



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° 742

Bogotá, D. C., miércoles, 19 de agosto de 2020

EDICIÓN DE 32 PÁGINAS

DIRECTORES:

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

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

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

PROYECTOS DE LEY

PROYECTO DE LEY NÚMERO 203 DE 2020 SENADO

por medio de la cual se regula el ejercicio de la Atención Prehospitalaria y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C., 10 de agosto de 2020

GREGORIO ELJACH PACHECO

Secretario General

Senado de la República

Bogotá, D. C.

Asunto: Radicación del Proyecto de ley “*por medio de la cual se regula el ejercicio de la atención prehospitalaria y se dictan otras disposiciones*”.

Respetado Secretario:

Como Senador de la República y en uso de mis facultades constitucionales y legales, de manera respetuosa me permito radicar el proyecto de ley de la referencia, para lo cual le solicito se sirva dar inicio al trámite legislativo respectivo.

Atentamente,

CARLOS FERNANDO MOTOA SOLARTE
Senador de la República

PROYECTO DE LEY NÚMERO 203 DE 2020

por medio de la cual se regula el ejercicio de la atención prehospitalaria y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. *Objeto.* La presente ley tiene por objeto regular el ejercicio y competencias en la atención prehospitalaria conforme a los estándares

internacionales para contribuir al mejoramiento de la salud individual y colectiva.

Artículo 2°. *Definiciones.*

- Estándares internacionales en salud:** Son los modelos, reglas, protocolos o declaraciones internacionales que son usados por el personal capacitado para ejercer atención prehospitalaria.
- Atención prehospitalaria:** Es la ciencia sanitaria que se encarga de la promoción, prevención, atención, diagnóstico y terapéutica paramédica en salud tendiente a preservar la vida y a disminuir las complicaciones y riesgos de invalidez y muerte a aquellas personas que han sufrido una alteración aguda de su integridad física o mental causada por trauma, enfermedad o desastre de cualquier etiología. Dicha atención es prestada en el sitio de ocurrencia del evento, desde su rescate, transporte y traslado, hasta la admisión en una institución asistencial médica.
- Servicio de atención prehospitalaria:** Conjunto de actividades, procedimientos, recursos, intervenciones y terapéutica prehospitalaria encaminadas a prestar atención en salud a aquellas personas que han sufrido una alteración aguda de su integridad física o mental, causada por trauma o enfermedad de cualquier etiología, tendiente a preservar la vida y a disminuir las complicaciones y riesgos de invalidez y muerte en el sitio de ocurrencia del evento y durante su traslado hasta la admisión en la institución asistencial y que incluye salvamento y rescate.

Artículo 3°. *Campo del ejercicio.* El prehospitalario o paramédico es un tecnólogo universitario o técnico profesional perteneciente

al área de la salud cuya formación universitaria lo capacita para desarrollar tareas de apoyo, asistencia, soporte de vida básico; coordinación del servicio de emergencia médica prehospitalaria; gestión y coordinación de los comités locales de gestión del riesgo, conforme se establece en la presente ley y su reglamentación

En consecuencia, podrán ejercer funciones en atención prehospitalaria:

- a) A nivel de coordinación quienes obtengan el título de tecnólogo en atención prehospitalaria;
- b) A nivel asistencial quienes obtengan el título de técnico profesional en atención prehospitalaria;

Artículo 4°. *Actividades.* Los tecnólogos prehospitalarios podrán desempeñar las siguientes actividades:

- a) Coordinador de establecimientos de emergencias y desastres de las instituciones que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo y demás instituciones públicas y privadas que deban crear un comité de emergencias o de gestión del riesgo conforme a la legislación vigente;
- b) Coordinador operativo del centro regulador de urgencias y emergencias y servicios de ambulancia privados y domiciliarios;
- c) Coordinador de equipos interdisciplinarios en situaciones de emergencias y desastres y en programas de atención de emergencias en establecimientos de comercio público y abiertos al público;
- d) Apoyar y brindar el soporte vital básico, según los protocolos de intervención en desarrollo de las actividades del Sistema de Atención Prehospitalaria en las instituciones prestadoras de servicios de salud;
- e) Asesorar a los entes territoriales que tienen a su cargo las funciones de inspección y vigilancia de los establecimientos que prestan servicios de atención prehospitalaria, emergencias y desastres para que desarrollen dichas actividades con personal idóneo que ostente el título de tecnólogo en atención prehospitalaria;
- f) Participar en actividades de promoción, prevención, atención y recuperación de emergencias y desastres;
- g) Ser docente de educación formal y no formal en el campo de su especialidad;
- h) Coordinar programas de atención de emergencias realizando acciones de recepción al servicio de urgencias (triage), traslado a la unidad de trauma y participación en maniobras iniciales de atención de urgencias en instituciones prestadoras de servicios de salud

que tengan habilitado el servicio de urgencias de baja complejidad.

Los técnicos profesionales en atención prehospitalaria podrán desempeñar las siguientes actividades:

- a) Delegado de unidades o establecimientos de emergencias y desastres de las instituciones que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo.
- b) Delegado operativo del centro regulador de urgencias y emergencias y servicios de ambulancia privados y domiciliarios.
- c) Apoyar y brindar el soporte vital básico según el estado del paciente o víctima.
- d) Apoyar según los protocolos de intervención en desarrollo, de las actividades del Sistema de Atención Prehospitalaria en las instituciones prestadoras de servicios de salud y en actividades de promoción, prevención, atención y recuperación de emergencias y desastres;
- e) Ser docente de educación formal y no formal en el campo de su especialidad.
- f) Apoyar y participar en programas de atención de emergencias en establecimientos de comercio público y abiertos al público.

Parágrafo. Los tecnólogos y técnicos profesionales en atención prehospitalaria podrán desempeñar cualquier actividad relacionada con su disciplina de conformidad con la ley y la reglamentación existente.

Artículo 5°. *Requisitos para el ejercicio.* Para ejercer actividades propias en atención prehospitalaria, se deberán cumplir los siguientes requisitos:

- a) Presentar título de tecnólogo en atención prehospitalaria debidamente expedido por una institución de educación superior, de conformidad con la ley;
- b) Presentar título de técnico profesional en atención prehospitalaria debidamente expedido por una institución de educación superior, de conformidad con la ley;
- c) Estar registrado en el Consejo Nacional en Atención Prehospitalaria o en la institución que haga sus veces.

Artículo 6°. *Vigilancia y control.* La vigilancia y control del ejercicio en atención prehospitalaria le corresponde al Ministerio de Salud o direcciones territoriales de salud, quienes sancionarán a las personas que sin obtener el título universitario desempeñen labores en atención prehospitalaria.

Artículo 7°. *Consejo Nacional en Atención Prehospitalaria.* Créase el Consejo Nacional en Atención Prehospitalaria como organismo consultivo del Ministerio de Salud en materia directamente relacionada con la atención prehospitalaria o paramédica.

