentren la excelencia en la atención médica. Así se conjugan las tres características esenciales del hospital universitario moderno: docencia, investigación y servicio.

Lo que constituye la esencia de un hospital universitario es que su cuerpo médico y científico esté conformado por profesores. Un buen ejemplo es el Hospital Johns Hopkins de Baltimore, Estados Unidos, que es considerado el hospital universitario por excelencia, pues fue allí donde nacieron las residencias para las especializaciones médicas.

El Modelo Académico de Hospital Universitario es un arquetipo de relación funcional entre entidades o escuelas universitarias (Departamentos, Facultades, etc.) de salud y una institución hospitalaria, en el marco de las regulaciones legales actuales. Las instituciones formadoras de talento humano en salud, públicas y privadas, son complejas y altamente estructuradas en términos de sus programas, organización y formas de gobierno. A su vez, los hospitales son instituciones complejas en cuyo ámbito se articulan procesos, administración y recursos para generar servicios y productos orientados a la recuperación de la salud de aquellos que enferman y realizar un conjunto de actividades de prevención y promoción de la salud, no sólo como se entienden en el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS sino también como un modelo de atención generador de salud. Por tanto, cada uno de estos dos tipos de instituciones tiene fines y campos de acción propios. Pero, al tiempo, para lograr su misión deben contar con ámbitos y escenarios de articulación, en el marco del SGSSS y del sistema educativo.


<p>El modelo académico da al hospital su carácter universitario. Por ello, en las condiciones del SGSSS, la organización y estructura organizativa del Hospital Universitario (HU) ha sido concebida desde la misión institucional, conjugando: - Papel social y cultural de la academia-institución de educación superior y modelo de negocios del HU, en condiciones de mercado - Servicios típicamente asistenciales y función académica: docencia, investigación y extensión¹.</p> <p>1. HOSPITAL UNIVERSITARIO EN COLOMBIA</p> <p>En el antiguo Sistema Nacional de Salud-SNS la figura del Hospital Universitario era plenamente reconocida, en términos reales y legales, como centro de máxima tecnología y cabeza de una región. Con la Ley 100 de 1993 desapareció la figura legal del Hospital Universitario y se requirieron 14 años de transformación, de crisis y avances de los hospitales, para recuperar el marco legal que regula de manera específica aquel tipo de instituciones. La Ley define el Hospital Universitario como una institución habilitada y acreditada, de enseñanza y práctica, con funciones de formación, investigación y extensión, que cuenta con convenios docencia-servicio y opera como un centro de referencia para redes de servicios.</p> <p>La Ley 1438 de 2011 en su Artículo 100, estableció los requisitos que debe cumplir un hospital para poder denominarse universitario a partir del primero de enero de 2016. Entre ellos se destaca el que no sólo debe estar habilitado sino también acreditado de acuerdo con el Sistema de Garantía de Calidad. Igualmente, la Resolución 03409 de 2012 proferida por el Ministerio de Salud y Protección Social, define cuales son los documentos que se deben presentar ante la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, para acreditar los requisitos exigidos en dicha ley.</p> <p>Vale la pena recordar que en Colombia existen 10.231 instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privadas y mixtas; de las cuales 26 se encuentran acreditadas y un total a nivel nacional de 956 Empresas Sociales del Estado, de las cuales solo 9 están acreditadas², lo que ello implica, entre otras</p> <p>¹ www.bdigital.edu.co- Modelo Académico de Hospital Universitario, Universidad Nacional, Sede Bogotá D.C., Facultad de Medicina, Director Carlos A. Agudelo, ISP Proyecto Hospital Universitario, 2008.</p> <p>² Registro de prestadores de servicios de salud – Ministerio de Salud y Protección Social – consulta realizada el 06 de julio de 2016.</p>	<p>cosas, demostrar niveles superiores de calidad y garantizar una mayor seguridad en los procesos de atención a los pacientes, que le permita formar a sus médicos y especialistas con los más altos estándares, tecnología avanzada y disponiendo de los recursos necesarios para realizar investigación y generar conocimiento.</p> <p>El paradigma de hospital universitario en el imaginario colombiano es el desaparecido Hospital San Juan de Dios de Bogotá, porque en él se formaron generaciones de médicos y constituyó la verdadera escuela médica nacional. Sin embargo, debe recalcar también la importancia del Hospital San Vicente de Paúl de Medellín, pionero, entre otras cosas, de los trasplantes de órganos en nuestro medio y de algunas técnicas quirúrgicas a nivel mundial.³</p> <p>En Colombia hay instituciones que son dignas exponentes del hospital universitario moderno, entre ellas se pueden mencionar: el Hospital Universitario de la Fundación Santa Fe de Bogotá, los hospitales San Ignacio y San José en Bogotá, el Evaristo García, la Fundación Valle del Lili en Cali y el San Vicente de Paúl de Medellín.</p> <p>2. E.S.E. CENTRO DERMATOLOGICO “FEDERICO LLERAS ACOSTA”</p> <p>La misión de la E.S.E. Centro Dermatológico “Federico Lleras Acosta”, es “Brindar, con calidad humana y seguridad, servicios especializados en dermatología, realizar formación, educación e investigación en las áreas de su competencia, asesorar al Gobierno Nacional en la planeación y ejecución de estrategias para la promoción de la salud, la prevención y el control de las patologías cutáneas, en el marco de la responsabilidad social. Asimismo, su visión es la de ser líder en servicios asistenciales como modelo público de excelencia y con proyección a nivel internacional, busca formar integralmente talento humano de alto nivel científico, generador de conocimiento, para contribuir a la promoción, prevención y recuperación de la salud cutánea, en procura de mejorar la calidad de vida del ser humano.</p> <p>El Centro Dermatológico “Federico Lleras Acosta” se remonta a su creación desde el 16 de agosto de 1934, emergiendo primero como el Laboratorio Central de Investigaciones de la Lepra, bajo la dirección del Profesor Federico Lleras Acosta. En el año de 1938 se inaugura como Instituto de Investigación Médica. En 1960 se crea el Instituto Nacional de Salud y se incorpora al mismo el Instituto Federico</p> <p>³ Universidad.edu.co, El Observatorio de la Universidad Colombiana, Los Hospitales Universitarios, Roberto Esguerra Gutierrez, El espectador, Disponible en internet.</p>
<p>Lleras Acosta, incoándose su transformación de la Entidad en Instituto de Dermatología. En 1964 en la Ley General de Presupuesto, se cambia la denominación de la Institución por la de Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta⁴.</p> <p>Mediante convenio firmado en el año 1978 entre el Ministerio de Salud y el Hospital Santa Clara, este hospital empieza a administrar el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta. El 31 de diciembre de 1984 se pone fin al convenio entre el Hospital Santa Clara y el Ministerio de Salud. La Ley 10 de 1990 incorpora al Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, a la administración central del Ministerio de Salud. En agosto de 1993 mediante el artículo 36 de la Ley 60, el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta se organiza como Unidad Administrativa Especial adscrita al Ministerio de Salud, sin personería jurídica, con autonomía administrativa y patrimonio propio.</p> <p>Mediante el Decreto 1257 de 1994, se transforma la Unidad Administrativa Especial Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta en Empresa Social del Estado del orden Nacional, el Decreto dispone que el Centro es una entidad consultiva del Ministerio de Salud, cuyo objetivo fundamental es prestar asistencia médica, propiciar y contribuir con la docencia en el campo de su competencia y realizar investigación científica en patologías dermatológicas con énfasis en lepra, leishmaniasis y otras enfermedades tropicales.</p> <p>Después de sesenta años de dependencia, el Instituto se abre a una gestión propia, con el reto de liderar, rediseñar y poner en marcha procesos administrativos, financieros, asistenciales y de formación integral del talento humano. Se confía sin vacilación en que en la mentalidad de cada persona está la fuerza para el cambio, que ella puede gestar su propia realización, que es posible servir, aportar al conocimiento y participar creativamente en medio del cambio y la incertidumbre. Las herramientas para alcanzar los cometidos, son la Plataforma Estratégica, el Manual de Funciones por cargo, el Plan de Gestión Institucional y el Plan Operativo Anual por dependencias. A la vez, se establece un sistema tarifario, se inicia el proceso de facturación, se profesionaliza el personal y se humaniza su accionar. También se vinculan empresas especializadas en los servicios de vigilancia, manejo de desechos hospitalarios, mantenimiento y aseo. Se sensibiliza al personal para la adopción del Sistema de Control Interno como un mecanismo de autocontrol y mejora de los procesos.</p> <p>⁴ http://www.dermatologia.gov.co/el_instituto/resena_historica</p>	<p>Con una visión arquitectónica que armoniza la funcionalidad, la estética y la conservación del patrimonio, se comienza la reconstrucción de la planta física, el equipamiento tecnológico y se inicia la sistematización y automatización de los procesos. Se dan los primeros pasos para la reestructuración de planes y programas de formación a nivel de pre y postgrado, buscando educar al estudiante con una nueva concepción de su entorno y de su compromiso con la sociedad, que junto con la escuela de líderes, forman los pilares del Proyecto Pedagógico Institucional. Igualmente se pone en ejecución el plan de desarrollo del área de investigación dermatológica iniciándose el fomento de la capacidad investigativa, base para la generación de una nueva cultura.</p> <p>Se consolida en la práctica un modelo de Empresa Social del Estado viable a través de una gestión reconocida por la comunidad en general y por diferentes instancias. En el año 2000 se realiza el primer ejercicio pedagógico de evaluación institucional general utilizando la metodología del Premio Calidad Salud Colombia obteniéndose una Mención de Reconocimiento. También en este año se obtiene Mención de Honor del Banco de Éxitos de la Presidencia de la República – Registro de Experiencias Exitosas al “Proyecto de Modernización del Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta – E.S.E”. En el año 2001 se obtiene: - la Categoría Bronce en el Premio Calidad Salud Colombia 2001 y un - Reconocimiento al Aporte Científico de City TV y El Tiempo. En el año 2002 se recibe Mención de Honor del Banco de Éxitos de la Presidencia de la República – Registro de Experiencias Exitosas por el “Sistema de Información y Atención al Usuario una Herramienta de Gestión”.</p> <p>Se realiza el alineamiento e integración del Plan de Desarrollo Administrativo Sectorial, el Plan indicativo del DNP (Sinergia) y el Plan Maestro (Plan Operativo Anual por Áreas y Funcionarios -POA). Se lleva a cabo un análisis del entorno económico, social, político, jurídico y administrativo, como base para la formulación del Plan Quinquenal de Desarrollo. Se implantan la Gerencia por Procesos y la Gerencia por Proyectos y se intensifican las acciones de Mercadeo Externo.</p> <p>En el año de 2005 la E.S.E: Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, reafirma su compromiso con la calidad de vida y con la ciencia, obteniendo la certificación ISO 9000: versión 2000 del Sistema de Gestión de la Calidad, se afianzaron las estrategias del programa en “En Pro de la Caricia” por medio de una emisión semanal del Magazín TV “Escrito en la Piel” y se dio Inicio al proyecto Simbad el Marino por los Siete Mares de la Piel. El grupo de Dermatología tropical fue reconocido como grupo de investigación por COLCIENCIAS. Por segundo año consecutivo obtuvieron la calificación A11 De la auditoría integral de la Contraloría</p>

<p>General de la Republica. Un año después obtuvieron el reconocimiento a sus dos grupos de investigación por Colciencias. Así se dio inicio al proceso de autoacreditación y acreditación en estándares para servicios ambulatorios.</p> <p>Para continuar con el proceso de Calidad, el Instituto presentó su autoevaluación ante el ICONTEC para obtener la Acreditación a sus servicios Ambulatorios. Los resultados no se hicieron esperar y en enero de 2005 el Instituto se convirtió en la primera IPS Ambulatoria del País que recibe dicha distinción. Se obtuvo la recertificación ISO 9001:2000 durante el mes de mayo.</p> <p>Durante el segundo semestre del año 2005, el Centro Dermatológico recibe la visita del International Society Quality ISQUA en Health Care Inc. como parte del proceso de acreditación del Instituto Colombiano de Normas Técnicas ICONTEC.</p> <p>En el 2009 se da la apertura universitaria ingresando con convenios docencia-servicio la Universidad CES, la Universidad Nacional y la Universidad del Rosario, y se fortalecen las relaciones con la Universidad Militar Nueva Granada, la Fundación Ciencias de la Salud, y el Colegio Mayor de Cundinamarca. El programa de postgrado en dermatología se retoma en asocio con la Universidad CES de Medellín, a partir de agosto, y en octubre se seleccionan los primeros dos residentes, entre casi 100 aspirantes que se presentaron a la convocatoria.</p> <p>El Presidente de la República expidió, con fecha 18 de enero de 2010, los decretos 071 y 072 que aprueban la reestructuración de la planta de personal y la modificación de la estructura orgánica del Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta. Estos Decretos modernizan y simplifican la estructura, y la armonizan con la actual del Estado, facilitando la gobernabilidad y la contratación de un mayor número de dermatólogos para las áreas misionales.</p> <p>En el año 2010 el Ministerio de Educación Nacional realiza dos visitas de inspección a la Institución, durante la vigencia, como campo de práctica de residentes en dermatología, pregrado y otras especialidades, generándose concepto de favorabilidad educativa y el otorgamiento de 42 cupos para docentes, según la capacidad instalada. De igual forma se aprueba el desarrollo de un programa de postgrado en el Centro, en asocio a la Fundación Universitaria Sanitas. La Institución ocupó el puesto 17, entre un total de 161 entidades públicas encuestadas por el Departamento Nacional de Estadísticas y el primer puesto en el sector salud, en lo referente a "Ambiente Institucional". Por su parte en "Desempeño Institucional" ocupa el puesto 15, y el primer puesto en el sector salud. Esta "Encuesta sobre Ambiente y Desempeño Institucional" mide la percepción de los trabajadores del</p>	<p>sector público, en temas como: credibilidad en las políticas, suficiencia de recursos y previsibilidad, gestión de resultados y prácticas irregulares.</p> <p>El INVIMA mediante Resolución No. 39456, del 1 de diciembre de 2010, otorgó la certificación en Buenas Prácticas Clínicas (Good Clinical Practices - GPCs) al Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta ESE, en el marco de la resolución 2378 de 2008 del Ministerio de la Protección Social, siendo la segunda entidad en salud en recibir tal certificación y la primera del sector estatal colombiano.</p> <p>La Junta de Acreditación en Salud en su sesión del 31 de enero de 2012, ratificada por el Consejo Directivo del ICONTEC, una vez analizado el informe de visita de evaluación de otorgamiento para el segundo ciclo de acreditación y con base en lo establecido en el Decreto 1011 y la Resolución 1445 del 2006, aprueba mantener la categoría de Institución Acreditada a la E.S.E. Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social, mediante resolución No. 258 de 2012, autoriza al Centro para el retiro de prótesis o implantes mamarios tipo PIP (poly implant prothese). El servicio es totalmente gratuito para la ciudadanía.</p> <p>El Centro se ubicó en el puesto sexto (6º) del total de entidades públicas del nivel nacional, que son 295, con la mejor calificación en el informe de control interno contable, 2012, según la Contaduría General de la Nación.</p> <p>El 16 de agosto de 2014 cumplió la Institución ochenta años de servicio a la comunidad y la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, conformada por los Ministerios de Salud y Protección Social y de Educación Nacional, según el Acuerdo No. 00267 del 25 julio de 2014, otorgan a la E.S.E. Centro Dermatológico "Federico Lleras Acosta" el galardón de Hospital Universitario, luego de cumplidos los requisitos exigidos por la Ley 1438 de 2011. De tal manera, el Hospital Dermatológico se convierte así en la primera IPS pública en alcanzar esta certificación académico-asistencial y en la cuarta entidad sanitaria en el país, luego de la Fundación Cardiovascular de Colombia (Bucaramanga), Fundación Santa Fe (Bogotá) Hospital Pablo Tobón Uribe (Medellín), Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt y la Fundación Cardio Infantil, por lo que la Junta Directiva del Centro decide por unanimidad autorizar a la Dirección General adelantar los trámites necesarios para cambiar la denominación del Centro en "Hospital Universitario Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta E.S.E."</p>
<p>Para que una IPS, como la E.S.E. Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, sea distinguida como hospital universitario debe contar como mínimo con la acreditación en salud que otorga el Ministerio de Salud y Protección Social, ser reconocida por Colciencias como generadora de investigación y conocimiento y estar certificada como campo de práctica por el Ministerio de Educación Nacional. Luego de una extensa jornada de auditoría, por parte del certificador SGS Internacional, se otorga la recertificación en las normas técnicas ISO 9001, NTC GP 1000 e ISO 14001</p> <p>En noviembre de 2015, la Junta de Acreditación en Salud de ICONTEC aprobó a la Organización mantener la categoría de Institución Acreditada, con lo cual se demuestra la madurez en la cultura de calidad y de excelencia en la prestación de servicios que han sido fruto de más de 80 años de existencia, cuidando la piel de los colombianos.</p> <p>El nuevo Plan de Gestión fue aprobado por la Junta Directiva para la vigencia 2015 - 2018 y presentado a la Organización en el mes de diciembre de 2015, con este plan se busca lograr ser reconocidos como: Centro de Investigación por COLCIENCIAS, Galardón de Hospital Seguro que otorga la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas - ACHC - y ser Centro de Referencia Nacional en Tele-dermatología. El Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta se proyecta para el año 2020 como una institución reconocida a nivel internacional en materia de patología cutánea</p> <p>De otra parte, en el mes de septiembre de 2015 la actual dirección del Centro dermatológico, solicitó al Ministerio de Salud y Protección Social el cambio de denominación conforme lo determinado en el Acuerdo No. 00267 de 2014 antes mencionado y conforme lo acordado en la sesión del día 19 de junio de 2015, para que se adelantara los trámites correspondientes a la modificación del Decreto 1257 de 1994 "Por el cual se transforma la Unidad Administrativa Especial Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta en Empresa Social del Estado del orden Nacional" el cual se debe denominar "Hospital Universitario Centro Dermatológico "Federico Lleras Acosta" E.S.E.</p> <p>En tal virtud, la Directora de asuntos normativos de la Dirección Jurídica del Ministerio de Salud, con fecha 21-01-2016, expresa lo siguiente:</p> <p>"En atención a su comunicación, mediante la cual solicita a este Ministerio adelantar los trámites correspondientes para llevar a cabo la modificación del Decreto 1257 de 1994 , "Por el cual se transforma la Unidad Administrativa</p>	<p><i>Especial Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta en Empresa Social del Estado del orden nacional"</i> con el fin de denominar a esta entidad como "Hospital Universitario Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta en Empresa Social del Estado", nos permitimos señalar:</p> <p>Una vez analizado el requerimiento realizado y revisado el Acuerdo número 267 de 2014 emitido por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, mediante el cual se otorgó reconocimiento como hospital universitario a E.S.E. Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta por el termino de siete años, esta Dirección encuentra que para llevar a cabo el cambio de denominación. este deberá realizarse a través de una ley de iniciativa gubernamental, toda vez que el Decreto 1257 de 1994 fue expedido en ejercicio de las facultades extraordinarias de que trata el numeral 8 del artículo 248 de la Ley 100 de 1993, que revistió al Presidente de la Republica de precisas facultades extraordinarias por el termino de seis (6) meses</p> <p>En ese orden, es importante recordar que los decretos ley o extraordinarios, como su nombre lo indica tienen fuerza material de ley por tanto solo mediante nuevas facultades extraordinarias otorgadas por el Congreso de la Republica al Ejecutivo o directamente mediante una ley podría en el caso que nos ocupa. Modificarse la denominación de esa ESE., previo cumplimiento de los requisitos y condiciones previstos tanto por la ley como por la Honorable Corte Constitucional para este tipo de actuaciones, por lo que a manera de ejemplo citamos lo señalado en Sentencia numero C-889 del año 2006. M.P Manuel José Cepeda Espinosa:</p> <p>De conformidad con lo que establece el numeral 7 del artículo 150 de la Constitución le corresponde al Congreso de la Republica "determinar la estructura de la administración nacional y crear, suprimir o fusionar ministerios, departamentos administrativos, Superintendencias, establecimientos públicos y otras entidades del orden nacional, señalando sus objetivos y estructura orgánica; reglamentar la creación y funcionamiento de las Corporaciones Autónomas Regionales dentro de un régimen de autonomía: así mismo, crear o autorizar la constitución de empresas industriales y comerciales del estado y sociedades de economía mixta ". Para el ejercicio de esta potestad. Según lo que señala el inciso segundo del artículo 154 de la Carta, <u>el Legislador debe contar con la iniciativa gubernamental para expedir o reformar las leyes referentes a la estructura de la administración nacional.</u> (Subrayado fuera de texto)</p> <p>(...)</p>

<p>En cuanto a la función de determinar la estructura de la administración nacional la Corte ha considerado que esta no se agota con la creación de los organismos que la integran "sino que comprende proyecciones mucho más comprensivas que tienen que ver con el señalamiento de la estructura orgánica de cada uno de ellos. la precisión de sus objetivos sus funciones generales y la vinculación con otros organismos para fines del control", así como también "regular los asuntos relacionados con el régimen jurídico de los trabajadores, con la contratación y con las materias de índole presupuestal y tributario, entre otras" Igualmente, en desarrollo de esta misma función el Congreso también se encuentra habilitado para fijar las características de los órganos creados esto es para establecer "la independencia administrativa, técnica y patrimonial de ciertas agendas estatales con o sin personería jurídica, para modificar sus características y aún para suprimirlas (...)(Resaltado fuera del texto)</p> <p>Ahora bien, respecto a la temporalidad de las facultades extraordinarias, la doctrina y la jurisprudencia de la Corte Constitucional han sido enfáticas en sostener la tesis "de que si el Gobierno agota las facultades otorgadas pierde la competencia para retomar la materia así el termino de las facultades se encuentre vivo".</p> <p>De otro lado, no debe perderse de vista que la norma general es que la denominación de una entidad administrativa como la que nos ocupa debe ser definida por ley, como parte de su estructura orgánica, conforme a lo previsto en el artículo 50 de la Ley 489 de 1998 que establece:</p> <p>-ARTICULO 50. CONTENIDO DE LOS ACTOS DE CREACION. La ley que disponga la creación de un organismo o entidad administrativa deberá determinar sus objetivos y estructura orgánica así mismo determinará el soporte presupuestal de conformidad con los lineamientos fiscales del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.</p> <p>La estructura orgánica de un organismo o entidad administrativa comprende la determinación de los siguientes aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La denominación. 2. La naturaleza jurídica y el consiguiente régimen jurídico. 3. La sede 4. La integración de su patrimonio. 	<ol style="list-style-type: none"> 5. El señalamiento de los órganos superiores de dirección y administración y la forma de integración y de designación de sus titulares. y 6. El Ministerio o el Departamento Administrativo al cual estarán adscritos o vinculados. <p>Así las cosas, aunque el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta ESE hoy ostenta el reconocimiento como hospital universitario, por el cumplimiento de los requisitos definidos en el artículo 100 de la Ley 1438 de 2011, no es viable jurídicamente que vía decreto ordinario se modifique el Decreto 1257 de 2014 en lo relacionado con el cambio de denominación".</p> <p>Por las anteriores razones, es que se hace necesario realizar el cambio de denominación del Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta por Hospital Universitario Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, a través de una ley y como reconocimiento a la excelsa labor en investigación y docencia que ha venido realizando dicha Institución, la cual hoy día es centro de referencia a nivel nacional en dermatología.</p> <p>Del honorable Representante a la Cámara,</p>  <p>JOSÉ LUIS CORREA LÓPEZ Representante a la Cámara</p>
---	---

PROYECTO DE LEY NÚMERO 073 DE 2020 CÁMARA

por medio del cual se modifican los artículos 194 y 195 de la Ley 100 de 1993.