El Consejo Nacional se dictará su propio reglamento de funcionamiento y estará encargado del registro nacional del personal titulado en atención prehospitalaria, cuya inscripción será requisito indispensable para su ejercicio y estará conformado de la siguiente manera:

- Un (1) delegado del Ministerio de Salud,
- Un (1) delegado de la Asociación Colombiana de Profesionales en Atención Prehospitalaria,
- Un (1) delegado de las Asociaciones de Tecnólogos en Atención Prehospitalaria,
- Un (1) delegado de las Asociaciones de Técnicos profesionales en Atención Prehospitalaria,
- Un (1) delegado de las asociaciones de egresados de tecnólogos en atención prehospitalaria,
- Un (1) delegado de la Asociación Universitaria Nacional de Programas de Atención Prehospitalaria.

El Consejo Nacional de Atención Prehospitalaria podrá integrar nuevos miembros que estén relacionados con el ejercicio de esta disciplina.

Artículo 8°. *Vigencia.* La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación.



CARLOS FERNANDO MOTOA SOLARTE
Senador de la República

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Contenido:

1. Objeto
2. Justificación e importancia de la atención prehospitalaria en Colombia
3. Contexto normativo en Colombia
4. Atención prehospitalaria (paramédica) en el mundo
5. Conceptos
6. Perfiles en atención prehospitalaria

1. Objeto

La presente ley busca regular el ejercicio y las competencias del personal de atención prehospitalaria (APH), perteneciente al área de la salud, a fin de asegurar que se desarrollen conforme a los estándares internacionales y del Sistema Integral de Seguridad Social en Salud, para contribuir al mejoramiento de la salud individual y colectiva.

2. Justificación e importancia de la atención prehospitalaria en Colombia

Cada año cerca de 1,3 millones de personas pierden la vida como consecuencia de traumatismos causados por siniestros viales, convirtiéndose en un problema de salud pública a nivel mundial; solo en 2016, al menos 50 millones de lesionados no fatales requirieron atención médica. Asimismo, según la Organización Mundial de la Salud, los accidentes de

tránsito son la primera causa de muerte en personas entre los 15 y 29 años de edad¹.

De otro lado, la Oficina de la ONU para Asuntos Humanitarios reveló en enero pasado que América Latina y el Caribe es la segunda región más propensa a desastres naturales en el mundo. Desde el 2000, 152 millones de latinoamericanos y caribeños han sido afectados por 1.205 desastres, entre los que se cuentan inundaciones, huracanes y tormentas, terremotos, sequías, aludes, incendios, temperaturas extremas y eventos volcánicos.

En Colombia, conforme a cifras del Instituto Nacional de Medicina Legal, el 49 % de las muertes ocurridas en 2019 en el país ocurrieron a causa de homicidio, el 28 % por eventos de transporte, el 12% de forma accidental y el 10,7 % como consecuencia de suicidio².

Un estudio de la Universidad de Antioquia (2017) señala a partir de estimaciones de diversas fuentes que por cada muerte vial registrada en Colombia habría 10 lesionados graves, 40 moderados y hasta 50 leves, de los cuales la mayoría no se registran. Esto significa que los lesionados no fatales por incidentes viales al año en el país pueden ser más de 500.000, el 1 % de la población total³.

Asimismo, más de 10 millones de personas han sufrido algún desastre en los últimos 20 años en el país, la mayor cantidad de población de la región⁴. Los informes epidemiológicos del Ministerio de Salud⁵ muestran en los últimos años que la primera causa de mortalidad y morbilidad corresponde al grupo III de lesiones, dentro de los cuales están los homicidios, los accidentes de tránsito y las heridas.

Solamente los homicidios representan el 25 % de la carga de la enfermedad en el país, el cual es sustancialmente más elevado que el 3 % de toda la región de Latinoamérica. En 2018 se calculó la pérdida de 6.720 vidas en eventos de trauma por agresiones⁶. Igualmente, el grupo II: No comunicables (cardiovasculares, respiratorias, neuropsiquiátricas y digestivas) aportan un porcentaje casi tan alto como el del grupo III a la carga de enfermedad en Colombia. El trauma representa la principal causa de muerte en las tres primeras décadas de la

¹ https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/es/

² Boletín Estadístico Mensual (Diciembre 2019) Instituto Nacional de Medicina Legal: <https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/349426/diciembre-2019.pdf/320ad04c-7c85-287f-804a-a49b1031d9f3>

³ Natalia Velásquez Osorio; Salome Naranjo Lujan; Germán González Echeverri <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v35n3/0120-386X-rfnsp-35-03-00410.pdf>

⁴ <https://news.un.org/es/story/2020/01/1467501>

⁵ http://salud.univalle.edu.co/escuelas/prehospitalaria/index.php?m=programa&accion=visualizar_pregrado&pre_id=26

⁶ Estadísticas vitales de nacimientos y defunciones - 2018 - DANE

vida y la tercera para cualquier edad luego de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

La prevención es la mejor manera de disminuir las tasas de mortalidad o discapacidad debido a lesiones que ponen en riesgo la vida; sin embargo, mediante la rápida provisión de una atención prehospitalaria (APH - paramédicos) efectiva es posible reducir las secuelas de las lesiones graves, entre ellas la morbilidad a largo plazo o la mortalidad.

Las muertes ocasionadas por las lesiones graves ocurren en una de tres fases (figura 1), a saber:

- In situ, como resultado de lesiones muy graves.
- Durante la fase intermedia o subaguda, en las horas posteriores al incidente, muertes que a menudo son el resultado de condiciones que podrían tratarse.
- Tardías: Las muertes durante esta fase a menudo se producen días o semanas después de la lesión inicial y son el resultado de una infección, una insuficiencia de varios sistemas orgánicos u otras complicaciones tardías del traumatismo⁷.

Muchas lesiones fatales se pueden prevenir o su gravedad puede reducirse con la adecuada atención prehospitalaria para traumatismos. Los principales beneficios de la atención prehospitalaria se dan durante la segunda fase del trauma, momento en que la provisión oportuna de atención puede limitar o detener la cascada de episodios que, de otra manera, derivarían rápidamente en la muerte o discapacidades permanentes⁸.

FIGURA 1. Distribución trimodal de muertes por traumatismos causados por el tránsito (4). (Esta curva no representa datos cuantitativos reales. El tiempo está representado sobre una base logarítmica).

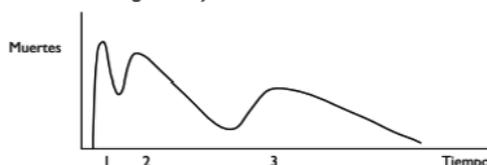


Ilustración 1 Tomada de: Organización Mundial de la Salud Guías para la atención prehospitalaria de los traumatismos. Washington, D.C: OPS, © 2007

Es así como muchas personas mueren en el lugar del incidente o camino al hospital ante la no prestación de atención prehospitalaria. La mayor parte de los fallecimientos que ocurren dentro de las primeras horas posteriores a la lesión se producen por el compromiso de las vías respiratorias, insuficiencia respiratoria o hemorragias incontrolables, situaciones que pueden tratarse fácilmente con técnicas básicas de primeros auxilios.

El nivel de éxito en la atención para preservar la vida de la persona que sufre el traumatismo depende principalmente y según el caso del tratamiento correcto de heridas y quemaduras, la inmovilización

correcta de fracturas, el soporte de la oxigenación y la presión arterial durante las primeras horas después de un traumatismo cerebral, además de otras medidas que reducen la probabilidad de que se desarrollen complicaciones más adelante.

Igualmente, muchas lesiones definitivas, como pérdida de miembros, lesiones irreparables de columna vertebral y secuelas que incapacitan parcial o totalmente a la persona, pueden también evitarse con acciones iniciales que respondan a un entrenamiento adecuado de quienes actúan. Las muertes que se producen en la primera fase, inmediatamente después de la lesión, no pueden prevenirse directamente a través de la mejora de la calidad de la atención prehospitalaria y la atención de emergencia en el hospital, pero es posible que un sistema organizado de atención refuerce las actividades de prevención mediante la recolección sistemática de datos útiles para implementar programas de prevención, como la identificación de entornos, comportamientos, productos y grupos de alto riesgo⁹.

Dicho componente en Colombia se materializa mediante los CAD (Centro Automático de Despacho), operados por la Policía Nacional de manera independiente a los CRUE (Centro Regulador de Urgencias y Emergencias) y de otros sistemas de APH, como son organismos de socorro o entidades privadas. Pese ello, la coordinación y unificación de un sistema de información convalidado es inexistente¹⁰.

• Sistemas de emergencias médicas (SEM)

A través de la Ley 1438 de 2011 se creó una oficina de emergencias y desastres para la organización de los sistemas de emergencias médicas (SEM), cuyo desarrollo y operación fueron reglamentados mediante la Resolución 926 de 2017.

El SEM es un modelo general integrado que busca la articulación de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud para garantizar la respuesta oportuna a las víctimas de enfermedad, accidentes de tránsito, traumatismo o paro cardiorrespiratorio que requieran atención médica de urgencias.

Comprende, entre otros, los mecanismos para notificar las emergencias médicas, la actuación del primer respondiente, el trabajo de los centros reguladores de urgencias y emergencias en la gestión de solicitudes, la prestación de servicios prehospitalarios y de urgencias, las modalidades de transporte básico y medicalizado, la atención hospitalaria, los programas educacionales y los procesos de vigilancia.¹¹

⁷ Organización Mundial de la Salud Guías para la atención prehospitalaria de los traumatismos. Washington, D.C: OPS, © 2007.

⁸ Ibidem

⁹ Ibidem

¹⁰ <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v35n3/0120-386X-rfnsp-35-03-00410.pdf>

¹¹ Resolución 926 de 2017, Ministerio de Salud de Colombia



Ilustración 2 Tomada de:

<https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/Sistema-de-emergencias-medicas-SEM.aspx>

Como premisa del Sistema se establece “llevar el paciente indicado al hospital adecuado en el momento oportuno”, lo que se asocia con la disminución de la mortalidad y la discapacidad por situaciones derivadas de las emergencias médicas¹².

• Eficiencia del Sistema de Salud

La incalculable inversión económica que implican las complicaciones hospitalarias en personas que sufren situaciones de emergencia tanto de tipo médico como traumático, las secuelas y la pérdida de vidas humanas pueden ser claramente impactadas si se logran una cultura de la adecuada y oportuna atención prehospitalaria y el desarrollo de verdaderos sistemas de atención a personas en situaciones de emergencia o desastres.

El campo de la atención prehospitalaria (paramédica) se define entonces como el conjunto de actividades, procedimientos, recursos, intervenciones y terapéutica prehospitalaria encaminados a prestar atención en salud a aquellas personas que han sufrido una alteración aguda de su integridad física o mental, causada por trauma o enfermedad de cualquier etiología, tendiente a preservar la vida y a disminuir las complicaciones y los riesgos de invalidez y muerte, en el sitio de ocurrencia del evento y durante su traslado hasta la admisión en la institución asistencial; este campo ha sido poco abordado por las instituciones universitarias y servicios de salud en nuestro país.

Actualmente, en Colombia existen 11 universidades¹³ que tienen dentro de su oferta académica el programa de atención prehospitalaria. Esas instituciones de educación superior han consolidado un diagnóstico amplio a partir de la necesidad de formar recurso humano en salud en el área de atención prehospitalaria o paramédica para contribuir así con alternativas que permitan afrontar y contrarrestar los efectos de los problemas médicos o por trauma y violencia en el país¹⁴.

Como se ha visto, en Colombia el trauma constituye un problema de salud pública. Desde la década de los años 70 del siglo XX, las lesiones

violentas tanto intencionales como no intencionales han ocupado los primeros lugares entre las causas de mortalidad en este país. De allí deriva la importancia de su manejo y que las personas que atienden este tipo de situaciones estén plenamente capacitadas¹⁵.

La primera atención que recibe un paciente de un accidente o una urgencia es por parte de los prehospitalarios o paramédicos y es así como el tiempo en que el paciente es acompañado y trasladado es vital para determinar su supervivencia o recuperación en el mundo clínico los primeros 60 minutos en que es atendido el paciente es llamado la “hora dorada” o el “período de oro”.

• La hora dorada

Humberto Salas Torres, coordinador de paramédicos y ambulancias de la Cruz Roja Mexicana, explica de manera general sobre el tiempo en que una persona debe recibir atención médica en un lapso menor a una hora. “El paciente tiene que llegar en menos de una hora a un hospital; si esto es efectivo, tiene mayores posibilidades de vivir o evitar que tenga una secuela. Si pasa a lo que se le llama ‘la hora dorada’, los resultados pueden llegar a ser hasta fatales”¹⁶.

Si llega en más tiempo de acuerdo con cada urgencia que se presente, la persona podría tener menos oportunidades para vivir o recuperarse pronto de las lesiones que haya sufrido en el incidente o cualquier cosa que se refiera a un trauma¹⁷.

• Evaluación y manejo-Fase prehospitalaria

Es vital en la “hora de oro” del trauma tener un sistema prehospitalario eficiente que cumpla con los principios básicos del manejo:

- rápida valoración;
- manejo apropiado de la vía aérea;
- control eficiente de la hemorragia;
- estabilización de fracturas;
- iniciación de reemplazo de volumen sanguíneo en su trayecto al hospital;
- traslado en el menor tiempo posible.

El curso EMT-B, por sus siglas en inglés, Emergency Medical Technician-Basic, se creó para entrenar a los paramédicos en el manejo inicial del trauma. Ellos siguen un esquema de triage en un protocolo de cuatro pasos:

1. Evaluando signos vitales;
2. Presencia de lesiones mayores;
3. Condiciones en que ocurrió el evento, y
4. Antecedentes relevantes para decidir el traslado a un centro de trauma o a un
5. Hospital intermedio.

El factor tiempo es crucial en el resultado final como lo demuestra el estudio de Demetriades, donde comparó 4.856 pacientes transportados desde

¹² <https://www.minsalud.gov.co/salud/pServicios/Paginas/Sistema-de-emergencia-medicas-SEM.ASPX>

¹³ Sistema Nacional de la Educación Superior - SNIES

¹⁴ https://vanguarsia.com.mx/%60lahora_doradaatencion-medica-45269.html,”1

¹⁵ Aspectos epidemiológicos del trauma en Colombia-Facultad de Medicina -Universidad de Manizales

¹⁶ https://vanguarsia.com.mx/%60lahora_doradaatencion-medica-45269.html

¹⁷ Ibidem

el sitio del trauma por los servicios paramédicos contra 926 pacientes transportados por familiares, policías sin entrenamiento paramédico o personas que pasaban por el sitio del evento, encontrando una tasa de mortalidad del 9,3 % en el primer grupo contra una del 2,4 % en el segundo, concluyendo que el factor tiempo resultó de vital importancia en el pronóstico¹⁸.