<p style="text-align: center;">PROYECTO DE LEY No. _____ DE 2020 CAMARA</p> <p style="text-align: center;">"Por medio del cual se modifican los artículos 194 y 195 de la ley 100 de 1993"</p> <p style="text-align: center;">El Congreso de la República de Colombia</p> <p style="text-align: center;">DECRETA:</p> <p>Artículo 1. Objeto. La presente ley tiene por objeto modificar el pago de las nóminas de los servidores públicos, que prestan sus servicios en las Empresas Sociales del Estado E.S.E., del nivel Nacional, territorial y Distrital.</p> <p>Parágrafo: Entiéndase por servidores públicos, los trabajadores que laboran en las E.S.E, en carrera administrativa, provisionales, de libre nombramiento y remoción, los de periodo fijo y los trabajadores oficiales y en los diferentes niveles tanto en la parte asistencial y administrativa.</p> <p>Artículo 2. Adiciónese un parágrafo al artículo 194 de la ley 100 de 1993, el cual quedará así:</p> <p>Parágrafo: Para efecto del salario y prestaciones de los servidores públicos, que prestan sus servicios en las Empresas Sociales del Estado – E.S.E, seguirán a cargo del Estado, en los niveles Nacional, territorial y Distrital.</p> <p>Artículo 3. Modifíquese el numeral 5 del Artículo 195 de la ley 100 de 1993, el cual quedará así:</p> <p>ARTÍCULO 195. RÉGIMEN JURÍDICO. Las Empresas Sociales de Salud se someterán al siguiente régimen jurídico: (...)</p> <p>5. Las personas vinculadas a la empresa tendrán el carácter de empleados públicos y trabajadores oficiales, conforme a las reglas del Capítulo IV de la Ley 10 de 1990, el pago de sus salarios y prestaciones sociales, estarán a cargo del Estado, en el nivel Nacional, territorial y Distrital.</p> <p>Artículo 4. Para efectos de la presente ley, el Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, establecerán en un plazo de seis (6) meses, la reglamentación respectiva, para</p>	<p>determinar la forma en que asumirán el pago de las nóminas de las Empresas Sociales del Estado. E.S.E., a Nivel nacional, territorial y Distrital, de acuerdo a sus competencias.</p> <p>Artículo 5. Vigencia. La presente ley rige a partir de su expedición y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.</p> <p>De los Honorables Congresistas,</p>  <p>JOSÉ LUIS CORREA LOPEZ Representante a la Cámara</p>
--	--

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Aspectos generales de la ley 100 de 1993, en sus artículos 194 y 195.

ARTÍCULO 194. NATURALEZA. La prestación de servicios de salud en forma directa por la nación o por las entidades territoriales, se hará principalmente a través de las Empresas Sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas o concejos, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en este capítulo.

ARTÍCULO 195. RÉGIMEN JURÍDICO. Las Empresas Sociales de Salud se someterán al siguiente régimen jurídico:

1. El nombre deberá mencionar siempre la expresión "Empresa Social del Estado".
2. El objeto debe ser la prestación de los servicios de salud, como servicio público a cargo del Estado o como parte del servicio público de seguridad social.
3. La junta o consejo directivo estará integrada de la misma forma dispuesta en el artículo 19 de la Ley 10 de 1990.
4. El director o representante legal será designado según lo dispone el artículo 192 de la presente Ley.
5. Las personas vinculadas a la empresa tendrán el carácter de empleados públicos y trabajadores oficiales, conforme a las reglas del Capítulo IV de la Ley 10 de 1990.
6. En materia contractual se regirá por el derecho privado, pero podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto general de contratación de la administración pública.
7. El régimen presupuestal será el que se prevea, en función de su especialidad, en la ley orgánica de presupuesto, de forma que se adopte un régimen de presupuestación con base en el sistema de reembolso contra prestación de servicios, en los términos previstos en la presente ley.
8. Por tratarse de una entidad pública podrá recibir transferencias directas de los presupuestos de la Nación o de las entidades territoriales.
9. Para efectos de tributos nacionales se someterán al régimen previsto para los establecimientos públicos.

Las Empresas Sociales del Estado - ESE

El régimen y naturaleza jurídica de las Empresas Sociales del Estado se encuentra determinado por la Ley 100 de 1993, "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones", en sus artículos 194 a 197,

señalando que su objeto es el de prestar servicios de salud, como servicio público de la seguridad social.

Dicha ley represento el principal marco legal de la forma como se pagan los salarios y las prestaciones laborales de los servidores públicos (empleados públicos y trabajadores oficiales), en las Empresas Sociales del Estado – E.S.E, a nivel del nivel nacional y territorial. Marco que ha llevado a que los Servidores públicos, se consideren como tales en los Deberes, prohibiciones e inhabilidades, pero no en la forma como reciben por parte del Estado en sus Derechos en materia de Salarios y prestaciones Sociales.

Conforme a lo establece el Artículo 194 de la ley 100 de 1993, las Empresas Sociales del Estado son una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa. Esto trae como consecuencia, que los Hospitales Públicos pierden su Naturaleza de ser entes Estatales y se convierten en Empresas, que deben adquirir sus recursos con la venta de Servicios de la Salud.

Así mismo en el Artículo 195 de la Ley 100 de 1993, se establece el Régimen Jurídico de las Empresas Sociales del Estado, ocasionando que los Trabajadores de la Salud de las E.S.E, en la actualidad no reciban los salarios y prestaciones sociales por parte del Estado, como cualquier otro servidor público, originando una grave desigualdad social:

1.- Los Salarios y prestaciones sociales, dependen de los vaivenes del mercado imperfecto, si recibimos ingresos por la prestación de servicios de la Salud y todas las coyunturas que esto significa, estos emolumentos a los servidores públicos no tienen tropiezos, pero en la realidad no es así, todos sabemos de la grave crisis que atraviesa el sector Salud y un componente grave en esta crisis en la afectación en los pagos con oportunidad, como cualquier otro servidor públicos de los salarios y prestaciones.

2.- Impedimento para la formalización del empleo, como lo establece la jurisprudencia de la Corte Constitucional, el las Sentencias C-614 de 2006 y C-171 de 2011. Con la consecuencia de que el Sector Salud Estatal, es el más tercerizado.

Favorabilidad de que el estado asuma las nóminas de los servidores públicos de las Empresas Sociales del Estado – E.S.E.

Consideramos que si hay la voluntad política por parte del congreso de la Republica de reformar parcialmente en el Artículo 194 y 195 entre otros de la Ley 100 de 1993, sería favorable por los siguientes aspectos:

- 1.- Se subsanaría una grave injusticia social, que con la promulgación de la Ley 100 de 1993, no se analizó en el profundo impacto, que esa categoría especial en la cual se ubicó a las Empresas Sociales del Estado – E.S.E, tendría sobre el Talento Humano, que presta sus servicios, en dichas entidades Estatales.
- 2.- Permitiría que el talento humano en Salud se formalice y se tenga un trabajo digno y decente con una mayor estabilidad laboral y condiciones salariales y prestacionales, iguales al resto de los servidores públicos.
- 3.- Se aliviaría la carga fiscal y presupuestal en las Empresas Sociales del Estado – E.S.E, dando como resultado que se tendría mayores recursos para atender a la población más necesitada y vulnerable.
- 4.- Participar como estado de acuerdo a la Constitución y la ley en el servicio de Salud, como un servicio a cargo del estado.

De conformidad con la normatividad constitucional y legal, la jurisprudencia de la Corte Constitucional y la ley Estatutaria en Salud, Ley 1751 de 2015- Artículo 18. Respeto a la dignidad de los profesionales y trabajadores de la salud. Los trabajadores, y en general el talento humano en salud, estarán amparados por condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos, de acuerdo con las necesidades institucionales. Negrilla fuera de texto.

El proyecto de ley se somete a consideración del Congreso de la República tiene como finalidad solicitar, se promulgue una ley, que permita asumir por parte del Estado, el pago de los salarios y prestaciones sociales de los servidores públicos de las Empresas Sociales del Estado E.S.E del nivel nacional y territorio.

MINISTERIO DE SALUD

Número de trabajadores estimado de talento humano en salud

De acuerdo con la información suministrada por el Ministerio de salud se identifica que las personas profesionales y especialistas para el año 2018 son el 47% y el

52% son Auxiliares ,Técnicos y Tecnólogos, estas cifras hacen parte las Empresas del Sector Privado y Público.

Profesionales	337.962
Auxiliares	343.430
Tecnólogos	35.288
Técnicos Profesionales	775

Figura 1 Fuente: Dirección del Desarrollo Talento Humano Minsalud

Nivel	Perfil	Numero	Proporcion
Auxiliar	auxiliar administrativo en salud.	7.469	2,17%
	auxiliar enfermería.	273.359	79,67%
	auxiliar en salud oral.	32.546	9,49%
	auxiliar en salud pública.	24.50	0,71%
	auxiliar en servicios farmacéuticos.	27.607	8,04%
Técnico Profesional	Técnico profesión prehospitalaria.	624	0,18%
	Técnico prof. en citohistología.	151	0,04%
	Tecnología en atención prehospitalaria.	2.488	0,72%
	Tecnología en citohistología.	1.366	0,39%
	Tecnología en manejo de fuentes abiertas.	41	0,01%
	Análisis diagnósticos y terapéuticos.	3.836	10,87%
Tecnólogo	Tecnología en radiología e imágenes diagnósticas.	27.385	7,95%
	Tecnología en gerencia de farmacia.	174	0,05%
	Tecnología en radioterapia.	23.274	6,89%
	Bacteriología	66.095	19,59%
	Enfermería	33.029	9,79%
	Fisiología	12.076	3,57%
	Fonaudiología	11.099	3,28%
	Instrumentación quirúrgica	106.494	31,11%
	Medicina	6.500	1,92%
	Nutrición dietética	50.707	15,00%
	Optometría	3.830	1,12%
	Terapia respiratoria	7.227	2,16%
	Química Farmacéutica	7.903	2,32%
Profesional			

Tabla:1Fuente: Dirección de Desarrollo Talento Humano, Min salud

Clasificación del recurso humano provisto en planta de personal a 31 de diciembre de 2018 por nivel atención de las Empresas Sociales del Estado.

En relación con las Empresas Sociales del Estado -ESE teniendo como fuente la información reportada por las mismas, validada y presentada por las Direcciones Territoriales de Salud al Ministerio de Salud y protección Social conforme al Decreto 2193 de 2004 ,compilado en la sección 2,capítulo 8,Título 3,parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016-Decreto Único Reglamentario del sector salud y Protección Social ,el número de cargos ocupados en planta de personal a 31 de diciembre de 2018 y corresponden a 46.567 cargos.

Tipo de clasificación/Nivel	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Total
Inscritos en carrera	6.829	4.146	4.067	15.042
Nombramiento periodo de prueba	17	22	0	39
Nombramiento provisional	7.704	3.442	3.614	14.760
Libre Nombramiento	1.840	524	298	2.662
Periodo fijo	1.135	218	106	1.459
Planta Temporal	1.633	934	2.464	5.031
Servicio Social Obligatorio	2.873	537	171	3.581
Trabajador Oficial	2.277	977	739	3.993

Tabla 5 Fuente: información reportada por 928 empresas sociales del estado Min salud

Por otro lado, los vacantes en las plantas de personal de las Empresas Sociales del Estado existentes, depende de la información reportada del número de cargos aprobados por la Junta Directiva en el plan de cargos de personal y el número de cargos provistos(ocupados) a 31 de Diciembre de 2018 por parte de las Empresas Sociales,teniendo como fuente la información reportada por las mismas, validada y presentada por las Direcciones Territoriales de Salud al Ministerio de salud y Protección Social conforme al Decreto 2193 de 2004, compilado en la sección 2,capítulo 8,Título 3,Parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016-Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social ,el número de vacantes en planta de personal a 31 de Diciembre de 2018 corresponden a 8.057 cargos, tan y como se evidenciará a continuación:

Tipo de clasificación	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Total
Inscritos en Carrera	1.006	680	1.630	3.316
Nombramiento Periodo	7	31	0	38

de Prueba				
Nombramiento provisional	861	752	901	2.514
Libre Nombramiento	143	31	22	196
Periodo Fijo	24	9	15	48
Planta Temporal	178	48	388	614
Servicio Social obligatorio	381	86	111	578
Trabajador Oficial	293	109	351	753
Total General	2.893	1.746	3.418	8.057

MINISTERIO DEL TRABAJO

Según información suministrada por el Ministerio del Trabajo, los ocupados en actividades relacionadas con la salud por posición ocupacional, 2018, son las siguientes:

Posición ocupacional	Total
Obrero o empleado de empresas privadas	453,465
Obrero o empleado del gobierno	44,447
Trabajador por cuenta propia	161,656
Patrón o empleador	10,898
Otros	1, 529
Total ocupados actividad relacionada con la salud	671,994

Fuente: GEIH - DANE. Calculos SAMPL - DGPEFSF - Min Trabajo

Es pertinente clarificar que el número de empleados del gobierno en actividades relacionadas con la salud, es irrisorio en comparación con los de las empresas privadas, en gran parte porque las ESE no se encuentran en situación de competitividad por no contar con los recursos financieros suficientes para inversión en equipos, tecnología e infraestructura.

MARCO JURÍDICO

Las Empresas Sociales del Estado son una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley o por las asambleas o concejos, según el caso, encargadas de la prestación de servicios de salud en forma directa por la nación o por las entidades territoriales de conformidad con lo establecido en el artículo 194 de la ley 100 de 1993.

Su desarrollo legal se ha presentado a lo largo del tiempo en las siguientes disposiciones:

- Ley 10 de 1990 "Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones".
- Ley 100 de 1993 "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones".
- Ley 489 de 1998 "Por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, se expiden las disposiciones, principios y reglas generales para el ejercicio de las atribuciones previstas en los numerales 15 y 16 del artículo 189 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones", artículo 83.
- Ley 344 de 1996 "Por la cual se dictan normas tendientes a la racionalización del gasto público, se conceden unas facultades extraordinarias y se expiden otras disposiciones", artículo 21.
- Decreto 1750 de 2003 "Por el cual se escinde el Instituto de Seguros Sociales y se crean unas Empresas Sociales del Estado".
- Decreto 780 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social", artículo 2.5.3.8.4.2.1 y siguientes.
- Decreto 1427 de 2016 "Por medio del cual se reglamenta el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016 y se sustituyen las secciones 5 y 6 del Capítulo 8 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social".

En 1993, con el advenimiento de la ley 100 de 1993, en el artículo 195 y 196, la prestación de salud por parte de las entidades territoriales se realiza por medio de las Empresas Sociales del Estado, las cuales hacen parte del sector descentralizado por servicios en virtud de la ley 489 de 1998, es así que los trabajadores tienen el carácter de empleados públicos y trabajadores oficiales.

*"La regla general es que los empleos son de libre nombramiento y remoción o de carrera, por vía de excepción, establece que son trabajadores oficiales quienes desempeñen cargos no directivos o desempeñen labores relacionadas con el mantenimiento de la planta física hospitalaria o de servicios generales."*¹

Hay que recordar que la prestación de servicios de salud en forma directa por la Nación o por las entidades territoriales se hace, principalmente a través de las empresas sociales del Estado ,que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa ,creadas por la ley o por asambleas o concejos.²

	Forma de vinculación:
<ul style="list-style-type: none"> - El Gerente o Director y el Jefe de la Oficina de Control Interno de Gestión o quien haga sus veces - Empleos de especial confianza que tengan asignadas funciones de asesoría institucional, asistenciales o de apoyo, que estén al servicio directo del Director o Gerente de la Empresa, y -Administración y manejo directo de bienes, dineros y/o valores del Estado. 	De libre nombramiento y remoción
<ul style="list-style-type: none"> - Empleos que cumplen funciones apoyando a la gestión administrativa y financiera, - Apoyo a la gestión asistencial en salud, - Mantenimiento de planta física, industrial hospitalaria y de equipo biomédico y servicios generales, cuando éstos sean prestados por personal de planta 	De carrera

¹ Explicación naturaleza de servidores empresas sociales del estado. Ámbito jurídico. 26 de septiembre del 2016. Disponible en línea: <https://www.ambitojuridico.com/noticias/laboral/administracion-publica/explicacion-naturaleza-de-servidores-de-las-empresas-sociales>

² Explicación naturaleza de servidores empresas sociales del estado <https://www.ambitojuridico.com>

- Quienes cumplen funciones asistenciales en salud, de cualquier nivel jerárquico con excepción de los empleos clasificados en el nivel directivo, relacionados con la atención directa en salud a los pacientes en actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación	Servidores de la salud (nueva categoría de empleado público)
---	--

Es pertinente tener en cuenta la claridad que da el Concepto 67931 de 2015, efectuado por el Departamento Administrativo de la Función Pública:

*"De tal forma que la calidad de trabajador oficial no se da por la naturaleza del acto de vinculación, sino que además de tener en cuenta la entidad donde se presta el servicio, y la clase de actividad que desempeña el servidor, por tal razón, si un funcionario se vinculó a través de una relación legal y reglamentaria, pero las funciones y la categoría del empleo son propias del trabajador oficial, ésta será su calidad. Por el contrario, si la vinculación se hizo a través de una relación contractual, pero el cargo y las funciones desempeñadas son propias de las de un empleado público, ésta es su calidad, y no podrá tenerse en cuenta la categorización que se haya hecho a través de acuerdos o convenciones colectivas, en contravía de un ordenamiento legal"*³.

Así las cosas, el régimen laboral de los servidores públicos adscritos a las empresas sociales del Estado, es el previsto en la Ley 10 de 1990 de conformidad con lo establecido en el artículo 195 de la Ley 100 de 1993 que indica expresamente que *"las personas vinculadas a la empresa tendrán el carácter de empleados públicos y trabajadores oficiales, conforme a las reglas del Capítulo IV de la Ley 10 de 1990"*. De otra parte, el artículo 26 de la Ley 10 de 1990 señala, que la planta de personal de las empresas sociales del Estado estará conformada por funcionarios de carrera o de libre nombramiento y remoción, según el caso, a lo cual agrega en su parágrafo que *"son trabajadores oficiales, quienes desempeñen cargos no directivos destinados al mantenimiento de la planta física hospitalaria, o de servicios generales, en las mismas instituciones"*.

³ Concepto 67931 de 2015 Departamento Administrativo de la Función Pública. 23 de abril del 2015. Disponible en línea: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=62331>

Tal y como se esbozó con antelación, los servidores de las Empresas Sociales del Estado pueden ser empleados públicos o trabajadores oficiales, es así que se encuentran normas tales como:

- El Decreto 1011 de 2019, establece las escalas de asignación básica, que obedecen a los grados salariales según los niveles directivo, asesor, profesional, técnico y asistencial, junto con las respectivas primas aplicables.
- La ley 909 de 2004, artículo 46, modificado por el artículo 228 del Decreto 19 de 2012, en lo referente a la modificación de las plantas de personal del orden nacional o territorial.

No obstante, materialmente no siempre se vincula al personal salud con la categoría de trabajadores oficiales, como ocurrió en el caso estudiado por la Corte Suprema de Justicia, en la sentencia SL 9315 de 2016⁴, en dónde se vincula a un profesional de la salud a la Empresa Social del Estado - Hospital Municipal de Algeciras, el 20 de noviembre de 1999, como médico general y coordinador médico, esta vinculación que se efectuó inicialmente por órdenes de servicios y luego por medio de contrato de prestación de servicios con cooperativas de trabajo asociado CODECON y PROGRESA, hasta el 13 de agosto del año 2003. En primera instancia, El Juzgado Segundo Laboral del Circuito de Neiva, mediante fallo del 2 de julio de 2008, declaró que no existió contrato de trabajo entre las partes; en segunda instancia, la Sala Civil-Familia-Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Neiva en sentencia del 2 de junio de 2009, confirmó la decisión de primer grado y condenó en costas al demandante; y con posterioridad, el demandante acude al recurso extraordinario de casación en aras de revocar el fallo del tribunal, éste a pesar de que reconoció que existió efectivamente un contrato de trabajo a término indefinido "contrato realidad" en dónde se prestaban los servicios personales del médico a la E.S.E, no casó la sentencia debido escasez de material probatorio.

Por su parte, la sentencia 00799 de 2018 Consejo de Estado⁵, estudió el caso de un trabajador de la salud, Pablo Emilio Torres Garrido vinculado por medio de Contratos de prestación de servicio a la ESE Centro de Salud Santa Bárbara y el Municipio de Santa Bárbara – Santander. En esta oportunidad el demandante solicitó a la E.S.E y al Municipio de Santa Bárbara – Santander el reconocimiento y pago de las prestaciones sociales que consideraba tenía derecho, en virtud de los contratos y órdenes de prestación de servicios celebrados en el año entre el "7 de

⁴ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Laboral. SL9315-2016. http://www.cortesuprema.gov.co/corte/wp-content/uploads/relatorias/la_hsen2016/SL_9315-2016.pdf
⁵ Consejo de Estado. Sentencia 00799 de 2018. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=89540>

agosto de 2003 al 11 de julio de 2008", las cuales fueron resueltas de manera negativa, aduciendo que la relación que se configuró con estas entidades fue meramente contractual y no laboral. Aquí la sala, condenó al municipio de Santa Bárbara y a la ESE a liquidar y cancelar a favor del demandante las sumas que por concepto de prestaciones sociales devengan los empleados públicos vinculados a esas entidades mediante "vinculación legal y reglamentaria", es decir asemejar las cargas a la de los trabajadores oficiales.

Ahora bien, la problemática actual, radica en que la garantía de los salarios y prestaciones de los trabajadores de las Empresas Sociales del Estado, depende de la constante variación del mercado de la salud, de la prestación de servicios, lo cual se refleja en la cartera que se adeuda en la actualidad y que imposibilita o dificulta el pago de los trabajadores de las empresas:

CONCEPTOS	Suma de Hasta 60 días	Suma de De 61 a 180 días	Suma de De 181 a 360 días	Suma de Mayor a 360 días	Suma de Total Cartera Radicada
Otros deudores por VSS	137.227.573.644,00	152.401.247.754,00	164.266.304.198,00	355.285.467.601,00	809.180.593.197,00
Población Pobre Departamentos / Distritos	99.886.741.241,00	167.173.943.849,00	196.296.314.713,00	427.498.160.541,00	890.857.160.344,00
Población Pobre Municipios	5.498.753.396,00	6.040.083.064,00	5.688.577.424,00	16.049.872.882,00	33.274.286.566,00
Régimen Contributivo	256.825.909.781	426.385.667.326	317.624.695.577	1.085.410.242.993	2.086.246.515.617,00
Régimen Subsidiado	623.531.783.789,00	894.426.972.753,00	816.381.332.585,00	2.557.321.952.343,00	4.891.662.041.470,00
Soat- Ecot	36.696.726.965,00	57.492.133.678,00	62.787.108.870,00	402.607.592.437,00	582.543.551.950,00
TOTAL	\$ 1.162.629.488.816	\$ 1.673.920.048.424	\$ 1.593.041.333.367	\$ 4.844.173.288.537	\$ 9.263.764.159.144

Fuente: Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos. Presentación sesión comisión VII Conjuntas. 2019.

La deuda a los hospitales y clínicas por la prestación de servicios de salud llegó a los \$10.1 billones de pesos, de los cuales el 59,1 % es deuda morosa, así lo reporta la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas en su estudio de cartera hospitalaria con corte a diciembre 31 de 2018, en una muestra de 207 instituciones.

El estudio semestral de la ACHC señala que *"los mayores deudores de las entidades hospitalarias siguen siendo las EPS del régimen contributivo con \$4 billones de pesos, que constituyen el 57,9 % en de las EPS en mora. De este grupo los principales deudores, la Nueva EPS con \$1,01 billones y Coomeva EPS con \$619.304 millones, existe una preocupación muy alta con la EPS Coomeva ya que*

la morosidad supera el 75 %; por otro lado, la tercera EPS deudora es Medimás con \$415.571 millones" (ACHC, 2019).

Las EPS del régimen subsidiado adeudan a los hospitales y clínicas \$2.9 billones de pesos, de los cuales el 66,9 % es cartera en mora. En este régimen la mayor deuda es la de EPS Savia Salud con \$639.567 millones y 70 % en mora; en segundo lugar, Emssanar ESS con \$258.933 millones y en el tercer lugar está Asmet Salud ESS con \$255.131 millones.

Para la ACHC es preocupante la cartera de las EPS que se encuentran bajo alguna de las medidas de la Superintendencia Nacional de Salud Intervención, bien sea en proceso de liquidación, vigilancia especial, programa de recuperación, liquidadas o en venta *"de este grupo hacen parte 55 EPS que adeudan a los hospitales y clínica \$4,7 billones de pesos, con 70,4 % en mora y en las que están afiliados 23,6 millones de los usuarios del sistema de salud, es decir el 50,2 % . En este grupo las entidades con mayor deuda en mora son Cafesalud EPS, Coomeva EPS y Savia Salud"* (ACHC, 2019).