En conclusión, la atención prehospitalaria de calidad, rápida y articulada con la atención hospitalaria es la mejor combinación para la supervivencia de una persona o la disminución de secuelas en el futuro.

- **Atención de emergencias médicas en desastres**

Los paramédicos también prestan una importante labor en temas de atención de emergencias, catástrofes y desastres naturales. El terremoto de Popayán en el Cauca en 1983, la toma del Palacio de Justicia en Bogotá y el desastre de Armero, Tolima, en 1985, visibilizaron las limitaciones en materia de atención oportuna y adecuada en ambientes extrahospitalarios¹⁹.

La Policía Nacional de Colombia cuenta con una unidad C-SAR²⁰ que desarrolla actividades de búsqueda, localización, recuperación y estabilización de víctimas de aeronaves derribadas o accidentadas en el área de operación. Dentro de sus funciones realizan actividades como

- Apoyar como enfermero rescatista en desastres naturales, ataques subversivos, evacuaciones aeromédicas y operativos programados por la Dirección Antinarcóticos y la Policía Nacional.
- Realizar los planes de evacuación, evasión y comunicaciones de acuerdo con la zona, efectuando enlaces con sanidad policial o entidades médicas que se encuentren en el área de operaciones.
- Realizar y coordinar el traslado de los elementos logísticos y equipo médico necesario para cumplir con los requerimientos exigidos en las operaciones de aspersión, interdicción, erradicación manual y apoyos humanitarios ordenados por la Policía Nacional.
- Brindar asesoría al personal que se encuentre emocionalmente afectado comprometiendo la seguridad de las operaciones.
- Apoyar las evacuaciones y rescates de las aeronaves que por fallas o impactos sean derribadas.
- Proveer evacuación médica en apoyo a las operaciones de interdicción de la Policía Nacional de Colombia u otras representaciones

en el país de acuerdo con las Direcciones de Antinarcóticos y NAS.

- Proveer observación y seguridad a aeronaves y personal de tripulación envueltos en operaciones de aspersión aérea y rescate.

Dentro de sus perfiles están el técnico SAR (nivel II): técnico auxiliar enfermería, técnico o tecnólogo atención prehospitalaria, vigencia BLS - ACLS, TCCC, 500 horas de vuelo en misiones SAR (FI).

Este personal altamente capacitado en emergencias y desastres es otra de las fortalezas que tiene el personal de atención prehospitalaria en nuestro país. La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C., tiene habilitado el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE)²¹, encargado de coordinar la atención y resolución de las urgencias médicas, las emergencias y los desastres del Distrito Capital a través del Sistema de Emergencias Médicas.

Tiene como misión garantizar la atención oportuna y eficiente a la población en situaciones de urgencias, emergencias y desastres. Asimismo, genera políticas y apoya decididamente la promoción, la prevención, la investigación, educación y desarrollo del talento humano para optimizar la prestación del servicio.

El CRUE es la agencia en salud que recibe las solicitudes, casos e incidentes desde el Número Único de Seguridad y Emergencias, línea 123. Es en Colombia el que más innova en tecnología e invierte recursos especializados para la atención de urgencias y emergencias.

Presta servicios de

- Atención prehospitalaria en urgencias y emergencias.
- Asesoría telefónica en salud e intervención psicológica.
- Formación y fortalecimiento de los actores del Sistema de Emergencias Médicas Distritales.
- Apoyo en la gestión de riesgo para la prevención y atención de emergencias y desastres en el sector salud.
- Asesoría y asistencia técnica en planes hospitalarios de emergencia a la red prestadora de servicios de salud pública y privada.
- Asesoría en la construcción de planes preparativos y respuestas a emergencias del sector de salud.
- Coordinación de la respuesta en salud en las actividades de aglomeración de público en el Distrito Capital.

Cifras:

- El Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) recibe al día en promedio 2.139 llamadas y se generan alrededor de 743 despachos de ambulancia al día para atención de urgencias.

¹⁸ <http://www.anestesianet.com/actacci/primerahora.htm>

¹⁹ <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v35n3/0120-386X-rfnsp-35-03-00410.pdf>

²⁰ <https://www.policia.gov.co/especializados/c-sar>

²¹ http://www.saludcapital.gov.co/DCRUE/Paginas/Informacion_Crue.aspx

- Cada año apoya 609 emergencias y 597 eventos masivos y de aglomeración (evaluación y monitoreo de estas actividades).
- Anualmente capacita 11.165 primeros respondientes en preparación y respuesta ante situaciones de urgencias, emergencias y desastres.

- **Necesidad de una apropiada capacitación**

Si una persona realiza procedimientos de primeros auxilios sin tener los conocimientos apropiados, como malas maniobras de reanimación, la inyección de medicamentos no adecuados, las inmovilizaciones mal ejecutadas, o cualquier otra práctica médica desarrollada de manera incorrecta, puede generar lesiones e incluso ocasionar la muerte de pacientes que probablemente hubieran sobrevivido o tenido una mejor recuperación gracias a una atención prehospitalaria correcta bajo los protocolos establecidos.

Es por todo lo anterior que el Estado debe velar porque las personas que ejerzan funciones de atención prehospitalaria estén capacitadas adecuadamente para ello no solo para detener las consecuencias ya generadas por el accidente o enfermedad sufridos, sino para evitar que la mala práctica o inexperiencia lleven a empeorar las condiciones de salud de la persona.

Adicionalmente, los paramédicos deben tener conocimiento sobre el manejo de elementos protección de bioseguridad para evitar contagios o afectaciones a su propia salud. La mala capacitación del personal de atención prehospitalaria puede poner en riesgo la vida de los demás habitantes del país; el control y vigilancia de este servicio, que se quiere regular en la presente ley, es también esencial para la vida de todos los colombianos.

3. Contexto normativo en Colombia

3.1. Marco constitucional

El derecho a la salud se encuentra de forma expresa en los artículos 44 y 49 de nuestra Constitución Política de 1991 como un derecho inherente a la persona, donde se establece que su prestación como servicio público esencial obligatorio se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

La Corte Constitucional fue la que reconoció la salud como un derecho fundamental que debe ser garantizado a todos los seres humanos en condiciones de igualdad y dignidad. No hacerlo conduce a que se presente un déficit de protección constitucionalmente inadmisibles. Al respecto manifestó:

“El derecho a la salud es un derecho que protege múltiples ámbitos de la vida humana, desde diferentes perspectivas. Es un derecho complejo, tanto por su concepción, como por la diversidad de obligaciones que de él se derivan y por la magnitud y variedad de acciones y omisiones que su cumplimiento demanda del Estado y de la sociedad en general. La complejidad de este derecho implica

que la plena garantía del goce efectivo del mismo está supeditada en parte a los recursos materiales e institucionales disponibles”²².

Ahora bien, en ese análisis del derecho se debe tener en cuenta que algunas de las obligaciones que se derivan de un derecho fundamental y que tienen un carácter prestacional son de cumplimiento inmediato, bien sea porque se trata de una acción simple del Estado que no requiere mayores recursos o porque a pesar de la movilización de recursos que la labor implica, la gravedad y urgencia del asunto demandan una acción estatal inmediata, por ejemplo la obligación de adoptar las medidas adecuadas y necesarias para garantizar la atención en salud de toda persona.

Otras de las obligaciones de carácter prestacional derivadas de un derecho fundamental son de cumplimiento progresivo por la complejidad de las acciones y los recursos que se requieren para garantizar efectivamente el goce efectivo de estas facetas de protección de un derecho.

Este derecho y la exigencia de su cumplimiento no es ajena al Bloque de Constitucionalidad; el más amplio desarrollo acerca del derecho a la salud, su alcance y significado lo ha realizado el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en la Observación General número 14 (2000) acerca ‘del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud’.

De manera clara y categórica, la Observación General número 14 (2000) establece que *‘la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos’*. Al respecto, el Comité insiste en la indivisibilidad e interdependencia del derecho a la salud en tanto está *‘estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos’*, refiriéndose de forma específica al *‘derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación’*. Para el Comité, *‘esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud’²³.*

Por su parte, la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Protocolo de San Salvador”, reza:

“Artículo 10. Derecho a la Salud.

1. *Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.*
2. *Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud, los Estados parte se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a*

²² Sentencia Corte Constitucional T 760 de 2008 M.P. Dr. MANUEL JOSÉ CEPEDA ESPINOSA

²³ Ibidem.

adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:

- a) **La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;**
- b) *La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;*
- c) *La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;*
- d) *La prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;*
- e) *La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y*
- f) *La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables*²⁴.

Qué mejor que garantizar ese cumplimiento de atención primaria de la salud, entendiéndola como la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad de tal forma que se regule parte de la atención en salud, que si bien no se da en las instalaciones de una entidad prestadora del servicio de salud, sí implica el trabajo de un personal capacitado (prehospitalario) para que sea el primer respondiente que garantice los derechos a la salud y la vida.

3.2. Marco legal

La Ley 1164 de 2007 (artículo 2.º) habla sobre el ejercicio idóneo de competencias propias de cada profesión u ocupación en salud y la satisfacción y el mejoramiento de la salud de los usuarios de los servicios.

De igual forma, establece las características inherentes al accionar del talento humano en salud y que las competencias propias de las profesiones y ocupaciones según los títulos o certificados respectivos obtenidos legalmente deben ser respetadas por los prestadores y aseguradores de servicios de salud, incluyendo la individualidad de los procesos de atención.

En cuanto a los requisitos para el ejercicio de las profesiones y ocupaciones del área de la salud, establece que se entiende que para el ejercicio de las profesiones y ocupaciones del área de la salud se requiere el cumplimiento de acreditar un título otorgado por una institución de educación superior legalmente reconocida para el personal en salud con formación en educación superior (técnico, tecnólogo, profesional, especialización, magíster, doctorado).

Adicionalmente, establece que en el ejercicio ilegal de las profesiones y ocupaciones del área de la salud “Ninguna persona podrá realizar actividades de atención en salud o ejercer competencias para las cuales no está autorizado sin los requisitos establecidos en la presente ley”. Siendo así, la atención prehospitalaria, por ser un ejercicio profesional y por tener unas competencias definidas, solo puede ser brindada por un tecnólogo o profesional en atención prehospitalaria.

En la Ley 1164 de 2007 se definen las competencias del talento humano en salud, igualmente lo ratifica la Ley 749 de 2002, que regula la formación y las instituciones de educación superior técnicas profesionales y tecnológicas, donde menciona que el tecnólogo tiene responsabilidades de dirección, coordinación y gestión de conformidad con la especificidad del programa universitario.

4. Atención prehospitalaria (Paramédica) en el mundo²⁵

La OMS cuenta con una división denominada “Acciones de Emergencia y Humanitarismo” como parte de su interés en la atención de las víctimas de desastres y labora muy de cerca con la Cruz Roja Internacional cuando ocurren desastres mayores.

Otra de estas asociaciones es la International Trauma Anesthesia and Critical Care Society (ITACCS), fundada en 1988, estableció su matriz en Estados Unidos de América, que también ha extendido su interés en Europa y en Asia.

En 1994 la ITACCS formó en América Latina una filial denominada Sociedad Latinoamericana de Trauma, Anestesia y Cuidado Crítico (LATACCS). Algunos de los objetivos de la ITACCS y sus filiales han sido la creación de protocolos internacionales de manejo, la introducción del transporte militar para las víctimas civiles durante los desastres, la creación de redes para la educación; redes que en especial alcancen las zonas más remotas con la finalidad de asegurar niveles de eficiencia que optimicen la morbilidad y reduzcan la mortalidad.

El objetivo ha sido definido como “Evitar muertes y prevenir daño funcional a través del desarrollo de centros locales de atención al traumatizado”. (1) Otra agrupación interesada en la atención de estos enfermos es el American College of Surgeons (ACS) a través de su comité de trauma, el cual tiene filiales alrededor del mundo²⁶.

El uso del término “paramédico” varía de acuerdo con las distintas jurisdicciones de cada país. En algunos lugares se entiende que es paramédico todo aquel que atiende emergencias prehospitalarias. En

²⁴ Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”. 17 de noviembre de 1988.

²⁵ <https://tessinf.com/informacion/que-es-el-paramedico-regulacion-segun-algunos-paises/>

²⁶ https://www.researchgate.net/publication/250285858_La_hora_dorada_del_politraumatizado

otros países, tales como Inglaterra, Canadá, Costa Rica, México, Venezuela y Panamá, en general, para llamarse paramédico se necesita poseer un tipo especial de licencia o certificación oficial, además de estudios universitarios.

La paramedicina continúa creciendo y evolucionando por completo con sus propias normas y el cuerpo de conocimientos, y en muchos lugares los paramédicos han formado sus propias asociaciones profesionales.

La realización de un conjunto pequeño y específico de los procedimientos requiere una titulación universitaria en países como Australia, Sudáfrica y el Reino Unido, y cada vez en Canadá.

- **Estados Unidos**

Se considera una formación profesional paramédica, aunque muchas universidades acreditadas regionalmente ofrecen programas de paramédicos como título oficial antes de su finalización. En ese país solo se le llama paramédico al nivel más alto de entrenamiento, por encima del técnico en emergencias médicas (TEM).

- **Alemania**

Los paramédicos/técnicos de ambulancia cumplen funciones como intubación o canalización de vía, las cuales ejecutan *solo* con autorización del médico en caso de que este no pueda llegar al in situ del accidente.

- **Israel**

Es uno de los países donde más competencias tienen los paramédicos, cuya profesión, completamente desvinculada de la enfermería, está regulada por la Ordenanza de Médicos de 1976²⁷.

- **Inglaterra**

Los paramédicos/técnicos son definidos por la legislación del UK NHS Ambulance Service. Existen varios niveles de estudios según la función del puesto por desempeñar:

- a) Ambulancia asistente de cuidados.
- b) Técnico de ambulancia.
- c) Auxiliar de atención de emergencias.
- d) Emergencia médica distribuidor / Call Handler.
- e) STP gestor de llamadas.
- f) Paramédico.
- g) Principal paramédico.