El estudio de la ACHC, además, indica que *"el Estado, que incluye ADRES (Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud), el extinto Fosyga y las Entidades Territoriales, adeudan \$1,1 billones de pesos a los hospitales y clínicas. La deuda de los entes territoriales asciende a \$695.708 millones, con el 69,4 % en mora. El mayor deudor es el departamento de Antioquia con \$154.450 millones, seguido por Norte Santander con \$71.730 millones y en tercer lugar el Valle del Cauca \$70.486 millones"* (ACHC, 2019).

Según la resolución 0001342 del 29 de mayo de 2019 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las empresas sociales del Estado de nivel territorial para la vigencia de 2019. se determina que hay 132 entidades (hospitales públicos y centros médicos) en riesgo alto, 40 entidades en riesgo medio y 103 en riesgo bajo.

Así mismo y de conformidad con la clasificación y categorización del riesgo financiero de los hospitales públicos se aprecia claramente que la situación fiscal de la salud en el país y la falta de pago de las mismas, han llevado a que las ESE se encuentren en riesgo financiero, lo cual desencadenaría en el cierre de los servicios, hasta llegar eventualmente a la liquidación de las mismas, tal y como se aprecia en el siguiente cuadro:

EVOLUCIÓN CATEGORIZACIÓN RIESGO FISCAL Y FINANCIERO HOSPITALES PÚBLICOS A NIVEL NACIONAL (VIGENCIA 2018)			
AÑO	TOTAL ESE RIESGO MEDIO Y ALTO	ESES A NIVEL NACIONAL	% ESES EN RIESGO
2012	404	968	42%
2013	541	968	56%
2014	568	954	60%
2015	245	953	26%
2016	250	947	26%
2017	365	921	40%
2018	188	925	20%
2018	295	925	32%

Fuente: Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos. Presentación sesión comisión VII Conjuntas. 2019.

Ahora bien, las medidas que ha tomado el Gobierno Nacional para combatir la crisis hospitalaria, ha sido intervenir y liquidar EPS al considerar que afectan gravemente a la población, pero su traslado a causado gran preocupación entre el gremio de las empresas sociales del estado quienes han manifestado que "Esa "laxitud" de los decretos del gobierno, lo que hacen es incentivar, fortalecer y promover la integración vertical, que no es otra cosa que permitirle a las EPS que contraten sus propios hospitales privados, bajo el argumento de que sus "clientes" no gustan de las ESE. La vocera se mostró preocupada porque que esas EPS del régimen contributivo, que van a manejar usuarios del régimen subsidiado, una vez trasladados, son financiados totalmente por el estado, "es decir con dineros públicos, pero a su vez esas empresas promotoras de salud, no están contratando con el estado a través de la red pública, lo que genera inquietud".

La crisis de las Empresas Sociales del Estado se ha suscitado por causa de los malos manejos del sector donde han predominado la mala conducta de los aseguradores y la posición dominante que tienen en los modelos de contratación que afectan los intereses de los prestadores generando riesgo financiero y colocándolos en una compleja situación donde imperan desventajas para el reconocimiento de los servicios prestados.

"El manejo de los recursos por parte de los prestadores ha evidenciado circunstancias malignas que afectan los presupuestos de estas entidades

⁶ <https://acesi.com.co/?p=1952>

encontrándose situaciones de corrupción al interior de las Instituciones Prestadoras de Salud, en las que predominan la contratación amañada, sobrecostos en las compras realizadas y gastos de personal innecesario que afectan sus finanzas y sostenibilidad en el sector" (Mora 2013).

De acuerdo con las cifras recopiladas por la Sociedad Colombiana de Anestesiología y el Fepasde, se evidencia que "la crisis se extiende a lo largo y ancho del país. Dentro de las regiones que más adeudan dinero al talento humano en salud, se encuentra el Valle del Cauca con 1506 millones de pesos, seguido de la Guajira con 734 millones, Córdoba 515 millones, Bogotá 489 millones, Antioquia 447 millones, Boyacá con 419, entre otros".

Si bien, la herramienta de reporte está a disposición solo del talento humano en salud afiliado a la S.C.A.R.E, es una muestra significativa de la crisis del sector a nivel nacional, más aún cuando las cifras no se encuentran consolidadas por parte de ningún ente gubernamental, lo que afecta su capacidad para tomar medidas definitivas.

"Las cifras reflejan moras que se remontan a la última década, para el año 2011, por valor de 609 millones de pesos, siendo el año 2018 el más crítico con \$ 3 mil millones 57 mil pesos, adeudo que a la fecha se encuentra vigente sin ninguna solución aparente" (Consultorsalud, 2019).

La mora en los pagos al talento humano es un agravante en la crisis del sector salud, originado entre otros por los tipos de vinculación laboral que se tienen en el país. "Cerca del 75% de las personas que han denunciado demoras en sus honorarios han sido vinculados por orden de prestación de servicios (OPS), contratación que en muchas ocasiones enmascara verdaderas relaciones laborales, además, que no cuenta con un seguimiento riguroso en temas moratorios" (Consultorsalud, 2019).

"Este año los especialistas que más han dejado de percibir el pago de sus honorarios son los anestesiólogos con un 41.66%, seguido de médicos generales 22.5%, pediatras 7.5%, ginecobstetras 5%, cirujanos 2.5%, dermatólogos 2.5% y otras especialidades que suman el 18.33%" (Consultorsalud, 2019).

El Ministerio de Salud expidió la Resolución 630 del 13 de marzo de 2019, mediante la cual se regula el pago de intereses de mora a los profesionales de la salud. Si bien el Ministerio dio el cumplimiento ordenado por el Consejo de Estado, dicha

normatividad no incluye aspectos importantes como la garantía a los profesionales de no sufrir desvinculación por realizar este tipo de reclamaciones.

Para este año, el decano de la UDEA afirma que "en cifras redondas, en Colombia hay alrededor de 100 mil médicos generales y cada año se gradúan alrededor de cinco mil. La relación médico general con especialista es más o menos de cinco a uno. De cada cinco generales uno es especialista y de cada cinco generales que se gradúa hay cupo para uno en cualquier de las especialidades" (Vanguardia, 2020)

Según las cuentas de José Luis Accini, presidente de la Asociación Médica de Cuidados Intensivos, hay entre 1.200 y 1.500 intensivistas y cada uno puede ver a diez pacientes covid simultáneamente. Con la expansión de camas por la pandemia, harán falta muchos más. Más aún en las regiones apartadas.

Si el Gobierno cumple la meta de aumentar a 10.000 las UCI, los médicos no alcanzarán. En marzo, cuando llegó la pandemia a Colombia, había 5.349 camas de UCI. La curva de infectados va en ascenso y el periodo de duplicación de la epidemia en el país es hoy de 15 días. Pedirles a los intensivistas supervisar 20 pacientes diarios implicaría dedicarle menos tiempo a cada uno, lo cual va en detrimento de la calidad de la atención" (Semana, 2020).

Hoy hay más de 7.000 pero el número de camas de UCI seguramente irá en aumento los próximos meses que serán los más los más difíciles en temas de ocupación de camas.

La crisis del sector salud, como lo hemos visto, no es nueva en Colombia, distintos sectores médicos y sociales vienen denunciando las fallas en la administración y gestión de los centros hospitalarios y la salud en general. Lo que el Covid-19 ha hecho es exponer a gran escala esta problemática preexistente en el sistema de salud y la condición laboral precaria de sus trabajadores, hoy en la primera línea de combate y riesgo frente al contagio del virus.

"Para enfrentar la crisis sanitaria del coronavirus el sector salud cuenta con 673 mil trabajadores, el 3,2% de la fuerza laboral del país. Según el DANE, 495 mil son asalariados, y por cuenta propia hay 164 mil, el 27% de éstos sin contrato laboral y 25% sin afiliación a salud y pensión, lo cual resulta tristemente paradójico. 12 mil son empleadores y mil laboran sin remuneración. Es pues alta la formalidad laboral en este sector comparada con otros altamente informales, como el comercio y la agricultura, donde los cuentapropistas superan ampliamente a los asalariados" (ENS, 2020).

Este panorama actual, nos causa gran preocupación frente a la garantía del pago de los salarios y prestaciones y la oportunidad del mismo para los trabajadores de las empresas sociales del Estado, así mismo no se puede desconocer que el sector salud es el que más contratos de personal a través de servicios temporales u otras modalidades de contratación con terceros tiene para la prestación del servicio a la salud.

Por esto, pretendemos apoyar esta iniciativa en aras de darle estabilidad e igualdad a todos los trabajadores de las empresas sociales del estado frente a todos los servidores públicos y a su vez darle un alivio presupuestal a dichas entidades, ya que esto permitiría que las empresas cuenten con mayores recursos para atender a la población más necesitada y vulnerable.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- <https://achc.org.co/siguen-aumentando-deudas-a-hospitales-y-clinicas-por-prestacion-de-servicios-de-salud-ya-superan-los-10-billones-de-pesos/>
- Martha Cecilia Mora Ortega (2013) Dificultades Financieras en las Empresas Sociales del Estado de Bogotá.
- <https://consultorsalud.com/mora-en-pagos-del-talento-humano-superan-los-6-mil-millones-de-pesos/> 12 abril, 2019 [consultorsalud](https://consultorsalud.com)
- SEMANA. (2020) Tener UCI sin médicos es como tener aviones sin pilotos
- Vanguardia 2020. El país y su déficit de médicos especialistas
- Escuela Nacional Sindical. 2020. Informe Nacional de Coyuntura Laboral de la ENS 2020. El mundo de trabajo y el sistema de salud colombiano en la encrucijada del Coronavirus.

De los Honorables Congresistas,


JOSE LUIS CORREA LOPEZ
 Representante a la Cámara

PROYECTO DE LEY NÚMERO 074 DE 2020 CÁMARA

por la cual se modifica la Ley 1532 de 2012 “por medio de la cual se adoptan unas medidas de política y se regula el funcionamiento del Programa Familias en Acción y se dictan otras disposiciones”.

PROYECTO DE LEY No. _____ DE 2020 CÁMARA

Por la cual se modifica la ley 1532 de 2012 “por medio de la cual se adoptan unas medidas de política y se regula el funcionamiento del Programa Familias en Acción y se dictan otras disposiciones”

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

Artículo Primero. Adiciónese el numeral V al artículo 4 de la ley 1532 de 2012, el cual quedara así:

Artículo 4o. Beneficiarios. Serán beneficiarios de las transferencias monetarias condicionadas del Programa Familias en Acción:

V. Las mujeres cabeza de familia, en época de post parto o lactancia, siempre y cuando se encuentren en situación de pobreza o pobreza extrema y no tengan vínculo laboral o contractual alguno o que teniéndolo no sean beneficiarias de la licencia de maternidad de que trata la normatividad vigente.

Para este caso, el beneficio mencionado también podrá representarse en la entrega de alimentos de alto valor nutricional para la madre lactante; siendo facultativo de la madre elegir entre recibir subsidio monetario o recibir subsidio en especie.

Artículo Segundo. Requisitos para acceder subsidio licencia de maternidad. Para acceder al Programa Familias en Acción, la mujer cabeza de familia deberá cumplir los siguientes requisitos:

1. Ser colombiana.
2. Estar clasificada en los niveles 1 o 2 del SISBÉN.
3. Acreditar la asistencia a las citas de valoración integral en salud para la primera infancia en la respectiva IPS.
4. Acreditar la asistencia, en el mes posterior al nacimiento del hijo o hija, a una cita de promoción y prevención de derechos sexuales y reproductivos en la respectiva IPS.

Artículo Tercero. Tiempo permanencia programa. Se realizarán hasta dos (2) pagos bimensuales dentro de las dieciocho (18) semanas siguientes, contadas a partir de la fecha de nacimiento del hijo o hija.

Parágrafo. Este subsidio será asignado a cada mujer cabeza de familia hasta en dos (2) ocasiones.

Artículo Cuarto. Montos del subsidio. El valor del subsidio será el correspondiente al incentivo por concepto de Salud que establezca el DPS, de acuerdo con los grupos de municipios de intervención.

Artículo Quinto. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las demás disposiciones que le sean contrarias.

De los Honorables Congressistas,


JOSE LUIS CORREA LOPEZ
 Representante a la Cámara


OSCAR SANCHEZ LEON
 Representante a la Cámara

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

POBREZA EN COLOMBIA

La pobreza en Colombia, es calculada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), esta se mide de dos maneras: 1) por el nivel de ingreso familiar, conocida como “pobreza monetaria” o 2) por un índice que incluye condiciones de la vivienda, condiciones educativas del hogar, condiciones de la niñez y juventud, trabajo, salud y acceso a servicios públicos, denominada “pobreza multidimensional”.

A. Pobreza Monetaria

Esta se define a partir de la estructura de consumo de los hogares, que el DANE mide con las encuestas de ingresos y gastos y de presupuesto.

En los resultados de las encuestas nacionales de presupuestos de los hogares, se evidencia que entre 2017 y 2018 la proporción de hogares con ingresos insuficientes para adquirir una canasta de consumo básica pasó de 12.883.000 equivalente al 26,9% a 13.073.000 correspondiente al 27 %, es decir que casi tres de cada 10 colombianos están por debajo del nivel de ingresos calculado como línea de pobreza.

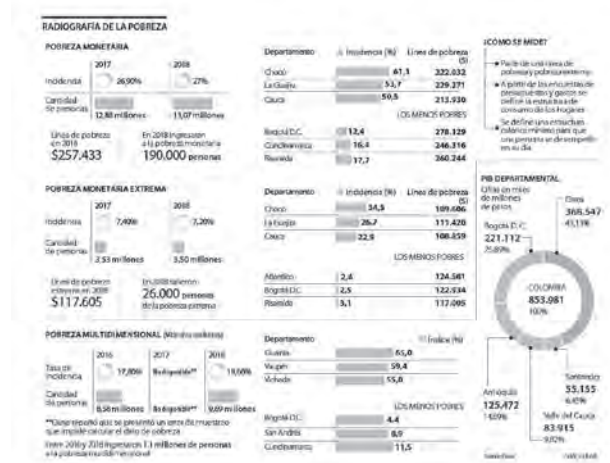
La anterior información se relaciona con la estructura de una canasta básica de bienes, tanto alimentarios como no alimentarios, y desde allí se establece una línea de pobreza, que para 2018 se ubicó en un ingreso mensual de \$257.433, así que las personas que ganen más de esta cifra al mes no son consideradas como pobres por la autoridad estadística.

A su vez el diario La República presenta algunas cifras en relación a esta materia:

Al revisar los niveles económicos de la población, las regiones más pobres del país son Chocó donde 61,1% de la población se cataloga como pobre según este criterio. Le siguen La Guajira (53,7%); Cauca (50,5%); Magdalena (46,6%) y Córdoba (44,2%).

Junto a la pobreza monetaria también se calcula la pobreza monetaria extrema, que fija cuánto es el dinero mínimo que se requiere para tener una canasta básica de alimentos con una estructura nutricional mínima para subsistir. En Colombia en 2018 la definición de pobreza extrema se fijó por debajo de \$117.605. En 2018, en el país había 3,5 millones de personas por debajo de la línea de pobreza extrema y el departamento con más habitantes en esa condición es Chocó, con 34,5% de su

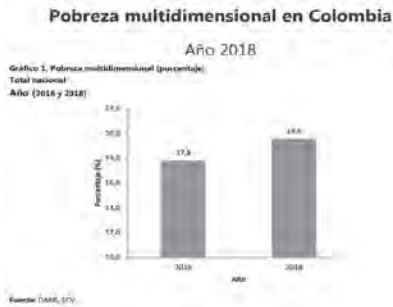
población, seguidos por La Guajira, con 26,7%, y Cauca, con 22,9%.¹ Las ciudades que presentaron el menor porcentaje de pobreza monetaria extrema fueron Bucaramanga con 1,6% (incluyendo su área metropolitana) y Pereira con 1,7%, mientras que las ciudades donde hay más personas en esta situación fueron Quibdó (16,9%) y Riohacha (16%).



Fuente tomada del diario La República.

¹ La República: Así es el mapa de la pobreza en Colombia que debe sortear Iván Duque.

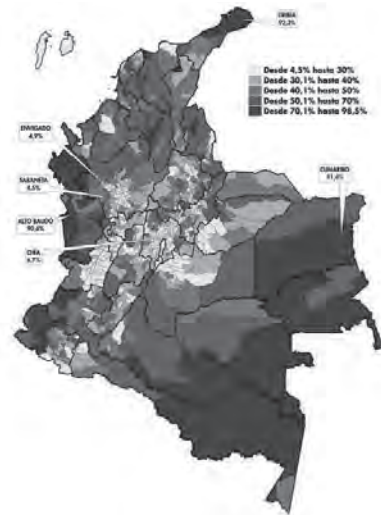
B. Pobreza Multidimensional



La pobreza multidimensional evalúa las necesidades básicas de los ciudadanos, según las condiciones educativas; laborales, de juventud y niñez; de salud; y de vivienda y servicios públicos.

En el más reciente informe que mide el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM), presentado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (Pnud) y la Iniciativa de Pobreza y Desarrollo Humano de la Universidad de Oxford (Ophi), en este índice Colombia ocupa el cuarto puesto en la región "el porcentaje para el país en 2019 se ubicó en 4,8%, sin incluir el indicador de nutrición dentro de las estadísticas que indican "carencias en las tres dimensiones del desarrollo humano (educación, salud y nivel de vida) y revela el número de personas multidimensionalmente pobres y la intensidad de las carencias"

Otro de los indicadores que se dio a conocer dentro del informe, es que "Colombia tiene 40,6% en indicador de privación material (el grado de privación de las personas en un conjunto de dimensiones), 0,8% de la población en grave pobreza multidimensional y 6,2% de población que está vulnerable a la pobreza multidimensional".

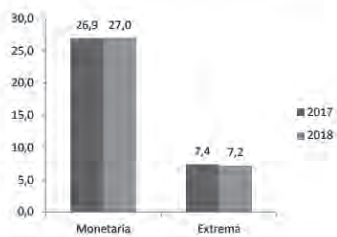


Fuente: DANE.

En 2020 los municipios con mayores niveles de pobreza multidimensional predominan en las regiones de la Orinoquía-Amazonia y Pacífica con menor porcentaje se encuentran las regiones Central y Oriental del país.

"Las tasas de incidencia de pobreza multidimensional municipal más altas se presentaron en: Uribe (La Guajira) con 92,2%, Cumaribo (Vichada) con 91,4% y Alto Baudó (Chocó) con 90,6%, por otra parte, con menor incidencia fueron Sabaneta con 4,5% y Envigado con 4,9% en Antioquia y Chía (Cundinamarca) con 6,7%" (RPM, 2020).

Incidencia de la Pobreza Monetaria y de la Pobreza Extrema (porcentaje)
Total nacional
2017-2018



Fuente: DANE, GEIH.

Fuente: DANE

- En 2018 la pobreza monetaria fue 0,1 puntos porcentuales más que la registrada en 2017 cuando fue 26,9%.
- En 2018 la pobreza monetaria extrema fue 0,2 puntos porcentuales menos que la registrada en 2017 cuando fue 7,4%
- En 2018 el coeficiente de Gini en el total nacional fue 0,517 y en 2017 fue 0,508. Esto significa un aumento en la desigualdad del ingreso de los hogares .

En 2018, 27,0% de los colombianos estaban en condición de pobreza monetaria, lo cual representa un aumento de 0,1 puntos porcentuales frente a 2017 cuando fue de 26,9%. La pobreza en las cabeceras municipales en 2018 estaba en 24,4%; en 2017 llegó a 24,2%, cambio equivalente a 0,2 puntos porcentuales.

La pobreza monetaria en los centros poblados y zonas rurales dispersas fue de 36,1%, lo cual representa un aumento de 0,1% frente a 2017, cuando fue de 36,0%. En 2018, en el total nacional, 13.073.000 de personas se encontraban en situación de pobreza monetaria; en 2017 había 12.883.0

DESEMPLEO EN COLOMBIA

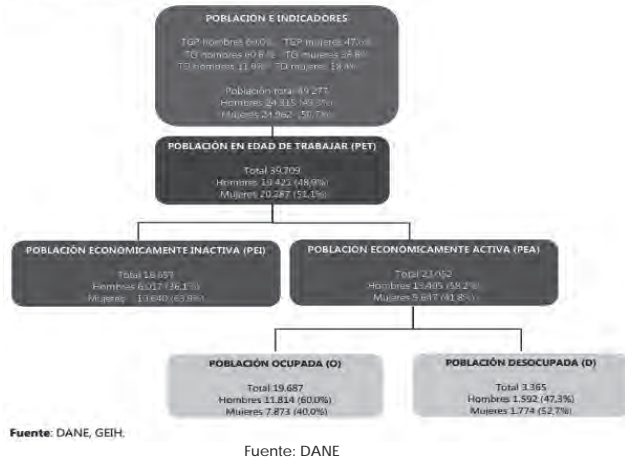
Según cifras del DANE "para el trimestre de abril-junio de 2019, las mujeres tienen una tasa de desempleo del 12,9%, mientras que para los hombres es el 8,0%, lo

que se traduce en una diferencia de 4,9 puntos porcentuales (p.p.) entre géneros donde se evidencia un desequilibrio y continúa siendo más alta para las mujeres en Colombia.

Con una tasa del 9,4% a nivel nacional, el desempleo de las mujeres está claramente por encima del promedio. La 'costa' es la zona con las brechas más amplias del país. Se acentúa aún más en ciudades como Montería, Barranquilla y Cartagena con una diferencia en las tasas de desempleo entre hombres y mujeres de 7,5, 5,3 y 4,8 puntos porcentuales (p.p.), respectivamente.

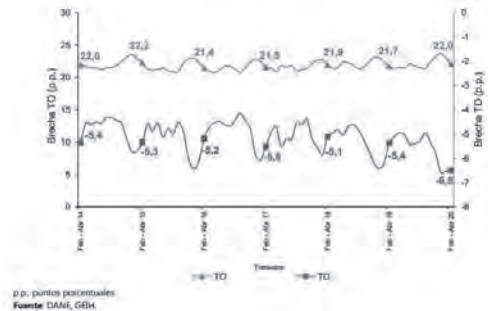
La tasa de ocupación de los hombres es de 67,6%, mientras que para las mujeres es de 46%, una diferencia de 21,5 p.p. Bogotá es una de las ciudades donde la brecha es menor en comparación con 13 ciudades y áreas metropolitanas. Mientras que ciudades como Cartagena, Pereira y Montería, se encuentran ubicadas al otro lado del espectro con las brechas más altas: 24,1; 22,2 y 20,7, respectivamente".

Gráfico 1. Indicadores de mercado laboral según sexo
Total nacional
Trimestre móvil febrero - abril 2020



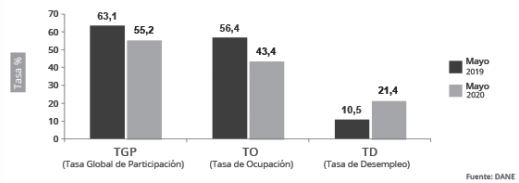
Para el trimestre móvil febrero - abril 2020 la tasa de desempleo para las mujeres fue 18,4% y para los hombres 11,9%.

Gráfico 3. Brechas en las tasas de desempleo y ocupación
Total nacional
Trimestre móvil febrero - abril (2014 - 2020)



Para el total nacional en el trimestre móvil febrero - abril 2020, la diferencia entre hombres y mujeres en la tasa de desempleo se ubicó en -6,5 p.p. y en la tasa de ocupación en 22,0 p.p.

Tasa global de participación, ocupación y desempleo
Total nacional - mayo (2019 - 2020)



Para el mes de mayo de 2020, la tasa de desempleo del total nacional fue 21,4%, lo que significó un aumento de 10,9 puntos porcentuales frente al mismo mes del año anterior (10,5%). La tasa global de participación se ubicó en 55,2%, lo que representó una reducción de 7,9 % frente a mayo del 2019 (63,1%). Finalmente, la tasa de ocupación fue 43,4%, presentando una disminución de 13% respecto al mismo mes del 2019 (56,4%)².