- **Australia**

Existe un sistema paramédico, con una formación específica. La Junta de Paramedicina de Australia está establecida bajo la Ley Nacional de Regulación de Profesionales de la Salud (la Ley Nacional) para regular a los paramédicos en Australia bajo el Esquema Nacional de Registro y Acreditación. Desde el 1.º de diciembre de 2018, los paramédicos están registrados en la Junta y deben cumplir con los

estándares de registro de la Junta para poder ejercer en Australia.

El Gobierno australiano regula indirectamente la formación de paramédicos por medio de una serie de certificados numerados reconocidos nacionalmente a través del Marco de Cualificaciones Australiano, destinados a proporcionar un nivel relativamente común de competencias.

- Primer nivel de respuesta: Un certificado II en respuesta médica de emergencia es utilizado por algunas organizaciones.
- Agentes de transporte de pacientes: Agentes de transporte de pacientes deben, como mínimo, completar un curso de formación.
- Ambulancia oficial de transporte / asistente: En términos generales, los servicios de ambulancia legales en Australia requieren un entrenamiento a un nivel certificado IV como el nivel de entrada para los proveedores de soporte vital básico.
- Paramédico: Los paramédicos en los servicios de ambulancia estatutarias de Australia están educados a nivel de soporte vital avanzado (ALS). La titulación de base para un paramédico es un diploma o licenciatura (en ciencias de la salud, ciencias paramédico, emergencia de salud o paramédico) o un puesto de diploma de posgrado (preMasters - para los profesionales de la salud se convierten al paramédico).

El registro se reconoce en todos los estados y territorios de Australia, y los nombres individuales de los paramédicos registrados se incluyen en un registro público de profesionales, que es administrado por la Agencia Australiana de Regulación de Profesionales de la Salud (AHPRA)²⁸.

- **México**

El proceso de educación de los técnicos en urgencias médicas (TUM) paramédicos debe acoplarse a las necesidades y capacidades existentes en el país y analizarse en vista de que la mayor parte de los técnicos en México tienen niveles de entrenamiento equivalentes a nivel básico o menor. Actualmente, solo cinco universidades tienen programas de educación para técnicos en urgencias médicas, paramédicos, aprobados por la Secretaría de Educación Pública (SEP).

El desarrollo de la APH en América Latina y el Caribe tuvo origen de carácter humanitario y de socorro como respuesta a la ocurrencia de desastres en la subregión, especialmente a partir de 1909, con la participación de la Cruz Roja Mexicana en el desastre de Monterrey²⁹.

²⁷ <https://www.tazkirim.gov.il/s/tzkirim?language=iw&tzkirir=a093Y00001RFESQA5>

²⁸ <https://paramedics.org/professional-standards>

²⁹ Indicadores de Atención Pre Hospitalaria para incidentes viales en Colombia. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 35, núm. 3, 2017. Universidad de Antioquia.

- **Argentina**

La profesión de paramédico es reciente. La carrera de técnico superior en emergencia médica (TSEM), carrera terciaria, no universitaria se creó en la ciudad de Rosario en el año 1999 y luego en Córdoba, en el 2004, y posteriormente varias provincias comenzaron a dictarla.

5. Conceptos

Frente a la necesidad de regular el ejercicio de la atención prehospitalaria en Colombia, se solicitó concepto a

5.1. Ministerio de Salud

El Ministerio de Salud mediante oficio del 09 de marzo de 2020 indicó: *“La Ley debe impulsar la formación en Atención Prehospitalaria al nivel de Tecnología, teniendo en cuenta el riesgo social que implica el ejercicio de este talento humano, el cual debe realizar las actividades, procedimientos e intervenciones terapéuticas tendientes a preservar la vida y a disminuir las complicaciones y los riesgos de invalidez y muerte, en el sitio de ocurrencia del evento y hasta el traslado del paciente hasta las instalaciones de un prestador de servicios de salud que garantice su atención. Debe tenerse en cuenta que los Tecnólogos en Atención Prehospitalaria tienen en promedio un (1) año y medio más de preparación sobre los Técnico-Profesionales y, sin embargo, tienen los mismos campos de desempeño”*³⁰.

5.2. Universidad de Antioquia

Por su parte, la Universidad de Antioquia afirmó que *“Indudablemente tendríamos que regular el ejercicio ocupacional de la atención prehospitalaria, pues es una necesidad de cada ciudadano de nuestro país, y de todos lo que lo visitan, pues las urgencias, emergencias y desastres ocurren externas a un hospital y todos necesitamos ser bien atendidos y que nuestros seres queridos estén en las mejores manos en momentos tan complejos como lo son los accidentes, las emergencias médicas, o bien asesorados como lo hacemos actualmente en la pandemia del covid para que las personas no salgan de sus hogares para que reconozcan los factores de riesgo y hacer promoción de la salud y prevención de la enfermedad”*³¹.

6. Perfiles en atención prehospitalaria

El ejercicio de la labor de atención prehospitalaria requiere delimitar su campo de acción y regular su ejercicio en los siguientes aspectos:

- Perfil ocupacional del tecnólogo en atención prehospitalaria
 - Puede desempeñarse como miembro de comandos de intervención de entidades de so-

corro, como tecnólogo en emergencias de salud, para la atención inicial de personas en emergencias traumáticas y no traumáticas.

- Miembro activo en programas de promoción y prevención de emergencias y desastres en instituciones de salud, educativas, comerciales y empresas.
 - Miembro activo en la intervención de emergencias y desastres en instituciones de salud, educativas, comerciales y empresas participando en la realización de acciones de análisis de factores de riesgo, intervención experta a personas en emergencias, canalización de comunicaciones adecuadas, canalización del destino adecuado de las personas optimizando recursos, multiplicación de la cultura de prevención y desarrollo de planes de atención en emergencias de salud.
 - Miembro activo en empresas en el cubrimiento de eventos especiales en donde hay concentración masiva de personas, identificando factores de riesgo y realizando intervención en caso de contingencias.
- Tecnólogo en programas de atención de emergencias en hospitales y otras instituciones de salud, realizando acciones de recepción al servicio de urgencias (triage), traslado a la unidad de trauma y participación en maniobras iniciales de atención de urgencias.
 - Relación paramédica (prehospitalario)-paciente

El tecnólogo prehospitalario presta sus servicios al ser humano y a la sociedad. Por tanto, aplicará su profesión a la persona o población que lo necesite sin más limitaciones que las expresamente señaladas por la ley, rehusando la prestación de sus servicios para actos contrarios a la moral y la honestidad profesional. Se establece relación entre el prehospitalario y el usuario en los siguientes casos:

- Por atención en casos de urgencia, emergencia o catástrofe;
 - En cumplimiento de un deber emanado de una relación legal o contractual;
 - El prehospitalario podrá excusar la atención de un caso o interrumpir la prestación del servicio por los siguientes motivos:
 - Cuando no corresponda a su campo de conocimiento o competencia;
 - Cuando el usuario rehúse la intervención del prehospitalario;
 - Por enfermedad o imposibilidad física del prehospitalario para prestar un servicio especial
- Perfil ocupacional del tecnólogo en atención prehospitalaria
 - Tripulante de ambulancia.
 - Operador de central de comunicaciones.
 - Operador de brigadas de emergencia.
 - Integrante de los comités hospitalarios y locales para la atención de emergencias.

³⁰ Radicado No.: 202025200349761 Fecha: 09-03-2020 - Ministerio de Salud

³¹ Medellín, 30 de Julio 2020 - Departamento de Educación Médica - Universidad de Antioquia

- Delegado de unidades o establecimientos de emergencias y desastres de las instituciones que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo y demás instituciones públicas y privadas que deban crear un comité de emergencias o de gestión del riesgo conforme a la legislación vigente.
- Delegado operativo del centro regulador de urgencias y emergencias y servicios de ambulancia privados y domiciliarios.
- Delegado de la brigada de emergencia de instituciones públicas o privadas;
- Delegado de equipos interdisciplinarios en situaciones de emergencias y desastres;
- Apoyar y brindar el soporte vital básico según el estado del paciente o víctima.
- Dar apoyo según los protocolos de intervención en desarrollo de las actividades del Sistema de Atención Prehospitalaria en las instituciones prestadoras de servicios de salud.
- Participar en actividades de promoción, prevención, atención y recuperación de emergencias y desastres;
- Ser docente de educación formal y no formal en el campo de su especialidad.
- Apoyar programas de atención de emergencias realizando acciones de recepción al servicio de urgencias (triage), traslado a la unidad de trauma y participación en maniobras iniciales de atención de urgencias en instituciones prestadoras de servicios de salud que tengan habilitado el servicio de urgencias de baja complejidad.
- Apoyar y participar en programas de atención de emergencias en establecimientos de comercio público y abiertos al público, centros comerciales, sistemas de transporte masivo y escenarios de concentración masiva de público, realizando acciones de prevención, atención y participación en maniobras iniciales de primeros auxilios, atención de urgencias prehospitalarias y gestión del riesgo;

El técnico estará orientado a generar competencias y desarrollo intelectual como el de aptitudes, habilidades y destrezas al impartir conocimientos técnicos necesarios para el desempeño laboral en una actividad, en áreas específicas de los sectores productivo y de servicios y comprende tareas relacionadas con actividades técnicas que pueden realizarse autónomamente, habilitando para comportar responsabilidades de programación y coordinación.

Atentamente,



CARLOS FERNANDO MOTOA SOLARTE
Senador de la República

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

Bogotá D.C., 10 de agosto de 2020

Señor Presidente:

Con el fin de repartir el Proyecto de Ley No. 203/20 Senado "POR MEDIO DE LA CUAL SE REGULA EL EJERCICIO DE LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", me permito remitir a su despacho el expediente de la mencionada iniciativa, presentada el día de hoy ante la Secretaría General del Senado de la República por el Honorable Senador CARLOS FERNANDO MOTOA SOLARTE. La materia de que trata el mencionado Proyecto de Ley es competencia de la Comisión SÉPTIMA Constitucional Permanente del Senado de la República, de conformidad con las disposiciones Constitucionales y Legales.

SAÚL CRUZ BONILLA
Subsecretario General

PRESIDENCIA DEL H. SENADO DE LA REPÚBLICA – AGOSTO 10 DE 2020

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

CÚMPLASE

EL PRESIDENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

ARTURO CHAR CHALJUB

SUBSECRETARIO GENERAL DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

SAÚL CRUZ BONILLA

* * *

PROYECTO DE LEY NÚMERO 206 DE 2020
SENADO

por medio de la cual se establece la modalidad de trabajo alternativo virtual y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1º. Objeto. La presente ley tiene por objeto promover la modalidad del trabajo virtual como un mecanismo alternativo para que el trabajador desarrolle sus funciones o labores mediante el uso de tecnologías, sin que se modifiquen las condiciones de trabajo inicialmente pactadas.

Artículo 2º. Trabajo alternativo virtual. La modalidad del trabajo alternativo virtual podrá implementarse en situaciones de riesgo por salud pública, orden público, por situaciones de fuerza mayor que no le permitan al trabajador la ejecución de labores de manera presencial.

Artículo 3º. Auxilio digital. Cuando el trabajador desarrolle sus funciones o labores bajo la modalidad del trabajo alternativo virtual, el empleador deberá reconocer el valor establecido para el auxilio de transporte, como auxilio digital a los trabajadores que devenguen hasta dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes, los cuales no aplican de manera simultánea.

Parágrafo. El presente artículo no aplica para los teletrabajadores, quienes se seguirán rigiendo por las disposiciones contenidas en la Ley 1221 de 2008 o la norma que la modifique o adicione.

Artículo 4º. Derechos digitales. Todos los trabajadores tendrán derecho a

- a) **Desconexión.** Es el derecho que tiene todo trabajador y empleador de acuerdo con la modalidad y naturaleza de la relación laboral pactada de no tener contacto con herramientas tecnológicas relacionadas con su ámbito laboral después de culminada la jornada ordinaria de trabajo, respetando así el tiempo de descanso diario personal y familiar, las licencias, vacaciones y permisos. El empleador continuará reconociendo el trabajo suplementario o de horas extras a sus trabajadores de acuerdo con las disposiciones vigentes que regulan la materia.
- b) **Intimidad laboral.** Con independencia de la naturaleza de la relación laboral, tanto empleados como empleadores deberán garantizar el derecho a la confidencialidad en el uso de datos o información personal, sin importar que el dispositivo o nube de almacenamiento sean provistos por el empleado, sin perjuicio de las disposiciones contenidas en la normatividad vigente sobre protección de datos;
- c) **Inviolabilidad de las comunicaciones.** Todos los trabajadores tienen derecho a que sus comunicaciones se transmitan y reciban de forma segura y libre de interceptaciones, salvo en los casos contemplados en la normatividad vigente.

Parágrafo. El empleador deberá formular e implementar una política interna en conjunto con sus trabajadores con el fin de definir las condiciones para la aplicación y ejercicio del derecho a la desconexión, intimidad laboral e inviolabilidad de las comunicaciones, uso razonable de las herramientas y las acciones de sensibilización sobre la disposición.

Artículo 5°. Seguridad en el trabajo. Las administradoras de riesgos laborales, en coordinación con el Ministerio del Trabajo, deberán adoptar los procesos y procedimientos pertinentes para asegurar con cargo a las administradoras las normas relativas a higiene y seguridad en el trabajo.

Las administradoras de riesgos laborales deberán elaborar una guía para la prevención y actuación ante situaciones de riesgo que se llegaren a presentar con motivo de la modalidad del trabajo alternativo virtual.

Parágrafo. Cuando se adopte la modalidad del trabajo alternativo virtual, el empleador deberá informar a la Administradora de Riesgos Laborales, desarrollará las acciones necesarias para asegurar la higiene y seguridad del empleado de acuerdo con el procedimiento establecido.

Artículo 6°. Adaptación de la educación. Los establecimientos educativos en todos los niveles desarrollarán un plan de contingencia que garantice el cumplimiento de los objetivos pedagógicos y educativos a través de medios virtuales en las situaciones previstas en el artículo segundo del presente proyecto. Este plan contendrá, entre otras

medidas, la capacitación de la planta docente para realizar sus actividades pedagógicas de manera remota.

Artículo 7°. Reglamentación. El Gobierno nacional, dentro de los seis (6) meses siguientes a la sanción de la presente ley, reglamentará lo pertinente para el cumplimiento de esta.