PROGRAMA FAMILIAS EN ACCIÓN

De conformidad con lo establecido en el artículo 2 de la Ley 1532 de 2012, modificada por la ley 1948 de 2019, el programa "Familias en Acción consiste en la entrega condicionada y periódica de una transferencia monetaria directa a las familias en condición de pobreza y pobreza extrema. El Programa es un complemento al ingreso monetario para la formación de capital humano, la generación de movilidad social, el acceso a programas de educación media y superior, la contribución a la superación de la pobreza extrema y a la prevención del embarazo en la adolescencia. Se podrán incorporar las demás transferencias que el sistema de la promoción social genere en el tiempo para estas familias".

Así las cosas, Familias en Acción es el programa de Prosperidad Social que entrega a todas aquellas familias pobres y pobres extremas con niños, niñas y adolescentes un incentivo económico condicionado que complementa sus ingresos para la formación de capital humano, la generación de movilidad social, el acceso a programas de educación media y superior, la contribución a la superación de la pobreza y pobreza extrema y a la prevención del embarazo en la adolescencia.

El presupuesto del programa Familias en Acción en las vigencias 2017, 2018 y 2019 (corte junio de 2019), es el siguiente:

VIGENCIAS	BENEFICIARIOS (FAMILIAS)	GÉNERO		TOTAL VALOR INVERTIDO EN INCENTIVOS
		Masculino	Femenino	
2017	2.511.426	298.525	2.212.932	\$ 1.897.521.249.950
2018	2.408.481	289.699	2.118.782	\$ 1.806.166.736.925
2019*	2.393.925	299.701	2.094.218	\$ 474.020.877.250

Fuente: Dirección de Transferencias Monetarias Condicionadas

*Información con corte a junio de 2019

Con el programa Más Familias en Acción se otorgan incentivos de salud y educación a las familias en situación de pobreza y vulnerabilidad con menores de 18 años; cuando una persona accede a estos programas, la ayuda monetaria está condicionada a mejorar la calidad de vida de las personas de su núcleo familiar, ya que debe garantizar la permanencia de sus hijos en el colegio y el acceso de estos a los servicios básicos de salud.

A 31 de diciembre de 2018, se encontraban inscritas en el programa 3.359.388 familias. Las familias potenciales para ingreso a Familias en Acción pertenecen a los grupos de focalización estipulados por la Ley 1532 de 2012, la cual rige su funcionamiento: familias en condición de pobreza y pobreza extrema, seleccionadas por medio del SISBEN III y del Sistema de Información de la Estrategia Unidos; familias víctimas del desplazamiento forzado, seleccionadas mediante el Registro Único de Víctimas-RUV; familias indígenas, seleccionadas por medio de los listados censales³.



² https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech_genero/bol_eie_sex0_feb20_a_br20.pdf

³ Informe de gestión julio - diciembre 2018. Dirección de transferencias monetarias condicionadas. DPS

A. Incentivos de salud

El incentivo de salud se entrega uno (1) por cada familia, por todos los niños y niñas menores de 6 años de edad. Este incentivo se entrega cada dos meses (6 veces al año) hasta el día antes que el niño o niña cumpla los 6 años, siempre y cuando asistan oportunamente a las citas de valoración integral en salud para la primera infancia en la respectiva IPS y de acuerdo a su edad de conformidad con lo estipulado en la Resolución 412 de 2000 expedida por el Ministerio de Salud y protección Social.

Valores mensuales del incentivo de salud

Grupo Municipal	Valor Incentivo Salud por Familia (\$ 2019)
1	\$ 77.000
2	\$ 77.000
3	\$ 77.000
4	\$ 89.800

Fuente: Dirección de Transferencias Monetarias Condicionadas

B. Incentivos de educación

El incentivo de educación se entrega de manera individual, a tres (3) niños, niñas o adolescentes de la familia, entre 4 y 18 años de edad que estén en el sistema escolar. El incentivo se entrega cada dos meses, menos en el periodo de vacaciones de fin de año escolar, es decir, cinco veces al año, siempre y cuando la familia cumpla con dos compromisos: los niños, niñas y adolescentes deben asistir como mínimo al 80% de las clases programadas y no pueden perder más de dos años escolares. En el caso que uno de los participantes tenga 18 ó 19 años de edad debe estar cursando mínimo 10° grado, y si tiene 20 años grado 11°.

Valores mensuales del incentivo de educación

Grupo Municipal	Valor Incentivo Escolar por Grado Escolar (\$ 2019)				
	Grado 0	1-5	6-8	9-10	11
1	NA	NA	\$ 32.100	\$ 38.550	\$ 57.775
2	\$25.675	\$12.875	\$ 32.100	\$ 38.550	\$ 57.775
3	\$25.675	\$ 19.325	\$ 38.550	\$ 44.925	\$ 64.150
4	\$25.675	\$ 19.325	\$ 44.925	\$ 51.325	\$ 70.600

Fuente: Dirección de Transferencias Monetarias Condicionadas

LA MUJER EN COLOMBIA⁴

Para el año 2018 ONU mujeres presenta el informe nacional del progreso de las mujeres en Colombia 2018: transformar la economía para realizar los derechos, para efectos de esta exposición de motivos se resaltan las consideraciones y/o conclusiones más importantes que dan sustento a la iniciativa presentada, ya que desde diferentes escenarios y basados en cifras actualizadas la organización evidencia la brecha que existe al día de hoy entre hombres y mujeres, las cuales las hace más vulnerables en materia de garantía y goce efectivo de derechos, por lo cual el Estado debe responder con medidas asertivas de tipo económico, administrativo, presupuestal e institucional.

En materia legal el informe hace un recuento de hechos y normas que han incluido la igualdad de género para el diseño e implantación de las diferentes políticas:

El Estado colombiano ha asumido una serie de compromisos internacionales vinculantes para hacer realidad la igualdad de género y los derechos de las mujeres y las niñas. Entre ellos se destacan la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las mujeres (CEDAW, 1979) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (Convención de Belém do Pará, 1994).

Estos compromisos internacionales se reflejan en el desarrollo de un marco nacional de garantías constitucionales y legales para los derechos de las mujeres y la igualdad de género. Desde la Constitución de 1991 Colombia se reconoció como un

⁴ El progreso de las mujeres en Colombia 2018: Transformar la economía para realizar los derechos. ONU Mujeres. 2018.

Estado Social de Derecho y como tal se comprometió a velar por las condiciones de vida e igualdad básica para todos sus ciudadanos y ciudadanas.

Adicional a los marcos normativos se han adoptado medidas institucionales a nivel nacional como la creación de la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer (CPEM), y de secretarías de género en 16 de los 32 departamentos, así como en más de 20 municipios y ciudades del país. Se destaca también el desarrollo de políticas públicas que establecen medidas concretas para atender esta agenda: en los planes nacionales de desarrollo se han establecido medidas específicas; se formuló y adoptó una Política Pública Nacional de Equidad de Género para las Mujeres y, recientemente, dos documentos expedidos por el Consejo Nacional de Política Económica y Social - CONPES relacionados (161 y 3784), además del documento CONPES 3918 para el cumplimiento de los ODS.

También se destaca la estricta incorporación de un enfoque de género transversal en el “Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera”, firmado entre el Gobierno Colombiano y las FARC-EP en noviembre de 2016. El marco normativo, institucional y de políticas públicas en Colombia es propicio, aunque aún mejorable, para garantizar el cumplimiento de los derechos y oportunidades para todas las colombianas.⁵

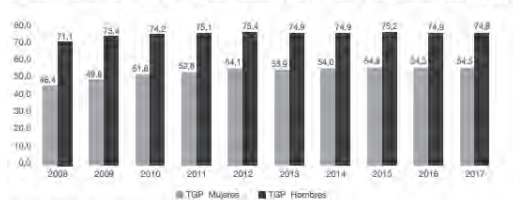
En relación al mantenimiento de las brechas de género en el campo laboral, la organización menciona:

Pese a haber disfrutado un prolongado periodo de auge económico que permitió disminuir las brechas de desigualdad de las mujeres frente a los hombres en lo que refiere a participación laboral, en 2017 la tasa correspondiente a las mujeres (Tasa Global de Participación -TGP) se ubicó 20.3 puntos porcentuales por debajo de la registrada para los hombres. Preocupan la persistencia de estas brechas de género cuando se tiene en cuenta mayor sensibilidad de la participación laboral de las mujeres a las dinámicas de la economía colombiana. Entre 2008 y 2017, cuando el PIB real registró un crecimiento promedio de 3.7%, la TGP de los hombres aumentó en un 3.6%, mientras que el aumento estimado para las mujeres fue de 8.4%.⁶

⁵ ONU informe nacional El progreso de las mujeres en Colombia 2018: transformar la economía para realizar los derechos.2018. p. 13-15

⁶ ONU informe nacional El progreso de las mujeres en Colombia 2018: transformar la economía para realizar los derechos.2018. p. 19

Evolución porcentual de la participación laboral de las mujeres y los hombres (2008 - 2017)



Fuente: DANE - Gran Encuesta Integrada de Hogares, 2008 - 2017

Uno de los mayores logros del país en el siglo XXI es la reducción de la pobreza monetaria en 20 puntos porcentuales en menos de una década, pasando de 42% en 2008 a 26.9% en 2017. A pesar de ello, se aprecia un rezago en contra de las mujeres. Esto se traduce en el índice de femineidad de la pobreza que expresa la relación entre las tasas de pobreza de las mujeres entre 20 y 59 años de edad y la correspondiente a los hombres en el mismo rango etario, la cual pasó de 102.5 mujeres pobres por cada 100 hombres pobres en 2008 a 120.3 en 2017.⁷

Evolución porcentual de la incidencia de la pobreza monetaria e índice de femineidad en hogares pobres (2008-2017)



Fuente: Cálculo de ONU Mujeres con base a datos DANE. Estadística derivada: Pobreza monetaria 2008 - 2017

A su vez la organización presenta unas cifras para nada alentadoras las cuales permiten ver la diferencia entre hombres y mujeres en materia de incidencia de la pobreza y el trabajo doméstico no remunerado:

⁷ ONU informe nacional El progreso de las mujeres en Colombia 2018: transformar la economía para realizar los derechos.2018. p. 19-20

En 2017, entre los hogares con jefatura masculina la incidencia de la pobreza monetaria alcanzaba un 25.5%, en contraste con el 29.7% que se estima para aquellos con jefatura femenina, lo que representa una brecha de 4.2%. Asimismo, cuando el jefe o jefa de hogar se encuentra sin empleo, situación que como se ha indicado afecta en mayor medida a las mujeres, la incidencia de la pobreza roza el 47.8%. En el trasfondo de esta situación se encuentran aspectos relacionados con la estructura de los hogares y el rol tradicionalmente asignado a las mujeres, otros propios del mercado o del acceso a las estructuras de poder. En principio, el trabajo doméstico no remunerado es realizado desproporcionadamente por las mujeres y los hogares que ellas encabezan suelen contar con más personas en situación de dependencia.

Para el período 2016-2017 las mujeres destinaron, en promedio, 7 horas y 14 minutos al desarrollo de actividades no comprendidas en el SCN, disminuyendo en 9 minutos diarios respecto al año 2012-2013; no obstante, sigue representando más del doble del tiempo estimado para los hombres, que es de 3 horas y 25 minutos en promedio. En el caso de las mujeres rurales la dedicación del tiempo a las actividades no comprendidas en el SCN durante el periodo 2016-2017, si bien disminuyó en 20 minutos frente al 2012-2013 (pasando de 8 horas con 12 minutos a 7 horas con 52 minutos), sigue siendo más del doble en relación con el tiempo que dedican los hombres en el campo a la misma clase de labores.⁸

ONU mujeres menciona que al incorporarse al mercado laboral las mujeres perciben menores ingresos ya sea por discriminación directa o segregación ocupacional en empleos de menor calidad y valoración, incluyendo la economía informal.

Argumentando su afirmación con algunas cifras: La participación laboral de las mujeres ha venido aumentando, aunque con un estancamiento del 54% en los últimos cuatro años, con una brecha de 20 puntos porcentuales que también se ha mantenido entre hombres y mujeres. Adicionalmente, para 2017 la tasa de inactividad de los hombres fue de 25.2%, mientras que la correspondiente a las mujeres alcanzó el 45% -total nacional-. Esta tendencia no cambia para el mismo año en la zona rural dispersa, dado que la tasa de inactividad de los hombres fue del 24 %, mientras que la de las mujeres fue de 45%.⁹

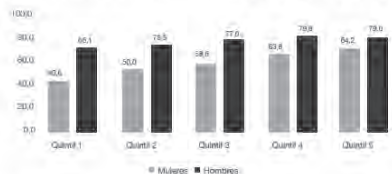
Por otro lado, se hace relación de la situación laboral de las mujeres:

⁸ ONU informe nacional El progreso de las mujeres en Colombia 2018: transformar la economía para realizar los derechos.2018. p. 20

⁹ ONU informe nacional El progreso de las mujeres en Colombia 2018: transformar la economía para realizar los derechos.2018. p. 17

La situación laboral de las mujeres tiene además variaciones de acuerdo con el quintil de ingreso que se analice. En 2017 varió entre un 40 % en el quintil 1 a un 64 % en los quintiles 4 y 5, con una brecha marcada frente a los hombres, quienes registraron una participación laboral que varió entre un 66% en el quintil 1 y un 79% en los quintiles 4 y 5. Adicionalmente, se registraron diferencias alrededor de los 5 puntos porcentuales entre los tres primeros quintiles, distinto al caso de las mujeres, cuyas diferencias para los tres primeros quintiles es de alrededor de los 9 puntos porcentuales.¹⁰

Tasa de participación laboral de mujeres y hombres por quintil de ingresos (2017)



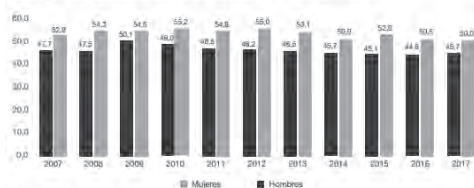
Fuente: DANE - Gran Encuesta Integrada de Hogares, 2017

Según el informe las mujeres de bajos ingresos son las que enfrentan las cargas más pesadas y más tempranas de trabajo doméstico y de cuidados no remunerados (más de 7 horas diarias), lo que constituye una de las principales barreras de acceso al empleo. Mientras que la participación laboral aumentó, para estancarse en los últimos años, es importante anotar que en el año 2017 las ramas de actividad que registraron más ocupación para las mujeres fueron comercio, hoteles y restaurantes (34%), y servicios comunales, sociales y personales (30%); mientras que los hombres estuvieron concentrados en agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca (24%); comercio, hoteles y restaurantes (22%); y transporte, almacenamiento y comunicaciones (12%).

Respecto al empleo informal la organización precisa que en el empleo informal la situación de las mujeres es más precaria que la de los hombres en los últimos 10 años, manteniéndose una brecha de cinco puntos porcentuales entre los dos sexos.

¹⁰ ONU informe nacional El progreso de las mujeres en Colombia 2018: transformar la economía para realizar los derechos.2018. p. 26

Peso del empleo informal en la ocupación total según sexo (2007-2017)



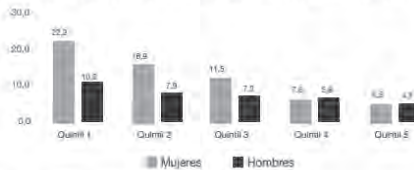
Fuente: DANE - Gran Encuesta Integrada de Hogares, 2007 - 2017¹¹

Por su parte, la tasa de desempleo no sólo muestra diferencias entre hombres y mujeres, sino al interior del grupo de mujeres, según territorios y nivel de ingresos. Para el 2017 la tasa de desempleo de las mujeres fue 12.3% contra 7.2% de los hombres (5 puntos porcentuales más alta). Comparando entre ciudades, hay diferencias en las tasas de desempleo de las mujeres. Mientras Quibdó -con predominio de población afrodescendiente- tuvo la mayor tasa de desempleo femenino durante 2017 (20.5%), la menor tasa de desempleo correspondió a Bucaramanga (9.5%), una ciudad intermedia con un tejido industrial reconocido y población mestiza.

En 2017 las mujeres del quintil 1, las más pobres y con menos acceso a la educación, enfrentaron una tasa de desempleo del 22.2%, superior a la tasa registrada para las del quintil 5, que fue de 4.5%. Para el caso de los hombres, la tasa de desempleo para los del quintil 1 fue de 10.3%, inferior en más de 11 puntos porcentuales frente a la tasa registrada entre las mujeres en el mismo quintil, diferencia que no se mantiene al comparar la tasa de desempleo de los hombres en el quintil 5 (4.3%), con la tasa de las mujeres en el mismo quintil (4.5%), siendo casi similares.¹¹

¹¹ ONU informe nacional El progreso de las mujeres en Colombia 2018: transformar la economía para realizar los derechos.2018. p. 26

Tasa de desempleo de mujeres y hombres por quintil de ingresos (2017)

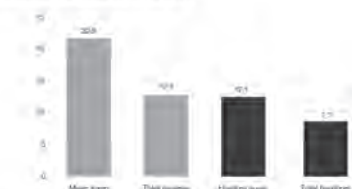


Fuente: DANE - Gran Encuesta Integrada de Hogares, 2017

En relación a la edad se resalta:

Para las mujeres jóvenes (14 a 28 años), en 2017 el desempleo fue del 20.8%, tasa considerablemente alta si se compara con la tasa registrada para el total de las mujeres en el mismo año (12.3%). Esta cifra revela una brecha que supera los 8 puntos porcentuales frente a la tasa reportada para los hombres jóvenes, la cual se ubicó en 12.1%.¹²

Tasa de desempleo juvenil por sexo (2017)



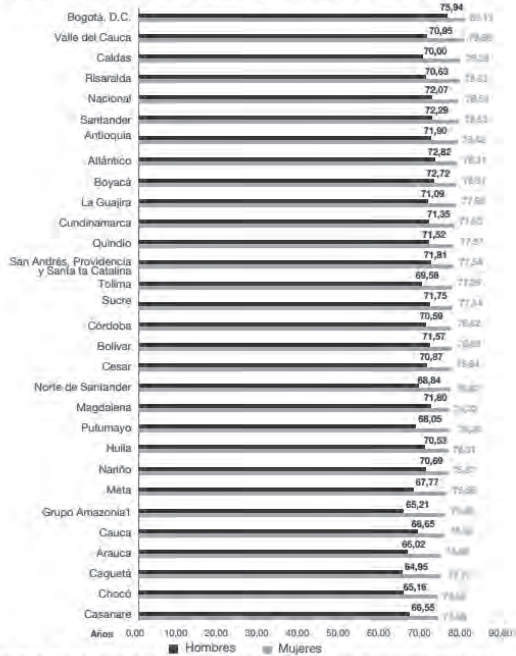
Fuente: DANE - Gran Encuesta Integrada de Hogares, 2017

Bajo este escenario, las mujeres estudian más, pero están participando menos del mercado laboral y ganan menos que los hombres, lo que pone en evidencia que existen barreras específicas para ellas. Si se pasa al tema de desigualdad socioeconómica, un indicador que la evidencia es la esperanza de vida entre regiones. Una colombiana que nació en el quinquenio 2010-2015 vivirá 78 años. Sin embargo, si nació en Bogotá lo hará durante al menos 80 años, pero si lo hizo en el

¹² ONU informe nacional El progreso de las mujeres en Colombia 2018: transformar la economía para realizar los derechos.2018. p. 26

Chocó, Casanare o Caquetá, vivirá 74 años en promedio. Seis años de vida entre dos extremos, por razones de salubridad, ambiente, atención en salud, educación, etc., unas desigualdades éticamente inaceptables y humanamente desoladoras.

Esperanza de vida al nacer según sexo y departamento (2010 - 2015)

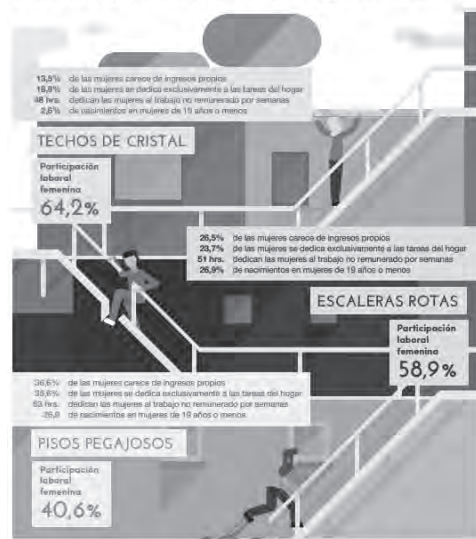


Fuente: DANE - Estimaciones y proyecciones población, según periodos quinquenales, 2010-2015

Para concluir, este es un gráfico que ilustra el panorama de la situación de las mujeres en Colombia según la ONU mujeres, para lo cual han identificado tres

escenarios o tipologías de empoderamiento económico para las mujeres de Colombia: pisos pegajosos, techos de cristal y escaleras rotas. Desde esta perspectiva, las mujeres en el escenario de pisos pegajosos corresponden a las que se ubican en el primer quintil de ingresos son aquellas caracterizadas por una maternidad más temprana, menores oportunidades educativas y laborales, aunadas al trabajo doméstico y de cuidado no remunerado como centro de las actividades diarias, mientras aquellas que pertenecen al quintil superior dan cuenta del escenario de techos de cristal, son aquellas mujeres con educación superior e ingresos relativamente altos. Por su parte, las mujeres en el tercer quintil de ingresos son las clasificadas en el escenario de escaleras rotas, son mujeres que cuentan con educación secundaria o ingresos medios:

Escenarios de empoderamiento económico: Indicadores para Colombia, 2017



Fuente: DANE, cálculos con base Gran Encuesta Integrada de Hogares -GEIH, 2016 y Encuesta Nacional de Uso del Tiempo-ENUT 2012-2013

Por las anteriores consideraciones en las cuales se resaltan los diferentes escenarios donde aún se evidencia una considerable brecha entre hombres y mujeres, nos permitimos plantear el presente proyecto de ley que busca ampliar y mantener la cobertura de las transferencias monetarias que entrega el DPS a través de su programa Familias en Acción, a las mujeres cabeza de hogar que no tengan vínculo laboral vigente o que teniéndolo no sean beneficiarias de la licencia de maternidad, así mismo que se encuentren en pobreza o pobreza extrema y que como retribución deberá acreditar la asistencia a las citas de valoración integral en salud para la primera infancia en la respectiva IPS.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Según lo establecido en el artículo 3 de la Ley 2003 del 19 de noviembre de 2019, por la cual se modifica parcialmente la Ley 5 de 1992, se hacen las siguientes consideraciones:

De manera meramente orientativa, se considera que para la discusión y aprobación de este Proyecto de Ley no existen circunstancias que pudieran dar lugar a un eventual conflicto de interés por parte de los Honorables Representantes, pues es una iniciativa de carácter general, impersonal y abstracta, con lo cual no se materializa una situación concreta que permita enmarcar un beneficio particular, directo ni actual. En suma, se considera que este proyecto se enmarca en lo dispuesto por el literal a del artículo primero de la Ley 2003 de 2019 sobre las hipótesis de cuando se entiende que no hay conflicto de interés. En todo caso, es pertinente aclarar que los conflictos de interés son personales y corresponde a cada Congresista evaluarlos.

De los Honorables Congresistas,

JOSE LUIS CORREA LOPEZ
 Representante a la Cámara

OSCAR SANCHEZ LEON
 Representante a la Cámara

Referencias

- La República .Así es el mapa de la pobreza en Colombia que debe sortear Iván Duque. En: La Republica [artículo en línea]. [Citado el 18 de julio de 2019]. Disponible en <https://www.larepublica.co/economia/asi-es-el-mapa-de-la-pobreza-en-colombia-que-debe-sortear-ivan-duque-2884637>
- Revista Dinero El principal problema económico de Colombia. En: revista Dinero [artículo en línea]. [Citado el 18 de julio de 2019]. Disponible en <https://www.dinero.com/pais/articulo/que-pasa-con-el-desempleo-en-colombia/273148>
- ONU Mujeres. Informe nacional El progreso de las mujeres en Colombia 2018: transformar la economía para realizar los derechos. Bogotá 2018.
- Departamento Nacional de estadística (DANE). Pobreza multidimensional en Colombia. Bogotá. 2019
- Departamento Nacional de estadística (DANE). Pobreza monetaria en Colombia. Bogotá. 2019

PROYECTO DE LEY NÚMERO 075 DE 2020 CÁMARA

por la cual se regula el ejercicio de las especialidades médicas y quirúrgicas en medicina y se dictan otras disposiciones.

<p style="text-align: center;">PROYECTO DE LEY No. _____ DE 2020 CAMARA</p> <p style="text-align: center;">Por la cual se regula el ejercicio de las especialidades médicas y quirúrgicas en medicina y se dictan otras disposiciones</p> <p style="text-align: center;">El Congreso de la República de Colombia</p> <p style="text-align: center;">DECRETA:</p> <p>Artículo 1. Objeto. La presente ley tiene por objeto regular el ejercicio de las especialidades médicas y quirúrgicas en medicina, dictar disposiciones sobre su ejercicio, funciones, derechos, deberes y establecer reglas para el ejercicio profesional.</p> <p>Artículo 2. Especializaciones médico quirúrgicas. Son los programas que permiten al médico la profundización en un área del conocimiento específico de la medicina y la adquisición de los conocimientos, desarrollo de actitudes, habilidades y destrezas avanzadas para la atención de pacientes en las diferentes etapas de su ciclo vital, con patologías de los diversos sistemas orgánicos que requieren atención especializada.</p> <p>Para este nivel de formación se requieren procesos de enseñanza-aprendizaje teóricos y prácticos. Lo práctico incluye el cumplimiento del tiempo de servicio en los escenarios de prácticas asistenciales y la intervención en un número de casos adecuado para asegurar el logro de los resultados de aprendizaje buscados por el programa. El estudiante deberá tener el acompañamiento y seguimiento requerido.</p> <p>De conformidad con el artículo 247 de la Ley 100 de 1993, estos programas tendrán un tratamiento equivalente a los programas de maestría.</p> <p>Artículo 3. Atributos de calidad en salud. Las especialidades médicas y quirúrgicas en medicina deberán cumplir con la totalidad de los atributos de pertinencia y calidad que para este nivel formativo establecen las leyes 1164 de 2007, 1438 de 2011 y 1761 de 2015 en especial las referidas a los escenarios de práctica, la relación docencia servicio, la autonomía y la autorregulación.</p> <p>Artículo 4. Dentro del territorio de la República de Colombia, solo podrán ejercer las funciones de especialistas en especialidades médicas y quirúrgicas en medicina quienes cumplan estrictamente los siguientes requisitos, los cuales no son excluyentes entre sí:</p>	<p>a) Quienes hayan obtenido título profesional en medicina en universidades colombianas de acuerdo con las leyes colombianas y disposiciones vigentes en Colombia o título de profesional en medicina en instituciones de otro país con el cual Colombia tenga celebrados tratados o convenios sobre reciprocidad de títulos universitarios y que sea equivalente al otorgado en la República de Colombia, siempre y cuando estos títulos estén convalidados por las autoridades colombianas competentes de conformidad con la ley y las disposiciones que regulen la materia, y</p> <p>b) Quienes hayan obtenido título de especialista en un Programa de Especialización en áreas de la medicina en una institución de Educación Superior, debidamente aprobada y reconocida por los organismos competentes del Gobierno nacional o hayan obtenido título de especialista en un Programa de Especialización en una institución de otro país, con el cual Colombia tenga celebrados tratados o convenios sobre reciprocidad de títulos universitarios y que sea equivalente al otorgado en la República de Colombia, siempre y cuando estos títulos estén convalidados por las autoridades colombianas competentes de conformidad con la ley y las disposiciones que regulen la materia.</p> <p>Artículo 5. Registro y autorización. Únicamente podrá ejercer las especialidades médico quirúrgicas en medicina reguladas en esta norma, dentro del territorio nacional, el médico que haya obtenido su título de especialista conforme a lo establecido en el artículo 3° de la presente ley y se encuentre debidamente inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud, RETHUS, conforme a lo establecido por la Ley 1164 de 2007 y la reglamentación que para esta expida el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Artículo 6. Estímulos para médicos especialistas que presten sus servicios en zonas de alta dispersión geográfica y difícil acceso. El Gobierno Nacional establecerá incentivos académicos, investigativos y económicos para los médicos especialistas que presten sus servicios en zonas de alta dispersión geográfica y difícil acceso por un periodo mínimo de 6 meses continuos, tanto en el sector público como privado, de acuerdo a las necesidades del talento humano especializado.</p> <p>Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Educación, reglamentará dentro del año siguiente a la expedición de la presente ley, los criterios de definición de las zonas de alta dispersión geográfica y difícil acceso, así como la oferta de incentivos, estímulos y los requisitos para su acceso.</p> <p>Parágrafo 2. Será condonable la beca - crédito "Fondo Min Salud - ICETEX Ley 100/93" otorgada por el ICETEX en virtud de lo establecido en el artículo 193 de la Ley 100 de 1993 y los Decretos 1038 de 1995, 2745 de 2003, 780 de 2016, a aquellos beneficiarios que reciban su título de especialización y presten sus</p>
<p>servicios en zonas de alta dispersión geográfica y de difícil acceso, dentro de los 12 meses siguientes al grado y por un término que no podrá ser inferior al de duración de la especialidad. Dicho proceso deberá ser reglamentado por el Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el ICETEX en un término no superior a 6 meses a partir de la vigencia de la presente ley.</p> <p>Artículo 7. Ejercicio profesional. El médico especializado, podrá en ejercicio de su especialidad, realizar las actividades inherentes a la profesión médica en general y las específicas dictadas por la Lex Artis para cada caso en particular.</p> <p>Artículo 8. Las instituciones pertenecientes al Sistema General de Seguridad Social en Salud que tengan habilitados los servicios especializados en salud deberán vincular especialistas en el área, conforme a los términos establecidos en la presente ley y las disposiciones reglamentarias.</p> <p>Artículo 9. Las asociaciones y sociedades científicas de áreas de la medicina serán organizaciones médico científicas gremiales de carácter privado, actuarán como entes asesores, consultivos y de veeduría del ejercicio de la práctica de la especialidad y podrán ejercer funciones públicas cuando la Ley así lo prevea.</p> <p>Artículo 10. Ejercicio ilegal. El ejercicio de especialidades médicas y quirúrgicas, en áreas de la medicina por fuera de las condiciones establecidas en la presente ley se considera ejercicio ilegal de la medicina.</p> <p>Lo no previsto en la presente ley se registrá por las normas generales para el ejercicio de las profesiones de la salud.</p> <p>Artículo 11. Adiciónese un numeral en el artículo 130 de la ley 1438 de 2011, el cual quedará así:</p> <p>ARTÍCULO 130. INFRACCIONES ADMINISTRATIVAS. La Superintendencia Nacional de Salud impondrá sanciones de acuerdo con la conducta o infracción investigada, sin perjuicio de lo dispuesto en otras disposiciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así: (...)</p> <p>22. Ejercer de manera ilegal las profesiones de la salud de conformidad con las normas que regulan la materia.</p> <p>Artículo 12. El Ministerio de Educación Nacional cumplirá las siguientes obligaciones:</p>	<p>a. Reglamentar el proceso de convalidación, los créditos requeridos y competencias respectivas de las especialidades médicas.</p> <p>b. Impartir directrices a las Instituciones de Educación Superior para que en los programas de especialización en salud dispongan de los cupos académicos suficientes para cubrir la demanda de personal médico respectivo conforme a las necesidades de cobertura y calidad respetando siempre la autonomía universitaria.</p> <p>c. Fomentar el estudio cualitativo y cuantitativo en de las especialidades médicas vigentes y las requeridas en el país, y</p> <p>d. Definir las especialidades médicas y fijar sus competencias con el fin de establecer: i) las áreas de competencias de ejercicio general de los médicos generales, ii) las áreas de competencias de ejercicio profesional en salud que sean comunes entre especialidades afines, y iii) las áreas competencia de ejercicio profesional exclusivo correspondiente a cada especialidad.</p> <p>Para cumplir las anteriores obligaciones, el Ministerio de Educación Nacional en coordinación con el Ministerio de salud, instalará una mesa de trabajo intersectorial con la Academia Nacional de Medicina y las agremiaciones académicas de todas las áreas médicas quienes actuarán como comité asesor, y reglamentará lo previsto en el presente artículo en un término no superior a dos (2) años.</p> <p>Artículo 13 Vigencia. La presente ley rige a partir de su expedición y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias excepto las contenidas en la ley 6 de 1991 y la ley 657 de 2001.</p> <p>De los Honorables Representantes,</p>  <p>JOSE LUIS CORREA LOPEZ Representante a la Cámara</p>

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La Constitución de 1991 señala en el artículo 67 que “la educación es un derecho de la persona y un servicio público que tiene una función social; con ella se busca el acceso al conocimiento, a la ciencia, a la técnica, y a los demás bienes y valores de la cultura (...)”, otorgando a la educación una doble dimensión: (i) como un servicio público; y (ii) un derecho, con el fin de garantizar que todas las personas tengan acceso al conocimiento, la ciencia y la técnica, así como a los demás bienes y valores de la cultura, en consonancia con los fines y principios constitucionales del Estado Social y Democrático de Derecho.

De esta forma, la educación como servicio público exige del Estado y sus instituciones y entidades llevar a cabo acciones concretas para garantizar su prestación eficaz y continua a todos los habitantes del territorio nacional, es decir la educación se convierte en una obligación del Estado inherente a su finalidad social. Como derecho, la educación se constituye en la garantía que propende por la formación de los individuos en todas sus potencialidades, pues a través de ésta el ser humano puede desarrollar y fortalecer sus habilidades cognitivas, físicas, morales, culturales entre otras.

Por otro lado, debe señalarse que si bien la educación es un derecho social, económico y cultural, tanto el artículo 44 de la Carta en el caso de los niños, como la jurisprudencia de la H. Corte Constitucional en el caso de los adultos¹, la han reconocido como un derecho fundamental:

“El derecho a la educación, tanto en los tratados de derechos humanos suscritos por Colombia como en su consagración constitucional, es un derecho de la persona y, por lo tanto, es fundamental tanto en el caso de los menores como en el de los adultos. Su relación con la dignidad humana no se desvanece con el paso del tiempo y su conexión con otros derechos fundamentales se hace acaso más notoria con el paso del tiempo, pues la mayor parte de la población adulta requiere de la educación para el acceso a bienes materiales mínimos de subsistencia mediante un trabajo digno. Más allá de lo expuesto, la educación no sólo es un medio para lograr esos trascendentales propósitos sino un fin en sí mismo, pues un proceso de educación continua durante la vida constituye una oportunidad invaluable para el desarrollo de las capacidades humanas”.

Pero no sólo la Carta Política reconoce expresamente el derecho a la

¹ Corte Constitucional. Sentencia T-434 del 29 de octubre de 2018. M.P. Dra. Gloria Stella Ortiz Delgado.

educación, pues éste ha sido acreditado a nivel internacional por diversos tratados ratificados por Colombia y que hacen parte del Bloque de Constitucionalidad, al tenor del artículo 93 de la Constitución de 1991, así el artículo 26 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 toda persona tiene derecho a la educación, pues su propósito es el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y las libertades fundamentales.

De otra parte, el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su artículo 13 consagra que: “1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la educación. Conviene en que la educación debe orientarse hacia el pleno desarrollo de la personalidad humana y del sentido de su dignidad, y debe fortalecer el respeto por los derechos humanos y las libertades fundamentales. Conviene asimismo en que la educación debe capacitar a todas las personas para participar efectivamente en una sociedad libre, favorecer la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y entre todos los grupos raciales, étnicos o religiosos, y promover las actividades de las Naciones Unidas en pro del mantenimiento de la paz (...).2. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen que, con objeto de lograr el pleno ejercicio de este derecho: (...) c) La enseñanza superior debe hacerse igualmente accesible a todos, sobre la base de la capacidad de cada uno, por cuantos medios sean apropiados, y en particular por la implantación progresiva de la enseñanza gratuita (...)”.

Así mismo el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), que en el artículo 13 consagra el mismo contenido normativo del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas (Comité DESC), organismo que interpreta y vigila el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que en su Observación General No. 13 sobre el derecho a la educación, afirmó que éste “es el principal medio que permite a adultos y menores marginados económica y socialmente salir de la pobreza y participar plenamente en sus comunidades”.

Por otra parte, en cuanto a las normas nacionales adoptadas en cumplimiento de las obligaciones emanadas de la Constitución y el bloque de constitucionalidad, la Ley 115 de 1994, “Por la cual se expide la ley general de educación”, en su artículo 1° establece que “La educación es un proceso de formación permanente, personal, cultural y social que se fundamenta en una concepción integral de la persona humana, de su dignidad, de sus derechos y de sus deberes”.

De otra parte, la Constitución Política en su artículo 26, establece: “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 u oficios que no exijan formación académica son de libre ejercicio, salvo aquellas que impliquen un riesgo social. (...)”.

Lo cual es indicativo de que toda persona, a partir de sus cualidades, preferencias y perspectivas de vida en sociedad tiene derecho a elegir la labor que hacia el futuro concentrará sus esfuerzos en pro de sus intereses particulares y colectivos, es decir, cada persona elige –directa o indirectamente- un papel en la vida y se dedica a desarrollarlo con arreglo a sus posibilidades y al contexto histórico en que discurre, al propio tiempo que ese papel se va decantando de manera sustancial en el ejercicio de la profesión u oficio que le concierna a la persona.

Por su parte al Estado le corresponde ejercer el control que el ejercicio de las profesiones y oficios amerite, buscando siempre el debido equilibrio entre la salvaguarda de los postulados superiores y los derechos particulares, de manera tal que el Estado Social de Derecho se haga realidad en armonía con el cabal respeto y acatamiento que merecen los derechos de las personas en su perspectiva individual o colectiva. Éstas a su turno deben tener presente que el ejercicio de cualquier profesión u oficio implica responsabilidades frente a la comunidad y el Estado, razón por la cual a éste le corresponde expedir y aplicar estatutos de control bajo los parámetros vistos.

De este modo, la Ley Superior consagra: (i) la libertad de profesión u oficio, en cuanto la elección que las personas hagan de ellos, en desarrollo de su derecho de autodeterminación, y respecto del ejercicio de una u otro; (ii) la posibilidad legal de imponer restricciones, límites y controles al ejercicio de profesiones u oficios, por razones de interés general, como la exigencia de títulos de idoneidad o el sometimiento de tales actividades a la inspección y vigilancia administrativa; (iii) la extensión de tales controles a oficios, ocupaciones o artes que exijan formación académica, o que no requiriéndola, implican un riesgo social.

Así mismo, la Constitución Política, en el artículo 49 plantea la obligación estatal de la organización, dirección y reglamentación de la prestación del servicio de salud; y por su parte el artículo 67, se refiere a la educación como derecho y servicio público, coetáneamente estos deben ser regulados en aras de no tener déficit ni en la cobertura, ni en la prestación del servicio.

² Corte Constitucional. Sentencia C-098 del 11 de febrero de 2003. M.P. Jaime Araujo Rentería.

³ Corte Constitucional. Sentencia C-307 del 22 de mayo de 2013. M.P. Mauricio Gonzalez Cuervo.

Las normas colombianas pertinentes al tema son las siguientes:

- El artículo 26 de la Constitución Política de Colombia, que señala la libertad de escogencia de profesión u oficio.
- La ley 30 de 1992, dispone que le corresponde al Gobierno Nacional desarrollar procesos de evaluación que apoyen y fomenten la educación superior y velar por la calidad y adecuado cubrimiento del servicio.
- La ley 115 de 1994, “Por la cual se expide la ley general de educación” establece que “La educación es un proceso de formación permanente, personal, cultural y social que se fundamenta en una concepción integral de la persona humana, de su dignidad, de sus derechos y de sus deberes”.
- Ley 1164 de 2007, por la cual se dictan normas relacionadas con talento humano en salud.
- Ley 1122 de 2007, por medio de la cual se hacen algunas modificaciones en el sistema general de seguridad social en salud.
- Ley 1751 de 2015, estatutaria de salud.
- Decreto 1330 del 25 de julio de 2019 “Por el cual se sustituye el Capítulo 2 y se suprime el Capítulo 7 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 1075 de 2015 -Único Reglamentario del Sector Educación”
- La Resolución 20797 del 9 de noviembre del 2017, “Por medio de la cual se regula la convalidación de títulos de educación superior (...)”
- La Resolución 10687 de 2019, regula el proceso de convalidación de títulos de educación superior, otorgados en el exterior por instituciones legalmente autorizadas para ello, por parte de la autoridad competente en el respectivo país.

1. TALENTO HUMANO EN SALUD

El aumento de la densidad de talento humano en salud es deseable como factor clave para garantizar el acceso a la salud, más en un país como Colombia donde el incremento de cobertura del aseguramiento en los últimos lustros ha aumentado sustancialmente la demanda de servicios y aún existen dificultades de acceso a los mismos que afectan grupos de población ubicados en zonas dispersas o retiradas.

Sin embargo, se deben considerar elementos como la capacidad del sistema de salud y sus instituciones para absorber adecuadamente los incrementos en la oferta de este capital humano y su impacto en la empleabilidad, remuneración y desarrollo profesional.



Fuente: Colombia: Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, 2015. Los demás países: OPS.

“A partir de los 90s se ha observado un crecimiento sostenido de las instituciones y programas de formación profesional en el área de la salud. Los programas de nutrición y dietética, enfermería, odontología y medicina prácticamente se triplicaron en este período. Contrasta con este comportamiento la oferta de programas de optometría que muestra una reducción en el mismo período” (DTHSB, 2018).

Tabla 3. Programas pregrado de educación superior en salud 1974 - 2018.

Profesión	1974	1990	2006	2011	2018
Medicina	11	21	41	44	59
Odontología	4	11	18	26	32
Enfermería	12	19	38	47	56
Bacteriología	5	9	12	15	14
Nutrición y dietética	5	6	6	10	18
Optometría	5	13	7	9	12
Química farmacéutica	3	3	6	6	5
Fisioterapia	3	9	26	32	32
Terapia ocupacional	1	2	10	11	11
Terapia respiratoria	0	0	4	4	4
Instrumentación quirúrgica	0	0	11	10	18
Fonaudiología	1	2	13	15	15
Total	50	95	184	231	288

Fuente: i) 1974 - 2006: [Ruiz Gómez and Matallana 2(WB)... ii) 2018 (Ministerio de Educación Nacional 2018b). Fecha de consulta: marzo 21 de 2018.

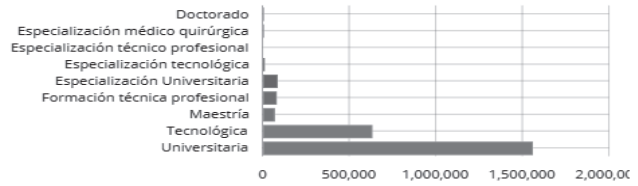
Para el año 2018, 108 programas del área de la salud han obtenido acreditación de alta calidad.

Tabla 4. Número de programas con acreditación de alta calidad, Colombia 2018

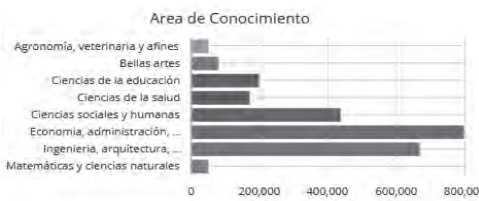
Programa	Oficial	Privada	Total
Bacteriología	3	4	7
Enfermería	11	13	24
Fisioterapia	4	7	11
Fonaudiología	3	1	4
Instrumentación quirúrgica	1	5	6
Medicina	12	16	28
Nutrición y dietética	4	1	5
Odontología	4	7	11
Optometría	4	3	7
Química Farmacéutica	4	1	5
Terapia ocupacional	2	1	3
Terapia respiratoria	2	2	4
Total general	48	60	108

Fuente: (Ministerio de Educación Nacional 2018b). Fecha de consulta: junio de 2018.

Nivel de Formación



Doctorado	6225
Especialización médica quirúrgica	4920
Especialización técnico profesional	106
Especialización tecnológica	9315
Especialización Universitaria	84432
Formación técnica profesional	78618
Maestría	68229
Tecnológica	630928
Universitaria	1557594



Agronomía, veterinaria y afines	49264
Bellas artes	78426
Ciencias de la educación	197183
Ciencias de la salud	169029
Ciencias sociales y humanas	435512
Economía, administración, contaduría y afines	794990
Ingeniería, arquitectura, urbanismo y afines	666265
Matemáticas y ciencias naturales	48898

Fuente: MINEDUCACIÓN- SNIES⁴

Por otro lado, la producción de las IPS públicas en el período 2002 - 2017 muestra un crecimiento superior al 50% en la mayor parte de servicios, los mayores crecimientos en la producción de servicios en las IPS públicas se observan en actividades de apoyo diagnóstico, cirugías y consultas urgentes que, por lo general están asociados a un mayor uso de tecnología y la intervención de personal especializado.

Tabla 5. Evolución de la producción de servicios IPS Públicas 2002-2017. (En miles de servicios)

Servicio	2002	2007	2010	2017	Var. 17/02
Consultas electivas	20.477	30.492	33.823	33.384	63%
Consultas urgentes	7.221	9.940	11.912	13.676	89%
Cirugías	665	766	1060	1.327	100%
Partos	440	348	337	255	-42%
Egresos	1.617	1.580	2.801	1.729	7%
Ex. Laboratorio	24.670	39.008	49.304	65.908	167%
Im. Diagnósticas	2.942	4.602	5.665	7.207	145%

Fuente: Información reportada por los hospitales en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004

Ante la ausencia de un modelo de atención en salud adecuado a las características del sistema de salud instaurado con la Ley 100 de 1993 y con la profundización de la descentralización y autonomía de las instituciones del sector salud, no se consolidó una estrategia unificada de gestión laboral del talento humano. No hay en el país una carrera sanitaria y no todo el personal sanitario tiene garantías legales que le proporcionen estabilidad y posibilidades de desarrollo profesional.

Tampoco se exige colegiatura profesional o pertenencia a asociaciones científicas, ni la presentación de evaluaciones de certificación o recertificación profesional, como requisitos para ejercicio de las profesiones y ocupaciones de la salud, como ocurre en otros países. En general, la vinculación de personal sanitario a los servicios de salud tiene como requisito básico la autorización vigente del ejercicio de una profesión u ocupación.

De acuerdo con la información del Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (SACES), plataforma que permite a las Instituciones de Educación Superior (IES) adelantar los trámites asociados al proceso de Registro Calificado y reconocimiento de Personería Jurídica; y por la información reportada por las IES al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (SNIES); actualmente existen 830 programas académicos en el nivel de formación de especialización con registro calificado activo para el año 2017⁵:

NIVEL DE FORMACIÓN	2017
Especialización universitaria	297
Especialización médico quirúrgica	533
TOTAL	830

Fuente: MEN - SNIES

Ahora bien, para el año 2017, se encontraban matriculados 10.481 estudiantes en el área de conocimiento de ciencias de la salud en el nivel de formación de

⁴ <https://hecaa.mineducacion.gov.co/consultaspublicas/content/poblacional/index.jsf>

⁵ Respuesta de Ministerio de educación. Radicado 20193-20118632 del 18 de junio de 2019.

especialización. De estos 4.772 cursan programas del nivel de especialización médico quirúrgica y 5.709 en otras especializaciones universitarias.

De otra parte, de acuerdo con la información reportada por las IES en el Sistema Nacional de Información de Educación Superior (SNIES), para los años 2016 y 2017, las Instituciones de Educación Superior han otorgado 5.529 títulos de educación superior en el área de conocimiento de ciencias de la salud en el nivel de especialización. De estos, 1.636 cursan programas del nivel de especialización médico quirúrgica y 3.893 en otras especializaciones universitarias. A continuación, se presentan los datos de graduados desagregados para los años 2016 y 2017:

NIVEL DE FORMACIÓN	2016	2017
Especialización universitaria	3.292	3.893
Especialización médico quirúrgica	1.600	1.636
TOTAL	4.892	5.529

Fuente: MEN - OLE

De acuerdo con la información reportada por las Instituciones de Educación Superior - IES en el Observatorio Laboral para la Educación - OLE, el cual es el Sistema de información especializado para el análisis de la pertinencia en la educación superior a partir del seguimiento a los graduados del país y su empleabilidad en el mercado laboral colombiano, para el año 2017 se otorgaron 5.529 títulos en el área de conocimiento de ciencias de la salud en el nivel de formación de especialización. De estos, 1636 corresponden a especializaciones médico quirúrgicas y 3.893 en otras especialidades universitarias del área de las ciencias de la salud. A continuación, se presentan los datos de graduados por departamento desagregados para los años 2016 y 2017:

Número de graduados en el área de conocimiento de ciencias de la salud en el nivel de especialización por departamento para los años 2016 y 2017

Departamento de grado	Nivel de formación	Años	
		2016	2017
Antioquia	Especialización Universitaria	308	268
Antioquia	Especialización Médico Quirúrgica	259	267
Atlántico	Especialización Universitaria	180	348
Atlántico	Especialización Médico Quirúrgica	82	121
Bogotá DC	Especialización Universitaria	1.408	1.542
Bogotá DC	Especialización Médico Quirúrgica	852	850
Bolívar	Especialización Universitaria	213	150
Bolívar	Especialización Médico Quirúrgica	70	72
Boyacá	Especialización Universitaria	36	275
Caldas	Especialización Universitaria	23	117
Caldas	Especialización Médico Quirúrgica	31	35
Casanare	Especialización Universitaria	1	0
Cauca	Especialización Universitaria	12	4
Cauca	Especialización Médico Quirúrgica	16	17
Cesar	Especialización Universitaria	26	0
Córdoba	Especialización Universitaria	14	8
Cundinamarca	Especialización Universitaria	61	53
Cundinamarca	Especialización Médico Quirúrgica	67	59
Guajira	Especialización Universitaria	1	13
Huila	Especialización Universitaria	14	47
Huila	Especialización Médico Quirúrgica	20	19
Magdalena	Especialización Universitaria	75	107
Meta	Especialización Universitaria	42	19
Nariño	Especialización Universitaria	51	89
Norte De Santander	Especialización Universitaria	1	22
Quindío	Especialización Médico Quirúrgica	1	0
Risaralda	Especialización Universitaria	177	207
Risaralda	Especialización Médico Quirúrgica	22	12
Santander	Especialización Universitaria	439	403
Santander	Especialización Médico Quirúrgica	63	75
Sucre	Especialización Universitaria	60	81
Tolima	Especialización Universitaria	20	14
Valle Del Cauca	Especialización Universitaria	130	126
Valle Del Cauca	Especialización Médico Quirúrgica	117	109
Total		4.892	5.529

Fuente: MEN - OLE

De acuerdo con la tabla, Bogotá D.C., es la ciudad con la mayor cantidad de graduados en estas especializaciones con un total de 4.562 en los años 2016 y 2017, seguidos por los departamentos de Antioquia y Santander con 1.102 y 980 graduados, respectivamente.

De otra parte y de conformidad con algunos estudios previos que tienen en cuenta las estimaciones realizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, en 2017 Colombia disponía de 102.230 médicos, de los cuales, en ese momento, cerca de

25 mil son especialistas en áreas diagnósticas, clínicas y quirúrgicas, distribuidos de la siguiente manera:

Número estimado de médicos especialistas según el grupo de formación, 2010 - 2017⁶

Año	Especialidades médicas en			Total
	Áreas clínicas	Áreas quirúrgicas	Áreas diagnósticas	
2011	9.342	6.796	1.140	17.278
2012	9.806	7.107	1.204	18.219
2013	10.581	7.480	1.276	19.297
2014	11.523	7.805	1.378	20.705
2015	12.358	8.177	1.467	22.031
2016	13.301	8.553	1.580	23.444
2017	14.251	8.959	1.714	24.925

Fuente: Cálculos de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, 2017

Así mismo y considerando la información de los médicos inscritos en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud - ReTHUS que realizaron cotizaciones al SGSSS a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes - PILA durante 2016, a continuación, se presenta una estimación departamental por periodo, de la densidad de estos profesionales por cada 10 mil habitantes, tomando en consideración la ubicación laboral reportada en la PILA:

Densidad estimada de profesionales en medicina por cada 10.000 habitantes, según departamento 2016

Departamento	Medicina
05 - Antioquia	20,4
08 - Atlántico	26,0
11 - Bogotá, D.C.	37,4
13 - Bolívar	16,0
15 - Boyacá	14,8
17 - Caldas	18,5
18 - Cauquetá	8,1
19 - Cauca	11,6
20 - Cesar	17,0
23 - Córdoba	11,7
25 - Cundinamarca	9,3
27 - Chocó	4,9
41 - Huila	15,3
44 - La Guajira	8,9
47 - Magdalena	12,7
50 - Meta	14,1
52 - Nariño	12,0
54 - Norte de Santander	12,3
63 - Quindío	18,0
66 - Risaralda	21,5
68 - Santander	22,7
70 - Sucre	13,1
73 - Tolima	12,8
76 - Valle del Cauca	20,8
81 - Arauca	11,6
85 - Casanare	15,8
86 - Putumayo	8,7
88 - Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	15,3
91 - Amazonas	13,1
94 - Guainía	10,4
95 - Guaviare	8,2
97 - Vaupés	3,6
99 - Vichada	10,3

Fuente: Cálculos de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, MSPS, 2017.

Ahora bien, de acuerdo con el documento "Aproximaciones a la estimación de la oferta y la demanda de médicos especialistas en Colombia, 2015-2030"⁷ del Ministerio de Salud, para el año 2019 el número de especialistas médicos y quirúrgicos es 28.088 distribuidos en las principales especialidades, así:

⁶ Respuesta Ministerio de salud. Radicado 201810001034381 del 28-08-2018

⁷ Ministerio de salud y protección social. Respuesta al Congreso, radicado 201925100792391 del 25-06-2019.

Número estimado de especialistas médico-quirúrgicos en Colombia, según niveles de formación.

Especialidad médica	Estimación número de especialistas - 2019
Alergología	75
Anestesiología	3.531
Dermatología	921
Genética Médica	27
Medicina Aeroespacial	33
Medicina de Urgencias	230
Medicina del Deporte	289
Medicina del dolor y cuidados paliativos	53
Medicina del Trabajo	342
Medicina Estética	4
Medicina Familiar	652
Medicina Física y Rehabilitación	405
Medicina Interna	4.070
Neurología	399
Pediatría	3.891
Psiquiatría	1.151
Toxicología Clínica	51
Medicina forense	42
Radioterapia	115
Cirugía General	2.097
Cirugía Pediátrica	158
Cirugía Plástica	814
Ginecología y Obstetricia	2.442
Neurocirugía	373
Oftalmología	1.282
Ortopedia y Traumatología	1.438
Otorrinolaringología	630
Urología	584
Medicina Nuclear	77
Patología	533
Radiología e Imágenes Diagnósticas	1.376

Fuente: proyecciones 2019 DDTHS, 'Aproximaciones a la estimación de la oferta y la demanda de médicos especialistas en Colombia, 2015 - 2030' 2017

Así mismo y de acuerdo al mencionado estudio, en la actualidad no todos los especialistas se encuentran inscritos en el Registro Único de Talento Humano en Salud ReTHUS, por lo que no se puede tener una distribución geográfica precisa de los mismos, no obstante, de 14.356 especialistas se presenta la siguiente distribución por Departamento:

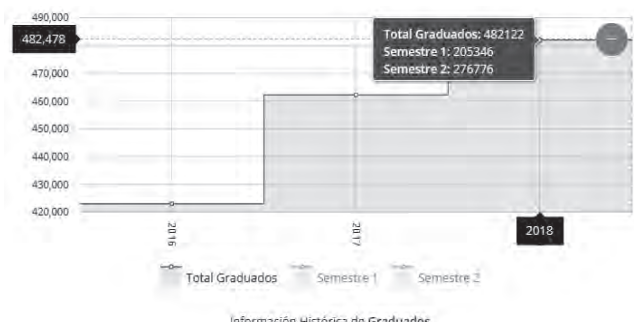


Fuente: Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud- Cálculo cruzo base de datos ReTHUS - PIA, 17 de junio 2019.

Por último, en el país hay 78.914 servicios de IPS y 49.628 sedes de profesionales independientes habilitadas para prestar servicios de salud de medicina especializada, de conformidad con lo establecido en el registro de proveedores de servicios de salud, los cuales se concentran en su mayoría en Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca.

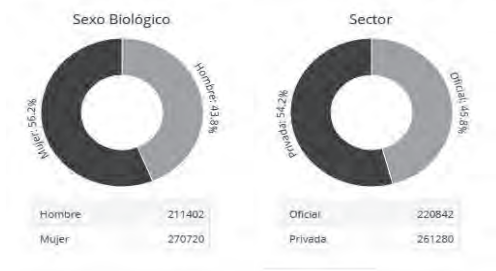
Graduados 2018

- La información correspondiente al número de títulos académicos otorgados a las personas que han terminado un programa académico en pregrado o posgrado y han cumplido con los requisitos de ley y los exigidos por la respectiva institución de educación superior.
- Los niveles de formación, áreas de conocimiento y núcleos básicos de conocimiento se encuentran específicos a la caracterización del 2018.



Fuente: SNIES

Detalle: Graduados por categoría Total: 482122



Fuente: SNIES

Doctorado	803
Especialización médica quirúrgica	1777
Especialización técnica profesional	sesenta y cinco
Especialización tecnológica	2892
Especialización Universitaria	71748
Formación técnica profesional	20497
Maestría	27151
Tecnológica	130601
Universitaria	226508



Fuente: SNIES

Agronomía, veterinaria y afines	7544
Bellas artes	13536
Ciencias de la educación	44819
Ciencias de la salud	32059
Ciencias sociales y humanas	80145
Economía, administración, contaduría y afines	185051
Ingeniería, arquitectura, urbanismo y afines	111232
Matemáticas y ciencias naturales	7736

Fuente: SNIES

Por otro lado, según cifras del Ministerio de Educación, permiten 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.

Y si bien hay cerca de 1,5 médicos por cada 1.000 habitantes, el dato baja al revisar el número de especialistas, pues hasta 2018, el Ministerio de Educación reveló que había 19.382 especialistas, es decir, 26,5% del total de médicos en el país. Así las cosas, y con las cuentas finales del total de especialistas, el cálculo estima que por cada 1.000 habitantes habría 0,4 profesionales especializados.

Los analistas señalan que esta crisis de salud escala muy rápido, por lo que no son suficientes los médicos especialistas tales como internistas, infectólogos, anestesiólogos, urgenciólogos, y personal de cuidados intensivos y de urgencias. En cifras, la cantidad de personal que pertenece a estas especialidades no supera los 4.000, pues sólo de médicos internistas, quienes son los más necesarios había hasta 2018, 3.428 graduados" (La República, 2020)

2. ANTECEDENTES LEGISLATIVOS

Durante la última década han sido varias las iniciativas que se han pretendido presentar reglamentando las especialidades médicas, no obstante, estas no han podido salir adelante toda vez que se han archivado durante su trámite legislativo.

Así mismo, cada especialidad médica ha pretendido adelantar su propio proyecto de ley, como se enuncia en el siguiente cuadro, sin que ninguna haya tenido éxito:

ESPECIALIDAD	PROYECTO	AUTOR
CIRUGIA PLASTICA	Proyecto de ley de 2012 Senado "Por medio de la cual se reglamenta el ejercicio de la cirugía plástica, estética y reconstructiva en Colombia y se dictan otras disposiciones"	Senador Juan Francisco Lozano Representante Didier Burgos Ramírez
	Proyecto de ley 92 de 2014 Senado	Senadores Jorge Iván Ospina y Oscar Mauricio Lizcano
	Proyecto de ley 186/2016 "Por medio del cual se reglamenta el ejercicio de la cirugía plástica estética y las especialidades médico"	Representante Margarita Restrepo

	quirúrgicas con competencias formales en procedimientos médicos y quirúrgicos estéticos en Colombia y se dictan otras disposiciones"	
	Proyecto de Ley No 349 de 2019 Cámara "Por la cual se regulan los procedimientos médicos y quirúrgicos con fines estéticos y se dictan otras disposiciones"	Representantes Margarita Restrepo y Jairo Cristancho
ALERGOLOGIA	Proyecto de ley 078 de 2016 Senado " <u>por la cual se reglamenta los programas clínicos en alergología y se dictan otras disposiciones.</u> "	Senador Antonio José Correa Jiménez
	Proyecto de ley número 196 de 2016 Senado, por la cual se reglamenta el ejercicio de la Alergología Clínica, sus procedimientos y se dictan otras disposiciones"	Senador Antonio José Correa Jiménez
	Proyecto de ley 169 de 2018 Senado " <u>Por la cual se reglamenta el ejercicio de la alergología clínica, sus procedimientos y se dictan otras disposiciones</u> "	Senador Alejandro Corrales Escobar Representante Gabriel Jaime Vallejo Chujfi
DERMATOLOGIA	Proyecto de ley 220 de 2017 Senado " <u>por medio de la cual se reglamenta la especialidad médica de la dermatología y se dictan otras disposiciones</u> "	Senador Edinson Delgado Ruiz
PEDIATRIA	Proyecto de ley 51 de 2017 Senado "por medio de la cual se protege el derecho a la salud del menor"	Senador Rodrigo Villalba
	Proyecto de ley número 224 de 2017 "por medio de la	Senador Rodrigo Villalba

PROYECTO DE LEY NÚMERO 076 DE 2020 CÁMARA

por medio del cual se fortalece e incentiva la formación profesional y de posgrados de los atletas de altos logros.

PROYECTO DE LEY NÚMERO _____ DE 2020 CÁMARA

Por medio del cual se fortalece e incentiva la formación profesional y de posgrados de los atletas de altos logros.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1º. Objeto. Esta ley tiene por objeto garantizar el acceso real de los deportistas de alto rendimiento a la educación superior, a partir de estímulos que favorezcan las condiciones para que estos puedan cursar programas universitarios profesionales que les garanticen su sustento una vez culminado su ejercicio profesional como deportistas de alto rendimiento.

Artículo 2º. Modifíquese el artículo 38 de la Ley 181 de 1995, el cual quedará así:

"Artículo 38. Las instituciones públicas cuyo objeto sea el otorgamiento de créditos educativos, desarrollarán programas especiales para el otorgamiento de créditos a deportistas colombianos con reconocimientos previamente avalados por el Ministerio del Deporte en campeonatos nacionales, internacionales o mundiales de carácter oficial, en las modalidades de oro, plata y bronce.

Los créditos podrán contemplar, además de la cobertura de la matrícula, gastos propios del estudio, tales como el transporte, vivienda o la alimentación".

Artículo 3º. Modifíquese el artículo 39 de la Ley 181 de 1995, el cual quedará así:

"Artículo 39. Las instituciones públicas de educación secundaria y superior exonerarán del pago de todos los derechos de estudio a los deportistas colombianos a que se refiere el artículo 36 de esta ley, durante el término que se mantengan como titulares del reconocimiento deportivo y hasta dos años después de dicho reconocimiento, siempre y cuando demuestren ingresos laborales propios inferiores a cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes o ingresos familiares inferiores a seis (6) salarios mínimos mensuales legales vigentes".

Artículo 4º. Inclúyase un párrafo al artículo 43 de la Ley 181 de 1995, el cual quedará así:

De los Honorables Representantes,



JOSE LUIS CORREA LOPEZ
Representante a la Cámara

	cual se protege el derecho a la salud del menor"	Representante Flora Perdomo Andrade
ONCOLOGÍA	Proyecto de ley 039 de 2007 Cámara "Por la cual se reglamentan las especialidades médicas de: Hematología, Oncología Clínica, Hematología/Oncología Clínica, Hematología Pediátrica, Oncología Pediátrica y Hematología/Oncología Pediátrica, Radioterapia Oncológica y se dictan otras disposiciones."	Representante <u>Pedro Mary Muvdi Aranguena</u>
ESPECIALIDADES MEDICAS	Proyecto de ley No. 056 de 2019 Cámara "Por la cual se regula el ejercicio de las especialidades médicas y quirúrgicas en medicina y se dictan otras disposiciones"	Representante Jose Luis Correa Lopez

Artículo 43. Las universidades públicas o privadas establecerán mecanismos de estímulo que faciliten el ingreso de los deportistas colombianos con reconocimientos deportivos oficiales a sus programas académicos.

Parágrafo. En el marco de la autonomía universitaria, los estímulos a los que se refiere este artículo no sólo incluirán los gastos propios de la matrícula, sino también aquellos gastos asociados al estudio, tales como vivienda, transporte o alimentación.

Artículo 5°. El Gobierno nacional podrá establecer un régimen de estímulos para atletas de altos logros, los cuales en ningún caso constituirán salario. También podrá establecer estímulos de educación continua, crédito para instalación, equipos, vivienda y transporte. Igualmente, las Federaciones Deportivas promoverán la práctica deportiva en las instituciones de educación superior.

Artículo 6°. Vigencia. La presente ley rige a partir de su publicación y deroga todas aquellas que le sean contrarias.

De los Honorables Congresistas,



JOSE LUIS CORREA LOPEZ
Representante a la Cámara por Caldas

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. ESTADÍSTICA DEPORTISTAS Y MEDALLAS EN COLOMBIA

El deporte es una actividad física de gran importancia para la salud y el bienestar de los seres humanos y en Colombia hace parte fundamental de la formación de sus ciudadanos desde la educación básica, hasta la superior y de posgrado. En algunos casos desde pequeños los niños se interesan por pertenecer a clubes o ligas de alguna disciplina deportiva con el fin de competir a nivel local, con el paso del tiempo y la experiencia deciden tomarlo como opción de vida y representar al país a nivel competitivo internacionalmente y es a estas personas a quienes se les reconoce como deportistas de altos logros o altos rendimiento y como lo define Coldeportes es aquel "Deportista que se desarrolla en la alta competencia y por tanto en procesos de preparación deportiva de forma sistemática, con alta exigencia y con el fin de obtener altos logros deportivos."¹

Debido a la importancia, esfuerzo y dedicación de cada uno de estos deportistas que se hace necesario identificar la participación de estos en competencias internacionales y han obtenido algún reconocimiento a nivel de medallas dentro de cada una de las disciplinas reconocidas por los diferentes comités olímpicos, paralímpicos y de otro tipo de competencias de alto rendimiento como se relaciona a continuación, en algunos certámenes o competencias internacionales:

Compilación de Medallería colombiana al 2016:

¹ http://www.coldeportes.gov.co/atencion_ciudadania/glosario_tematico/centro_servicios_biomedicos/deportista_alto_rendimiento

Edición	Deportista	Disciplina	Oro	Plata	Bronce	Total
Múnich 1972	Helmut Bellingrodt	Tiro deportivo		1		1
Múnich 1972	Alfonso Pérez	Boxeo			1	1
Múnich 1972	Clemente Rojas	Boxeo			1	1
Los Angeles 1984	Helmut Bellingrodt	Tiro deportivo		1		1
Seúl 1988	Jorge Julio Rocha	Boxeo			1	1
Barcelona 1992	Ximena Restrepo	Atletismo			1	1
Sidney 2000	Maria Isabel Uruña	Lev. Pesas	1			1
Atenas 2004	Mabel Mosquera	Lev. Pesas			1	1
Atenas 2004	Maria Luisa Calle	Ciclismo			1	1
Beijing 2008	Diego Salazar Quintero	Lev. Pesas		1		1
Beijing 2008	Jackeline Rentlería	Lucha			1	1
Londres 2012	Mariana Pajón	BMX	1			1
Londres 2012	Catherine Ibarguen	Atletismo		1		1
Londres 2012	Oscar Figueroa	Lev. Pesas		1		1
Londres 2012	Rigoberto Urán	Ciclismo		1		1
Londres 2012	Jackeline Rentlería	Lucha			1	1
Londres 2012	Oscar Muñoz	Taekwondo			1	1
Londres 2012	Carlos Oquendo	BMX			1	1
Londres 2012	Yuri Alvear	Judo			1	1
Río 2016	Oscar Figueroa	Lev. Pesas	1			1
Río 2016	Catherine Ibarguen	Atletismo		1		1
Río 2016	Mariana Pajón	BMX	1			1
Río 2016	Yubajen Martínez	Boxeo		1		1
Río 2016	Yuri Alvear	Judo		1		1
Río 2016	Ingrid Valencia	Boxeo			1	1
Río 2016	Carlos Ramírez	BMX			1	1
Río 2016	Luis Javier Mosquera	Lev. Pesas			1	1
Total			5	8	14	27

Juegos olímpicos:

²Coldeportes



Clasificación del país	Deportista	Disciplina	Edición	Oro	Plata	Bronce	Total
1	Mariana Pajón	Ciclismo	Río de Janeiro 2016 Londres 2012	2	0	0	2
2	Oscar Figueroa	Halterfilia	Río de Janeiro 2016 Londres 2012	1	1	0	2
2	Catherine Ibarguen	Atletismo	Río de Janeiro 2016 Londres 2012	1	1	0	2
3	Maria Isabel Uruña	Halterfilia	Seúl 2000	1	0	0	1
4	Helmut Bellingrodt	Tiro deportivo	Los Angeles 1984 Múnich 1972	0	2	0	2
5	Yuri Alvear	Judo	Río de Janeiro 2016 Londres 2012	0	1	1	2
6	Yubajen Martínez	Boxeo	Río de Janeiro 2016	0	1	0	1
6	Rigoberto Urán	Ciclismo	Londres 2012	0	1	0	1
6	Diego Salazar	Halterfilia	Paris 2008	0	1	0	1
6	Ledy Sainz	Halterfilia	Paris 2008	0	1	0	1
7	Jackeline Rentlería	Lucha	Londres 2012	0	0	2	2
8	Clemente Rojas	Boxeo	Múnich 1972	0	0	1	1
8	Alfonso Pérez	Boxeo	Múnich 1972	0	0	1	1
8	Jorge Julio Rocha	Boxeo	Seúl 1988	0	0	1	1
8	Ximena Restrepo	Atletismo	Barcelona 1992	0	0	1	1
8	Mabel Mosquera	Halterfilia	Atenas 2004	0	0	1	1
8	Maria Luisa Calle	Ciclismo	Atenas 2004	0	0	1	1
8	Oscar Muñoz	Taekwondo	Londres 2012	0	0	1	1
8	Carlos Oquendo	Ciclismo	Londres 2012	0	0	1	1
8	Carlos Ramírez Yapeo	Ciclismo	Río de Janeiro 2016	0	0	1	1
8	Luis Mosquera	Halterfilia	Río de Janeiro 2016	0	0	1	1
8	Ingrid Valencia	Boxeo	Río de Janeiro 2016	0	0	1	1

JUEGOS MUNDIALES:

Participaciones	País	Disciplinas	Tamaño Delegación			Abanderado
			Deportistas	Hombres	Mujeres	
1	Chuncheon 2000	8 deportes	12	8	Maria Luisa Calle	Patinaje de velocidad
2	Kochi 2006	8 deportes	12	10	Nelson Garzón	Patinaje de velocidad
3	Cali 2013	46 deportes	113	91	Jorge Luis Cifuentes	Patinaje de velocidad

³ https://es.wikipedia.org/wiki/Colombia_en_los_Juegos_Ol%C3%ADmpicos

Medallistas mundiales

Clasificación del País	Deportista	Disciplina	Edición				Total
1	Andrés Felipe Muñoz	Patínaje de velocidad	Kochung 2009 y Cali 2013	5	3	4	12
2	Pedro Casull Rojas	Patínaje de velocidad	Kochung 2009 y Cali 2013	3	0	2	5
3	Silvia Natalia Niño	Patínaje de velocidad	Atta 2001 y Duisburgo 2005	2	1	2	5
4	Jennifer Alexa Cabedo Mejía	Patínaje de velocidad	Duisburgo 2005	1	2	1	4
5	Jorge Luis Cifuentes	Patínaje de velocidad	Kochung 2009 y Cali 2013	1	2	0	3
6	Jorge Andrés Botero	Patínaje de velocidad	Lans 1987 y Atta 2001	1	1	2	4
7	Cecilia Baena	Patínaje de velocidad	Duisburgo 2005	1	1	1	3
7	Yeni Puerto	Patínaje de velocidad	Kochung 2009 y Cali 2013	1	1	1	3
9	Alexandra Vivas	Patínaje de velocidad	Atta 2001	1	1	0	2
9	Manuel Ochoa	Bólox	Kochung 2009	1	1	0	2
11	Berenice Moreno	Patínaje de velocidad	Atta 2001	1	0	2	3
12	María Isabel Lirio	Halterofilia	Lans 1987	1	0	0	1
12	Jefferson Benjumea/Achene Avila	Bate deportivo	Cali 2013	1	0	0	1
12	Andrés Rendon	Karaté	Cali 2013	1	0	0	1
12	José Ramírez	Karaté	Cali 2013	1	0	0	1
12	Lina Gomez	Karaté	Cali 2013	1	0	0	1
17	Romney Muñoz	Patínaje de velocidad	Cali 2013	0	2	2	4
18	Marta Lucía Ramirez	Patínaje de velocidad	Kochung 2009	0	2	0	2
18	Fania Segura	Patínaje de velocidad	Cali 2013	0	2	0	2

20	Mauricio Fernández	Natación con aletas	Cali 2013	0	1	1	2
21	Carmeniz Delgado	Halterofilia	Lans 1987	0	1	0	1
22	Carlos Penagos	Patínaje de velocidad	Lans 1987	0	1	0	1
22	Miguel Rueda	Patínaje de velocidad	Atta 2001	0	1	0	1
22	Diego Rosero	Patínaje de velocidad	Atta 2001	0	1	0	1
22	Anderson Alza	Patínaje de velocidad	Duisburgo 2005	0	1	0	1
22	Nelson Garzon	Patínaje de velocidad	Kochung 2009	0	1	0	1
22	Anggie Ramirez	Bólox	Kochung 2009	0	1	0	1
22	Ana Escandon	Karaté	Cali 2013	0	1	0	1
22	Cristina Araya	Pacuquetball	Cali 2013	0	1	0	1
22	Juan Durque	Natación con aletas	Cali 2013	0	1	0	1
22	Juan Ocampo	Natación con aletas	Cali 2013	0	1	0	1
22	Leonidas Romero	Natación con aletas	Cali 2013	0	1	0	1
33	Hernando Montaña	Patínaje de velocidad	Lans 1985	0	0	1	1
33	Juan Belancourt	Patínaje de velocidad	Lans 1987	0	0	1	1
33	Simón Siegart	Esquí acuático	Lans 1987	0	0	1	1
33	Carmelo Andrés Orozco	Patínaje de velocidad	Duisburgo 2005	0	0	1	1
33	Wilson Abate	Ju-Jitsu	Cali 2013	0	0	1	1
33	Grace Fernández	Natación con aletas	Cali 2013	0	0	1	1
33	Sara Lopez	Anzuelo	Cali 2013	0	0	1	1
33	Nataly Ochoa	Patínaje artístico	Cali 2015	0	0	1	1
33	Leonador Ricardo/Marcela Cruz	Patínaje artístico	Cali 2015	0	0	1	1
33	Miguel Ángel Rodríguez Forero	Squash	Cali 2013	0	0	1	1

⁴ https://es.wikipedia.org/wiki/Colombia_en_los_Juegos_Mundiales

JUEGOS SURAMERICANOS DE 2010

Clasificación del País	Clasificación del Total	Deportista	País	Disciplina				Total
1	1	Ciara Juliana Guerrero Londono	Colombia	Bólox	5	1	0	6
1	1	Jercy Puerto Ortiz	Colombia	Patínaje	6	1	0	7
3	3	Manuel Hernando Ochoa Ortiz	Colombia	Bólox	5	0	0	5
4	6	Kelly Ximena Martínez Taiborda	Colombia	Patínaje	5	2	0	7
5	7	Jorge Luis Cifuentes Méndez	Colombia	Patínaje	5	1	0	6
5	7	Jaime Andrés Gómez Arzola	Colombia	Bólox	5	1	0	6
7	11	Marta Lucía Ramírez Cardona	Colombia	Patínaje	4	3	0	7
8	12	Pedro Casull Rojas	Colombia	Patínaje	4	2	0	6
9	19	Diana María García Orrego	Colombia	Ciclismo	4	0	0	4
10	21	Sigrin Romero Duque	Colombia	Tiro con arco	3	3	1	7

5

⁵ https://es.wikipedia.org/wiki/Colombia_en_los_Juegos_Suramericanos

JUEGOS CENTROAMERICANOS Y DEL CARIBE MAYAGÜEZ 2010

Clasificación del País	Clasificación del Total	Deportista	País	Disciplina				Total
1	5	Jorge Luis Cifuentes	Colombia	Patínaje de velocidad	5	1	0	6
2	12	Ómar A. Pinzón García	Colombia	Natación	4	0	2	6
2	12	Rocio Restrepo	Colombia	Bólox	4	0	2	6
4	14	Jorge Giraldo	Colombia	Gimnasia artística	4	0	1	5
5	15	Juan Arango	Colombia	Ciclismo de Pista	4	0	0	4
6	18	Alexandra Vivas	Colombia	Patínaje de velocidad	3	3	0	6
7	20	Andrés Muñoz	Colombia	Patínaje de velocidad	3	2	1	6
8	20	Elizabeth Ámado	Colombia	Patínaje de velocidad	3	1	1	5
9	26	Pedro Casull	Colombia	Patínaje de velocidad	3	0	1	4
10	28	Cecilia Baena	Colombia	Patínaje de velocidad	3	0	0	3
10	28	Héctor de las Salas	Colombia	Halterofilia	3	0	0	3
10	28	Diego Salazar	Colombia	Halterofilia	3	0	0	3
10	28	Leidy Soils	Colombia	Halterofilia	3	0	0	3
10	28	Wilmer Torres	Colombia	Halterofilia	3	0	0	3
10	28	Ubaldina Velozes	Colombia	Halterofilia	3	0	0	3

6

⁶ https://es.wikipedia.org/wiki/Colombia_en_los_Juegos_Centroamericanos_y_del_Caribe

JUEGOS OLÍMPICOS DE LA JUVENTUD

Clasificación del País	Edición de los Juegos	Deportista	Disciplina	Or	Pl	Br	Total
1	Singapur 2010	Juan Sebastián Gómez ⁷	Tenis	1	0	0	
1	Singapur 2010	Brayan Ramírez David Oquendo Jessica Lergada Jhonatan Botero ⁸	Ciclismo	1	0	0	
1	Nankín 2014	Brándon Rivera Vargas John Rodríguez Salazar	Ciclismo	1	0	0	
4	Singapur 2010	Juan Carlos Carrillo ⁴	Boxeo	0	1	0	
4	Singapur 2010	Mario Gamboa ⁵	Equitación	0	1	0	
4	Singapur 2010	José Mená ⁶	Halterofilia	0	1	0	
7	Nankín 2014	Andrés Calcedo Piedrahíta	Halterofilia	0	0	1	
7	Nankín 2014	Debbie Yopasa Gomez	Taekwondo	0	0	1	

El deporte paralímpico también cuenta con notables logros a nivel competitivo y de medallera, en el 2017 se obtuvieron 47 oros, 39 platas y 25 bronce en los juegos Parapanamericanos Juveniles de Sao Paulo, en el Para Atletismo fueron 1 oro, 4 platas y 5 bronce, en el Primer Mundial de Para Atletismo en Notwill, Suiza se consiguieron 8 oros, 4 platas y 2 bronce, a nivel de Para Ntación Colombia ganó el Mundial de México con 9 oros, 2 platas y 2 bronce, en Powerlifting 1 oro y 1 plata, Paracycling se llevó en Sudáfrica 2 oros, 1 plata y 2 bronce, así como con deportes como el Para Taekwondo con el que se obtuvo una medalla de oro en el Mundial de Londres y el Surf adaptado con un bronce el deporte paralímpico demuestra unos grandes resultados resaltando la importancia del deporte para esta población. ⁸

⁷ https://es.wikipedia.org/wiki/Colombia_en_los_Juegos_Ol%C3%ADmpicos_de_la_Juventud

⁸ https://comiteparalimpicocolombiano.org/item/articulo/944/categoria_cms/13

Juegos Paralímpicos de Verano

Evento	Or	Pl	Br	Total
Toronto 1976	0	0	0	0
Arnhem 1980	1	0	1	2
Nueva York 1984	-	-	-	-
Stoke Mandeville 1984 ¹¹	-	-	-	-
Seúl 1988	0	0	0	0
Barcelona 1992	0	0	0	0
Atlanta 1996	0	0	0	0
Sidney 2000	0	0	0	0
Atenas 2004	0	0	0	0
Pekín 2008	0	1	1	2
Londres 2012	0	2	0	2
Río de Janeiro 2016	2	5	10	17
TOTAL	3	8	12	23

Medallero Histórico:

Evento	Or	Pl	Br	Total
Londres 1985	0	0	1	1
Lahti 1997 ²	2	2	2	6
Akita 2001 ³	3	5	5	13
Duisburgo 2005 ⁴	3	4	4	11
Kaohsiung 2009	4	5	3	12
Cali 2013	8	13	10	31
Breslavia 2017	9	10	2	21
Total	29	39	27	85

⁹ https://es.wikipedia.org/wiki/Colombia_en_los_Juegos_Paral%C3%ADmpicos

2. PANORAMA NACIONAL ACTUAL

MINISTERIO DEL DEPORTE¹⁰

Uno de los fines y objetivos que se dictaron en 1995 con la Ley 181 es "Integrar la educación y las actividades físicas, deportivas y recreativas en el sistema educativo general en todos sus niveles." Pero haciendo una revisión no se evidencia una integración de estos elementos y los incentivos o apoyos van orientados más hacia la parte económica, de seguimiento, formación en la categoría deportiva y en la parte psicológica, es notoria la ausencia de becas ligadas directamente con la educación a nivel profesional y de posgrado como se expone a continuación:

Dentro de los programas, incentivos, reconocimientos o becas que se otorgan por parte de Coldeportes a los deportistas de alto rendimientos se encuentra el programa de apoyo al atleta excelencia que está regulado en la resolución 222 de 2017 del Departamento Administrativo del Deporte, la Recreación, la Actividad Física y el Aprovechamiento del Tiempo Libre y el que tiene como objeto principal "Fomentar el desarrollo deportivo de altos logros del país a través de la asistencia técnica, de ciencias aplicadas al deporte y desarrollo psicosocial para atletas con proyección deportiva, con el fin de mejorar los resultados deportivos en Juegos del Ciclo Olímpico, Paralímpico y Sordolímpicos, y competiciones a nivel internacional."

Así mismo en su Artículo 5° contempla los beneficios dependiendo de la categoría de cada atleta de la siguiente manera:

- Técnico metodológico:

- Seguimiento técnico de los metodólogos de Coldeportes, Comité Olímpico Colombiano (COC), Comité Paralímpico Colombiano (CPC).

- Designación de entrenadores por Coldeportes, el Comité Olímpico Colombiano (COC) y Comité Paralímpico Colombiano (CPC), las respectivas federaciones deportivas nacionales y los entes deportivos departamentales para el cumplimiento de los planes de entrenamiento del atleta.

- Preparación y participación deportiva previa evaluación técnica por parte de Coldeportes, el Comité Olímpico Colombiano (COC) y Comité Paralímpico Colombiano (CPC), las respectivas federaciones deportivas nacionales, entes deportivos departamentales y ligas deportivas.

- Ciencias del deporte

¹⁰ Respuesta derecho de petición radicado 2019EE0004690

- Evaluación e intervención en el área de ciencias del deporte de Coldeportes, el Comité Olímpico Colombiano (COC) y Comité Paralímpico Colombiano (CPC), las respectivas Federaciones Deportivas Nacionales y los Entes Deportivos Departamentales.

- Capacitación en áreas de la salud desde Coldeportes, el Comité Olímpico Colombiano (COC) y Comité Paralímpico Colombiano (CPC), las respectivas federaciones deportivas nacionales y los entes deportivos departamentales.

- Suministro de medicamentos y ayudas ergogénicas, según lo establezca la coordinación del Centro de Ciencias del Deporte de Coldeportes.

- Desarrollo psicosocial:

- Desarrollo del Programa de intervención psicosocial del atleta colombiano (PIPAC), valoración, asesoría, capacitación y seguimiento en los componentes del Programa de intervención psicosocial del atleta colombiano (PIPAC), para el apoyo al atleta y al entrenador en la construcción de un proyecto de vida integral que incluye aspectos personales: educativo, inserción laboral y retiro, sociofamiliares: redes de apoyo y deportivos: alojamiento, alimentación, transporte, vivienda, entre otros. Liderados por Coldeportes en articulación con los entes departamentales.

- Asesoría y supervisión a la seguridad social de los atletas, por parte de Coldeportes desde el grupo interno de trabajo de desarrollo psicosocial.

- Económico:

Entrega de un apoyo económico mensual de acuerdo a cada una de las categorías, exceptuando la categoría talentos según lo establecido en el artículo 6° de la presente resolución. Dentro del incentivo económico estarán inmersos los recursos para el pago de la seguridad social de los atletas (EPS, Pensión y ARL), diferenciado por categorías, para lo cual se verificarán los aportes mes a mes.

ART. 6°—**Categorías.** Para poder ser elegible de los beneficios enunciados en el artículo anterior se establecen las siguientes categorías y requisitos:

• Categoría altius:					
Tipo	Deporte convencional		Deporte paralímpico		Beneficio Económico # SMLV)
	Proyección	Logro	Proyección	Logro	
Pruebas en deportes individuales incluidos en Juegos Olímpicos Paralímpicos y Sordolímpicos de categoría mayores o abierta de Verano e Invierno	• Medallista en Juegos Olímpicos de categoría mayores o abierta de verano o invierno	• Medallista Juegos Olímpicos categoría mayores o abierta de verano o invierno • Medallista Campeonato Mundial categoría mayores o abierta • 1 - al 5º lugar en ranking mundial final de la temporada correspondiente. Categoría mayores o abierta	• Medallista en Juegos Paralímpicos o Juegos Sordolímpicos de verano e invierno, categoría mayores o abierta de verano e invierno	• Medallista Juegos Paralímpicos o Sordolímpicos categoría mayores o abierta de verano e invierno • Medallista Campeonato Mundial categoría mayores o abierta • Ocupar 1º al 5º lugar en ranking mundial final de la temporada correspondiente. categoría mayores o abierta	7

• Categoría élite:					
Tipo	Deporte convencional		Deporte paralímpico		Beneficio Económico # SMLV)
	Proyección	Logro	Proyección	Logro	
Pruebas en deportes individuales incluidos en Juegos Olímpicos Paralímpicos y Sordolímpicos de categoría mayores o abierta de verano o invierno	• Diploma en Juegos Olímpicos categoría mayores o abierta de verano o invierno • Medallista Mundial categoría mayores o abierta	• 4 al 8 lugar en Campeonato Mundial categoría mayores o abierta • 6º al 8º lugar en ranking mundial al final de la temporada categoría mayores o abierta	• Diploma en Juegos Paralímpicos o Sordolímpicos categoría mayores o abierta de verano e invierno • Medallista Mundial categoría mayores o abierta	• 4º al 8º lugar en Campeonato Mundial categoría mayores o abierta • 6º al 8º lugar en ranking mundial al final de la temporada categoría mayores o abierta	5
Pruebas en deportes individuales no incluidos en Juegos Olímpicos Paralímpicos y Sordolímpicos, pero que hagan parte del Programa de Juegos Panamericanos y Parapanamericanos de mayores	• Medallista de oro en Juegos Panamericanos	• Medallista de oro en Campeonato Mundial categoría mayores o abierta • Medallista de oro en Juegos Mundiales (World Games) • Medallista de oro en Juegos Panamericanos • 1º al 5º lugar en ranking mundial final de la temporada correspondiente. Categoría mayores o abierta	• Medallista de oro en Juegos Parapanamericanos o Panamericanos de Sordos categoría mayores o abierta	• Medallista de oro en Juegos Parapanamericanos o Panamericanos de Sordos categoría mayores o abierta • 1º al 5º lugar en ranking mundial final de la temporada correspondiente categoría mayores o abierta • Medallista de oro en Juegos Parapanamericanos o Panamericanos de Sordos categoría mayores o abierta	

• Categoría avanzado:					
Tipo	Deporte convencional		Deporte paralímpico		Beneficio Económico # SMLV)
	Proyección	Logro	Proyección	Logro	
Pruebas en deportes individuales incluidos en Juegos Olímpicos Paralímpicos y Sordolímpicos de categoría mayores o abierta de Verano e Invierno	• Medallista de oro en Juegos Panamericanos • 4º al 8º lugar en Campeonato Mundial en categoría mayores o abierta	• Medallista de plata y bronce en Juegos Panamericanos • Medallista de oro en Campeonato Panamericano en categoría mayores o abierta • Medallista Campeonato Mundial Juvenil (Categoría anterior a mayores)	• Medallista de oro en Juegos Parapanamericanos o Panamericanos de Sordos en categoría mayores o abierta. • 4º al 8º lugar en Campeonato Mundial en categoría mayores o abierta.	• Medallista de plata y bronce en Juegos Parapanamericanos o Juegos Panamericanos de Sordos en categoría mayores o abierta. • Medallista de oro en Campeonatos Parapanamericanos o Panamericanos de Sordos en categoría mayores o abierta. • Medallista Campeonato Mundial Juvenil (Categoría anterior a mayores)	3.5
Pruebas en deportes individuales no incluidos en Juegos Olímpicos Paralímpicos y Sordolímpicos, pero que hagan parte del Ciclo Olímpico	• Medallista de oro Juegos Mundiales (World Games) • Medallista de oro en Juegos Panamericanos. • Medallista de oro campeonato mundial en categoría mayores o abierta • Ocupar 1º al 5º lugar en ranking mundial final de la temporada correspondiente	• Medallista en Juegos Mundiales (World Games) • Medallista en Campeonato Mundial en categoría mayores o abierta • Plata o bronce Juegos Panamericanos	• Medallista de oro Campeonato Mundial en categoría mayores o abierta • Oro en Juegos Parapanamericanos o Panamericanos de Sordos en categoría mayores o abierta • Ocupar 1º al 5º lugar en ranking mundial final de la temporada correspondiente	• Medallista en Campeonato Mundial en categoría mayores o abierta • Oro Juegos Parapanamericanos o Juegos Panamericanos de Sordos	

• Categoría ascenso:					
Tipo	Deporte convencional		Deporte paralímpico		Beneficio Económico # SMLV)
	Proyección	Logro	Proyección	Logro	
Pruebas en deportes individuales incluidos en Juegos Olímpicos Paralímpicos y Sordolímpicos de categoría mayores o abierta de Verano e Invierno	• Top 16 en Juegos Olímpicos de verano o invierno en categoría mayores o abierta • Medallista de plata o bronce Juegos Panamericanos • Oro Campeonato panamericano en categoría mayores o abierta	• Clasificación a Juegos Olímpicos de verano o Invierno en categoría mayores o abierta • Medallista de plata o bronce en Campeonato Panamericano en categoría mayores o abierta • Medallista en Juegos Olímpicos de la Juventud • Oro Juegos Deportivos Centroamericanos y del Caribe	• Top 16 en Juegos Paralímpicos o Sordolímpicos de verano o invierno • Medallista de plata bronce en Juegos Parapanamericanos o Juegos Panamericanos de sordos en categoría mayores o abierta	• Clasificación a Juegos Paralímpicos o Sordolímpicos de verano o invierno en categoría mayores o abierta • Medallista de plata o bronce en campeonato Parapanamericano o Panamericano de sordos en categoría mayores o abierta	
Pruebas en deportes individuales no incluidos en Juegos Olímpicos Paralímpicos y Sordolímpicos, pero que hagan parte del ciclo olímpico	• Medallista en Campeonato Mundial en categoría mayores o abierta • Medallista Juegos Mundiales (World Games) • Medallista en Juegos Panamericanos	• Medallista de oro en campeonato Panamericano en categoría mayores o abierta • Medallista de oro en campeonato Mundial Juvenil (categoría anterior a mayores)	• Medallista campeonato mundial en categoría mayores o abierta • Medallista en Juegos Parapanamericanos o Juegos Panamericanos de sordos en categoría mayores o abierta	• Medallista de oro en campeonato Parapanamericanos o Juegos Panamericanos en categoría mayores o abierta • Medallista de oro en Campeonato Mundial Juvenil (categoría anterior a mayores)	
Deportes de Conjunto	• Corresponde al mismo criterio de resultado utilizado para deportes individuales por categoría. Se hará el análisis de forma individual por atleta atendiendo al resultado y la convocatoria al evento. Se deberá comprometer con la permanente participación en los eventos del ciclo olímpico	• Clasificación a Juegos Olímpicos, de verano o invierno en categoría mayores o abierta	• Corresponde al mismo criterio de resultado utilizado para deportes individuales por categoría. Se hará el análisis de forma individual por atleta atendiendo al resultado y la convocatoria al evento. Se deberá comprometer con la permanente participación en los eventos del ciclo paralímpico	• Clasificación a Juegos Paralímpicos o Sordolímpicos de verano o invierno	

• Categoría desarrollo:					
Tipo	Deporte convencional		Deporte paralímpico		Beneficio Económico # SMLV)
	Proyección	Logro	Proyección	Logro	
Pruebas en deportes individuales incluidos en Juegos Olímpicos Paralímpicos y Sordolímpicos de categoría mayores o abierta de Verano e Invierno	• Plata y bronce Campeonatos panamericanos en categoría mayores o abierta	• Medallista en Juegos Deportivos Suramericanos en categoría mayores o abierta	• Plata y bronce en Campeonatos Parapanamericanos o Juegos Panamericano de sordos en categoría mayores o abierta	• Medallista en Juegos Deportivos Parapanamericanos	2
	• Medallista de oro en Juegos Deportivos Centroamericanos y del Caribe	• Plata y bronce en Juegos Deportivos Centroamericanos y del Caribe	• Medallista de oro en Juegos Deportivos Parapanamericanos o Juegos Panamericanos en categoría mayores o abierta.	• Medallista en Juegos Deportivos Parapanamericanos en categoría mayores o abierta	
Pruebas en deportes individuales no incluidos en Juegos Olímpicos Paralímpicos y Sordolímpicos, pero que hagan parte del ciclo olímpico	• Medallista de oro en Juegos Deportivos Centroamericanos y del Caribe	• Medallista en Juegos Deportivos Centroamericanos y del Caribe	• Medallista de oro en campeonato Parapanamericanos o Juegos Panamericanos en categoría mayores o abierta.	• Medallista en Juegos Deportivos Parapanamericanos en categoría mayores o abierta	
	• Medallista de oro en campeonato Panamericano en categoría mayores o abierta	• Medallista en Juegos Deportivos Suramericanos en categoría mayores o abierta			
Deportes de Conjunto	• Clasificados a Juegos Olímpicos de verano o invierno en categoría mayores o abierta	Deportes clasificados a Juegos Panamericanos	Clasificados a Juegos Parapanamericanos o Juegos Panamericanos de sordos de mayores en categoría mayores o abierta	• Deportes clasificados a Juegos Parapanamericanos de sordos de mayores	
	• 1°-4° lugar en Juegos panamericanos	• Oro y plata en Juegos deportivos Suramericanos y Centroamericanos y del Caribe categoría mayores o abierta	• 1°-4° lugar en Juegos Parapanamericanos o Juegos Panamericanos de sordos de mayor	• Oro y plata en Juegos deportivos Parapanamericanos	
	En cualquiera de los casos se hará el análisis de forma individual por atleta atendiendo al resultado y la convocatoria al evento			En cualquiera de los casos se hará el análisis de forma individual por atleta atendiendo al resultado y la convocatoria al evento	

• Categoría (juvenil)					
Tipo	Deporte convencional		Deporte paralímpico		Beneficio Económico # SMLV)
	Proyección	Logro	Proyección	Logro	
Deportes individuales convocados a Juegos Olímpicos Paralímpicos y Sordolímpicos	• Top 10 Mundial Juvenil (Categoría anterior a mayores)	• Medallista Campeonato Panamericano Juvenil (Categoría Anterior a mayores)	• Top 10 ranking mundial al final de la temporada	• Medallista Juegos Parapanamericanos o Juegos Panamericanos de Sordos Juveniles	2
	• Diploma Juegos Olímpicos de la juventud	• Clasificados a Juegos Olímpicos de la Juventud		• Medallista en Campeonato Mundial (categoría anterior a la juvenil)	
Pruebas en deportes individuales no incluidos en Juegos Olímpicos Paralímpicos y Sordolímpicos, pero que hagan parte del ciclo olímpico	• Medallista de oro Campeonato mundial Juvenil (Categoría anterior a mayores)	• Medallista de oro Campeonato Panamericano Juvenil (Categoría anterior a mayores).	• Medallista de oro Campeonato mundial Juvenil (Categoría anterior a mayores)	• Medallista de oro Campeonato Parapanamericano o Panamericano de sordos Juvenil (Categoría anterior a mayores)	

• Categoría (talento) 17 años					
Tipo	Deporte convencional		Deporte paralímpico		Beneficio
	Proyección	Logro	Proyección	Logro	
Deportes individuales convocados a Juegos Olímpicos Paralímpicos y Sordolímpicos	• Medallista Campeonato Panamericano juvenil (Categoría anterior a mayores)	• Oro Campeonato Suramericano	• Medallista Campeonato Parapanamericanos o Juegos Panamericanos de Sordos juvenil (Categoría anterior a mayores)	• Análisis de resultados de los Juegos Suramericanos Escolares y Juegos Parapanamericanos juvenil	Apoyo a la preparación deportiva, apoyo en ciencias del deporte, desarrollo psicosocial y acompañamiento técnico
	• Medallista en Campeonato Mundial (categoría anterior a la juvenil)	• Análisis de resultados de los Juegos Suramericanos y Centroamericanos Escolares	• Medallista en Campeonato Mundial (categoría anterior a la juvenil)		De acuerdo a la disponibilidad presupuestal se establecerán los apoyos económicos
	• Medallista Juegos Suramericanos de la Juventud	• Medallista Juegos Suramericanos de la Juventud	• Medallista Juegos Parapanamericanos o Juegos Panamericanos de Sordos Juveniles		

AÑO	DEPORTE	NUMERO ATLETAS	
		NUMERO ATLETAS	TOTAL
2014 Convencional	Ac. Subacuáticas	1	
	Arquería	5	
	Atletas	35	
	Bolos	9	
	Boxeo	8	
	Canotaje	3	
	Bicicrós	4	
	Ciclomontañismo	4	
	Ciclismo pista	14	
	Ciclismo ruta	4	
	Ecuestre	4	
	Esgrima	1	
	Esquí náutico	1	
	Gimnasia artística	10	
	Judo	6	
	Karate do	5	
	Lev. pesas	22	
	Lucha libre	12	
	Lucha greco	4	
	Natación carreras	3	199
	Natación clavados	3	
	Patinaje artístico	4	
	Patinaje carreras	10	
Racquetball	3		
Squash	6		
Taekwondo	8		
Tenis	4		
Tenis de mesa	2		
Tiro	1		
Triatlón	1		
Vela	2		
Atletismo	18		
Boccia	4		
Ciclismo	5		
Judo	2		
Lev. Pesas	2		
2014 Paralímpico	Natación	10	46
	Paraciclismo	2	
	Tenis	2	
	Tenis de mesa	1	

Dentro de los requisitos se mencionan la cantidad de países en los que se debe participar identificando sexo y condición así como tipo de competencia.

Por otro lado Ley 1389 de 2010 y la resolución 1834 de 2017 del Departamento Administrativo del Deporte, la Recreación, la Actividad Física y el Aprovechamiento del Tiempo Libre, también contemplan incentivos netamente económicos a atletas y entrenadores que obtengan medallas de oro, plata o bronce en Eventos del Ciclo Olímpico, Paralímpico y Sordolímpicos, campeonatos mundiales de mayores y juveniles, oficialmente reconocidos y Juegos Mundiales (World Games).

Por su parte esta entidad indica que realiza alianzas con universidades públicas y privadas que le permitan generar una oferta de programas académicos a los que los deportistas puedan tener acceso, teniendo en cuenta las condiciones adicionales como flexibilidad académica y en el horario a partir del calendario deportivo.

A continuación se hace la relación de la cantidad de atletas y la modalidad deportiva que han sido beneficiados del programa atleta excelencia

2015	Convencional	Act. subacuáticas	3	187	2016 Convencional	Act. subacuáticas	3	225
		Arquería	10			Arquería	9	
		Atletismo	25			Atletismo	31	
		Bolos	10			Bolos	9	
		Boxeo	6			Boxeo	6	
		Canotaje	3			Canotaje	3	
		Ciclismo	28			Ciclismo	30	
		Ecuestre	2			Ecuestre	2	
		Esgrima	1			Esgrima	2	
		Gimnasia	9			Fútbol	18	
		Golf	4			Gimnasia	10	
		Judo	6			Golf	4	
		Karate do	5			Judo	6	
		Lev. Pesas	18			Karate do	3	
		Lucha	16			Lev. Pesas	19	
		Natación	9			Lucha	12	
		Patinaje	9			Natación	9	
		Squash	6			Patinaje	13	
		Taekwondo	9			Rugby	12	
		Tenis	4			Squash	6	
		Tenis de mesa	2			Taekwondo	9	
		Tiro	1			Tenis	5	
		Triatlón	1			Tenis de mesa	2	
2015 Paralímpico		Atletismo	14	38	2016 Paralímpico	Atletismo	27	48
		Boccia	3			Natación	9	
		Ciclismo	5			Paraciclismo	7	
		Judo	2			Powerlifting	3	
		Lev. Pesas	2			Tenis	1	
		Natación	8					
		Paraciclismo	2					
		Tenis	2					
		Tenis de mesa	1					
2017	Convencional	Act. subacuáticas	3	225	2018 Convencional	Act. subacuáticas	6	378
		Arquería	9			Arquería	12	
		Atletismo	31			Atletismo	52	
		Bolos	9			Baloncesto	12	
		Boxeo	6			Bolos	10	
		Canotaje	3			Boxeo	12	
		Ciclismo	30			Canotaje	4	
		Ecuestre	2			Ciclismo	42	
		Esgrima	2			Esgrima	15	
		Fútbol	18			Esquí	4	
		Gimnasia	10			Fútbol	7	
		Golf	4			Gimnasia	15	
		Judo	6			Golf	2	
		Karate do	3			Jiu-jitsu	3	
		Lev. Pesas	19			Judo	10	
		Lucha	12			Karate do	10	
		Natación	9			Lev. Pesas	36	
		Patinaje	14			Lucha	18	
		Rugby	11			Natación	14	
		Squash	6			Patinaje	15	
		Taekwondo	9			Racquetball	1	
		Tenis	5			Rugby	19	
		Tenis de mesa	2			Squash	8	
		Tiro	1			Taekwondo	8	
		Triatlón	1			Tenis	6	
2017 Paralímpico		Atletismo	25	45	2018 Paralímpico	Tenis de mesa	5	
		Natación	9			Tiro	2	
		Paraciclismo	7			Triatlón	7	
		powerlifting	3			Vela	1	
		Tenis	1			Voleibol	14	
						Atletismo	25	71
						Boccia	3	
						Natación	18	
						Paraciclismo	11	
						Powerlifting	10	
						Tenis	1	
						Tenis de mesa	3	

Para dar cumplimiento con estos incentivos Coldeportes realizó en el 2018 una inversión en el programa mencionado anteriormente "atleta excelencia", de \$9.206.993.688 en deporte convencional y \$2.936.499.336 en deporte paralímpico y en el programa incentivos a medallistas fue de 6.066.318.165, aclarando que este

último es un valor cambiante ya que depende de las competencias que se realicen durante la vigencia y los resultados obtenidos por los atletas.

COMITÉ OLÍMPICO COLOMBIANO¹¹

El Comité Olímpico Colombiano gestiona recursos para los atletas de alto rendimiento por medio de dos vías: i) Solidaridad Olímpica del Comité Olímpico Internacional: que otorgan los siguientes incentivos: Becas Olímpicas Juegos Olímpicos de Verano, becas Olímpicas para atletas a juegos olímpicos de Invierno, Subsidio Juegos Olímpicos de la Juventud, Subsidio para deportes de equipo, Subsidio para Atletas a nivel Continental y Becas Olímpicas para entrenadores, y ii) PANAM SPORTS: Plan de preparación de atletas.

Como incentivos ligados a la educación superior se cuenta con el programa de Seguimiento de Carrera de los Atletas, que se ofrece en cooperación con Adecco, enfocada a la preparación de reconversión y durante el periodo de transición al final de su carrera deportiva. Se pone a disposición de los atletas los recursos y la formación necesarios para desarrollar habilidades y optimizar posibilidades en materia de educación y perspectivas laborales. Así mismo se han venido realizando talleres de transición de la vida deportiva a la laboral, en diferentes departamentos del país. Por otra parte el Comité Olímpico Colombiano ha adelantado Convenios de Cooperación Académica, con más de 20 instituciones de Educación Superior con el fin de poner en marcha proyectos de formación, investigación y capacitación que permitan el apoyo en la formación de atletas y profesionales del sector en pregrado.

¹¹ Respuesta al derecho de petición con fecha de 10 de abril de 2019 emitida por Baltazar Medina

Desde el año 2013 hasta hoy los deportistas beneficiados han sido: 553, discriminados así:

SOLIDARIDAD OLÍMPICA:

BECAS OLÍMPICAS JUEGOS OLÍMPICOS DE VERANO 2013 - 2016	
DEPORTE	CANTIDAD
CICLISMO - BMX	3
CICLISMO - PISTA	1
ATLETISMO	2
JUDO	1
LUCHA	2
LEVANTAMIENTO DE PESAS	3
TAEKWONDO	2
GIMNASIA	1
TOTAL	15

BECAS OLÍMPICAS JUEGOS OLÍMPICOS DE VERANO 2017 - 2020	
DEPORTE	CANTIDAD
CICLISMO - BMX	2
CICLISMO - PISTA	2
ATLETISMO	1
JUDO	1
LEVANTAMIENTO DE PESAS	3
TAEKWONDO	1
TOTAL	10

BECAS OLÍMPICAS JUEGOS OLÍMPICOS DE INVIERNO 2018	
DEPORTE	CANTIDAD
SKATING ALPINO	1
SKATING DE VELOCIDAD	2
TOTAL	3

SUBSIDIO JUEGOS OLÍMPICOS DE LA JUVENTUD 2018	
DEPORTE	CANTIDAD
NATAción - CLAVADOS	1
ESGRIMA	1
LEVANTAMIENTO DE PESAS	5
ARQUERÍA	3
ATLETISMO	6
KARATE	3

JUDO	2
TENIS	1
TIRO DEPORTIVO	1
TOTAL	23

SUBSIDIO PARA DEPORTES DE EQUIPO 2013 - 2016	
DEPORTE	CANTIDAD
VOLEIBOL FEMENINO	14
TOTAL	14

SUBSIDIO PARA DEPORTES DE EQUIPO 2014 - 2020	
DEPORTE	CANTIDAD
VOLEIBOL FEMENINO	14
TOTAL	14

SUBSIDIO PARA ATLETAS NIVEL CONTINENTAL 2013 - 2016	
DEPORTE	CANTIDAD
ARQUERÍA	8
LEVANTAMIENTO DE PESAS	21
TOTAL	29

SUBSIDIO PARA ATLETAS NIVEL CONTINENTAL 2017 - 2020	
DEPORTE	CANTIDAD
LEVANTAMIENTO DE PESAS	15
TOTAL	15

BECAS OLÍMPICAS PARA ENTRENADORES CAR - BARCELONA		
DEPORTE		CANTIDAD
VOLEIBOL		1
ATLETISMO		1
CICLISMO		1
VELA		1
GIMNASIA		1
TOTAL		5

BECAS OLÍMPICAS PARA ENTRENADORES ICECP - USA		
DEPORTE		CANTIDAD
ARQUERÍA		1
TOTAL		1

BECAS OLÍMPICAS PARA ENTRENADORES ITF - VALENCIA		
DEPORTE		CANTIDAD
TENIS		3
TOTAL		3

BECAS OLÍMPICAS PARA ENTRENADORES CURSO INTERNACIONAL DE COACHING		
DEPORTE		CANTIDAD
BALONMANO		1
TOTAL		1

TALLER DE PREPARACIÓN DE ATLETAS A LA VIDA LABORAL		
DEPARTAMENTO / AÑO		CANTIDAD
ANTIOQUIA / 2016		25
CALI / 2016		10
BOLIVAR / 2017		30
BOGOTÁ / 2018		20
ANTIOQUIA / 2018		20
BOLIVAR / 2018		20
TOTAL		125

PANAMSPORTS:

PLAN DE PREPARACIÓN DE ATLETAS 2016		
DEPORTE		CANTIDAD
ATLETISMO		6
BOXEO		8
CICLISMO BMX		15
GIMNASIA ARTÍSTICA		5
JUDO		5
LEVANTAMIENTO DE PESAS		15
LUCHA		4
NATAción CLAVADOS		2
TAEKWONDO		5
TOTAL		65

PLAN DE PREPARACIÓN DE ATLETAS 2017	
DEPORTE	CANTIDAD
BOLO	4
BOXEO	35
CICLISMO	15
GIMNASIA	51
JUDO	18
RUGBY	12
REMO	4
TIRO	8
VOLEIBOL	8
TOTAL	155

PLAN DE PREPARACIÓN DE ATLETAS 2018	
DEPORTE	CANTIDAD
LEVANTAMIENTO DE PESAS	9
VOLEIBOL	13
GIMNASIA ARTISTICA	10
GIMNASIA TRAMPOLIN	12
ATLETISMO	15
TENIS DE MESA	4
CANOTAJE	12
TOTAL	75

Finalmente, atendiendo su cuarta petición le informamos que los valores de los subsidios y becas son establecidos cuatrienalmente por cada fuente, Solidaridad Olímpica y Panamsports. Para el presente cuatrienio los valores son los siguientes:

CUATRIENIO 2017 - 2020		
PROGRAMA	VALOR	ESPECIFICACIÓN
BECAS OLÍMPICAS JO VERANO	78.000 USD ANUALES	7.800 USD PARA CADA ATLETA / AÑO
BECAS OLÍMPICAS JO INVIERNO	48.000 USD POR 4 PERIODOS	4.000 USD ATLETA / PERIODO (4 PERIODOS)
SUBSIDIO JO JUVENTUD OP 1	50.000 USD POR UN AÑO	6250 USD ATLETA / 8 ATLETAS
SUBSIDIO JO JUVENTUD OP 2	27.173 USD POR UN AÑO	APOYO A COMPETENCIAS
SUBSIDIO JO JUVENTUD OP 3	22.827 USD POR UN AÑO	APOYO A CONCENTRACIONES
SUBSIDIO PARA DEPORTES DE EQUIPO	15.000 USD ANUALES	DURANTE 4 AÑOS

SUBSIDIO ATLETAS NIVEL CONTINENTAL	25.000 USD ANUALES	DURANTE 4 AÑOS
BECAS OLÍMPICAS PARA ENTRENADORES	ESPECIE	CUBRIMIENTO MATRICULA, TIQUETES AEROS, ALOJAMIENTO, ALIMENTACIÓN Y MANUTENCIÓN.
TALLERES DE PREPARACIÓN DE ATLETAS A LA VIDA LABORAL	2.000 USD	MATERIAL ACADÉMICO, ALIMENTACIÓN, LOGÍSTICA
PLAN DE PREPARACIÓN DE ATLETAS	120.000 USD ANUALES	CUBRIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN EVENTOS DEPORTIVOS

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

El Ministerio de Educación cuenta con varios programas de becas y beneficios a nivel rural y urbano, enfocados a la gratuidad de la educación, al fortalecimiento de las instituciones de educación superior y a los resultados académicos, en ningún momento con estímulos que integren y motiven la educación superior y el deporte de alto rendimiento, sin desconocer la importancia y el alto impacto que estos programas puedan tener en la población colombiana excluyen elementos de clasificación como el pertenecer, practicar y representar al país en competencias internacionales con un deporte de altos logros.

Debido al artículo 28 de la Ley 30 de 1992 que expone el tema de la autonomía universitaria "el Ministerio no tiene la competencia en los procesos de selección de estudiantes en las instituciones de educación superior ni en la asignación de becas para los mismos cuando se trate de altos logros o deportistas" expresa claramente este Ministerio, lo que deja ver claramente la necesidad de incluir en estos procesos de selección y condiciones para acceder a becas un ítem, requisito o calidad especial cuando se trate de deportistas de altos logros que deseen realizar o culminar sus estudios de pregrado o posgrado en alguna universidad del país, evitando así que nuestros deportistas se vean obligados a acudir a universidades y programas en el extranjero.

Por otro lado el Ministerio de Educación cuenta con fondos especiales para apoyar la educación de otras comunidades y minorías como lo son indígenas, ROM, condición de discapacidad, víctimas del conflicto armado, jóvenes ciudadanos de

paz que promuevan la cultura cívica y víctimas de catástrofes naturales, como es evidente en estos fondos tampoco son incluidos los deportistas de alto rendimiento, reiterando la importancia de este tipo de estímulos para estos.

INCENTIVOS, BECAS Y PROGRAMAS PARA DEPORTISTAS OFERTADOS POR LAS UNIVERSIDADES DEL PAÍS

Después de realizar mas de 117 peticiones a diferentes instituciones educativas del país y sin recibir adecuada respuesta por parte de todas se pudo llegar a los siguientes datos que permiten obtener un panorama mas claro de la situación actual de los deportistas de altos logros en el ambito académico, ya que de 83 instituciones de educación superior entre profesional y técnica alrededor del 5,81% no tienen ningún tipo de beneficios para deportistas y el 69% cuenta con el departamento ya sea de bienestar universitario o bienestar institucional, encargados de ofrecer desde los espacios y eventos culturales hasta los incentivos y becas por las que pueden aplicar los estudiantes que se vinculen a un grupo representativo de la institución sin importar el programa académico que cursen y que compitan y logren algún reconocimiento dentro de las 3 primeras posiciones sin exigir que estos sean obtenidos en competencias internacionales en representación del país o de alto rendimiento, se permite en cualquier tipo de competencia deportiva tanto a nivel universitario como fuera de él. Todas estas instituciones tienen en común que los beneficios son de carácter económico, de dotaciones y gastos de representación cuando sus grupos pertenecen y compiten a nivel de Asociación Colombiana de Universidades (ASCUN), no es necesario ser deportista de altos logros y/o pertenecer a alguna selección departamental o nacional para ser merecedor ya que la promoción que se da del deporte es de carácter recreativo, competitivo en un nivel universitario y formativo, es decir que quienes ostenten esta calidad de deportista de altos logros tendrá la posibilidad de optar y aplicar a los mismos beneficios que cualquier otro estudiante corriente de la institución.

Actualmente en el país existen aproximadamente unos 351 estudiantes que pertenecen a alguna selección o liga ya sea departamental o nacional y están vinculados con alguna institución de educación superior, destacándose en deportes como el futbol sala, natación, tenis de mesa, atletismo y deportes de contacto como el taekwondo y el karate. Por otra parte las carreras en donde más estudiantes se benefician de este tipo de incentivos son: administración de empresas, todas las ingenierías, negocios internacionales, medicina, licenciatura en educación física, recreación y deportes así como carreras artísticas y programas técnicos.

El beneficio de la exoneración de un porcentaje del valor de la matrícula es de gran ayuda y promueve tanto la práctica deportiva como el acceso a la educación pero no genera una motivación real, una estabilidad y las posibilidades tangibles para los deportistas de alto rendimiento ya que por sus condiciones y actividades manejan un calendario de competencias lo que los obliga a estarse desplazando a otros países y escenarios en representación del país dentro de cada una de las disciplinas, es decir que no basta solo con poderse matricular, también se necesita contar con apoyo en otros escenarios como lo son el académico y la flexibilidad horaria.

El panorama que dejan ver las instituciones con respecto a los deportistas de altos logros es muy vago por no decir que nulo, no es un requisito ni una categoría especial, no incluye apoyos en manutención o residencias y mucho menos un soporte real para ellos, están completamente desprotegidos a nivel educativo por parte de las instituciones educativas de cualquier nivel ya sean privadas o públicas.

3. PANORAMA INTERNACIONAL

El Parlamento Europeo cuenta con un documento denominado "Compaginar el deporte con la educación: el apoyo a los deportistas en los Estados miembros de la UE" en cual se indica país a país los estímulos con los que cuentan los deportistas de alto rendimiento para acceder a la educación superior, así señala que "Alemania, Francia, Finlandia y el País de Gales ofrecen becas de estudios destinadas específicamente a deportistas profesionales retirados que desean empezar o retomar sus estudios universitarios" (...) "En la mayoría de los Estados miembros, las universidades ofrecen cierto margen de flexibilidad a los deportistas que quieren compaginar sus estudios universitarios con una carrera deportiva a tiempo completo. Esto puede incluir un calendario de exámenes flexible, permiso para faltar a clase, clases particulares, etc."¹²

En los Estados Unidos las instituciones educativas ofertan diferentes becas académicas a deportistas de altos logros "los Juegos Olímpicos nos demuestran la importancia del deporte universitario, no sólo para Estados Unidos, sino para muchos otros países que se aprovechan del sistema americano para formar (académica y deportivamente) a sus deportistas."¹³

¹²[http://www.europarl.europa.eu/ReqData/etudes/etudes/JOIN/2004/341532/DG-4-CULT_ET\(2004\)341532_ES.pdf](http://www.europarl.europa.eu/ReqData/etudes/etudes/JOIN/2004/341532/DG-4-CULT_ET(2004)341532_ES.pdf)

¹³<https://www.aqmeducation.com/blog/las-universidades-americanas-son-la-principal-fuente-de-deportistas-en-los-juegos-de-londres/>

Por su parte Los Estados Unidos Mexicanos cuentan con la beca CONADE académica deportiva, ofertada por la Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte, la cual va dirigida a atletas de alto rendimiento con resultados sobresalientes a nivel nacional y/o internacional y quiera obtener un apoyo económico para continuar con sus estudios.¹⁴

En el sur del continente Uruguay contempla desde la Secretaría Nacional del Deporte una Beca académica con el instituto universitario Asociación Cristiana de Jóvenes, dirigida a los deportistas de alto rendimiento para que estos puedan obtener la Licenciatura en Educación Física, Deporte y Recreación.

Este panorama con pocos países mencionados y estímulos de muy baja interrelación entre el deporte de alto rendimiento y la educación superior demuestran que la necesidad de programas y apoyo a los deportistas es una necesidad global, que el estado no debe solo garantizar una oferta académica a sus ciudadanos y espacios recreativos y deportivos sino que debe potencializar estas dos actividades para el beneficio de todos.

4. CONCLUSIÓN

Como se ha venido mencionando el deporte es una actividad fundamental dentro del desarrollo de la sociedad y quienes se dedican a la práctica profesional del mismo no solo son dignos de admiración, reconocimientos y apoyos económicos, así como el resto de los ciudadanos tiene el derecho a recibir educación superior y de posgrado, pero Colombia no cuenta hoy con un beneficio académico de impacto para esta población deportista por parte de ninguna entidad, dejando a este grupo de personas desprotegidas a nivel educativo; las universidades no contemplan programas especiales o apoyos relacionados directamente con los altos logros es decir que ni el estado ni las entidades privada promueven una práctica deportiva anclada a una formación educativa, y nuestros deportistas la merecen.

De los Honrables Congresistas,



JOSE LUIS CORREA LOPEZ
Representante a la Cámara por Caldas

¹⁴<https://www.gob.mx/tramites/ficha/beca-conade-academica-deportiva/CONADE85>

CONTENIDO

Gaceta número 652 - Lunes, 10 de agosto de 2020
CÁMARA DE REPRESENTANTES
PROYECTOS DE LEY

	Págs.
Proyecto de ley número 072 de 2020 Cámara, por medio del cual se modifica el nombre al Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta E.S.E. y se dictan otras disposiciones.....	1
Proyecto de ley número 073 de 2020 Cámara, por medio del cual se modifican los artículos 194 y 195 de la Ley 100 de 1993.	4
Proyecto de ley número 074 de 2020 Cámara, por la cual se modifica la Ley 1532 de 2012 “por medio de la cual se adoptan unas medidas de política y se regula el funcionamiento del Programa Familias en Acción y se dictan otras disposiciones”.	9
Proyecto de ley número 075 de 2020 Cámara, por la cual se regula el ejercicio de las especialidades médicas y quirúrgicas en medicina y se dictan otras disposiciones.	15
Proyecto de ley número 076 de 2020 Cámara, por medio del cual se fortalece e incentiva la formación profesional y de posgrados de los atletas de altos logros.	20