Artículo 8°. Vigencia y derogatorias. La presente ley rige a partir de su sanción y publicación en el *Diario Oficial* y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

De los honorables Congressistas,


CARLOS EDUARDO GUEVARA VILLABÓN
Senador de la República
Partido Político MIRA


AYDEE LIZARAZO CUBILLOS
Senadora de la República
Partido Político MIRA


MANUEL VIRGÚEZ P
Senador de la República
Partido Político MIRA


IRMA LUZ HERRERA RODRÍGUEZ
Representante a la Cámara
Partido Político MIRA

PROYECTO DE LEY NÚMERO 206 DE 2020
por medio de la cual se establece la modalidad de trabajo alternativo virtual y se dictan otras disposiciones.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. ANTECEDENTES

La modalidad de virtualidad no es un concepto nuevo, ya que va de la mano con la evolución tecnológica que ha surgido en las últimas décadas. Estas herramientas han facilitado la comunicación entre las personas, siendo esta la base para el desarrollo económico y social de la humanidad. Actualmente en Colombia, la normatividad en términos de virtualidad laboral va dirigida a la protección de las personas en estado de vulnerabilidad o en situación de discapacidad. Encontramos la Ley 82 de 1993¹ que fortalece el fomento para el desarrollo empresarial de las mujeres cabeza de familia, cuyo fin es lograr capacitaciones gratuitas, estas, en muchos casos, se han convertido en virtuales para generar un impacto positivo en temas como emprendimiento y productividad.

En la Ley 361 de 1997² se facultó al Gobierno para que, dentro de la política nacional de empleo, se adoptaran medidas dirigidas a la creación y promoción de fuentes de trabajo para las personas en situación de discapacidad. Estas medidas en materia virtual se han ido implementando en aquellas empresas que cuentan con personal en situación de discapacidad, y que no es posible que se puedan desplazar a sus respectivos lugares de trabajo. Asimismo, la Ley

¹ Ley 82 de 1993, “Por la cual se expiden normas para apoyar de manera especial a la mujer cabeza de familia”.

² Ley 361 de 1997, “Por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas en situación de discapacidad y se dictan otras disposiciones”.

119 de 1994 estableció como función del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), la organización de programas de formación profesional integral para personas desempleadas y subempleadas, así como programas de readaptación profesional para personas en situación de discapacidad³.

Como se mencionó anteriormente, las empresas se vieron en la necesidad de adaptarse a las nuevas tecnologías; muestra de ello, es la Ley 1221 de 2008⁴, mediante la cual crea en el ordenamiento jurídico la figura del “Teletrabajo”, como una forma de organización laboral que consiste en el desempeño de actividades remuneradas o de prestación de servicios a terceros, utilizando como soporte las tecnologías de la información y las comunicaciones, TIC, que permiten el contacto entre el trabajador y la empresa, sin que se requiera la presencia física del trabajador en un sitio específico de trabajo⁵; faculta al Gobierno nacional para que, a través del Ministerio de Salud, en acompañamiento de los demás ministerios, formule la política pública de fomento al teletrabajo.

Para el 2019⁶, el Gobierno nacional empezó la construcción de la política con talleres ciudadanos en las principales ciudades de Colombia⁷, con la recepción de comentarios, sugerencias y algunas experiencias de los ciudadanos en esta modalidad laboral.

De igual forma, la Ley 1780 de 2016⁸ se expidió con el objetivo de impulsar la generación de empleo para jóvenes entre 18 y 28 años, mediante el diseño de políticas de empleo, emprendimiento y creación de nuevas empresas, dirigida a jóvenes, en situaciones similares o iguales a las que vive el mundo hoy, teniendo en cuenta que la mejor forma para fomentar el empleo es a través de las tecnologías de la información y las comunicaciones.

La era tecnológica trajo consigo el contenido creativo digital realizado por personas naturales o jurídicas, por ello se sancionó la Ley 1887 de 2018⁹, que tiene como objetivo principal promover la formalización y generación del trabajo que realicen

estos creadores de contenido, por medio de las diferentes aplicaciones y plataformas existentes.

El Gobierno nacional en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica decretado como consecuencia de la pandemia SARS-COV 2, expidió el Decreto número 491 de 2020 donde estableció las medidas que deben cumplir las entidades públicas, incluidas las que tienen funciones jurisdiccionales, para prestar sus servicios a través de las tecnologías de la información y las comunicaciones.

Asimismo, en el marco de la emergencia expidió el Decreto Legislativo No. 806 de 2020, el cual fijó medidas para implementar las tecnologías de la información y las comunicaciones en las actuaciones judiciales, para agilizar los procesos judiciales y flexibilizar la atención de los usuarios del servicio de justicia.

El Consejo de la Judicatura emitió los acuerdos PCSJA20-11517, PCSJA20-11518, PCSJA20-11519, PCSJA20-11521, PCSJA20-11526, PCSJA20-11527, PCSJA20-11529, PCSJA20-11532, PCSJA20-11546, PCSJA20-11549 y PCSJA20-11556¹⁰, donde se establece que la Rama Judicial busca privilegiar la utilización de medios virtuales para la prestación del servicio de justicia; una de esas medidas era que los trabajadores judiciales deberían preferiblemente trabajar desde sus casas, mediante el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones, salvo que de manera excepcional fuera necesaria su presencia en las sedes judiciales o administrativas.

En este momento, en el Congreso de la República, se encuentra en trámite el Proyecto de ley 92 de 2019 Cámara “*por medio de la cual se crea el régimen del trabajo virtual y se establecen normas para promoverlo, regularlo y se dictan otras disposiciones*”, que tiene por objeto “*crear una nueva modalidad de contratación y vinculación laboral, denominada trabajo virtual, la cual será contratada y desarrollada a través de las tecnologías existentes y nuevas. Esta modalidad implica una vinculación laboral directa y formal, con el reconocimiento de los derechos y garantías derivadas de un contrato de trabajo...*”.

Asimismo, el Proyecto de Ley 360 de 2020 Cámara “*Ley de desconexión laboral*” o “*por medio de la cual se regula la desconexión en la relación laboral, legal y/o reglamentaria y se modifica la Ley 1221 de 2008*”, de autoría del Representante Rodrigo Rojas Lara, que tiene como fin la creación de la política de desconexión laboral para los trabajadores y establece unas excepciones a esas reglas generales que se plantean.

II. OBJETO DEL PROYECTO

El Proyecto de Ley busca promover la modalidad del trabajo virtual, como un mecanismo alternativo

³ Ley 119 de 1994, “Por la cual se reestructura el Servicio Nacional de Aprendizaje, SENA, se deroga el Decreto 2149 de 1992 y se dictan otras disposiciones”.

⁴ Ley 1221 de 2008, “Por la cual se establecen normas para promover y regular el Teletrabajo y se dictan otras disposiciones”.

⁵ <https://id.presidencia.gov.co/Paginas/prensa/2020/Min-Trabajo-socializa-medidas-de-proteccion-al-empleo-con-ocasion-de-la-emergencia-sanitaria-200317.aspx>

⁶ Ver en línea: <https://www.mintic.gov.co/portal/inicio/Sala-de-Prensa/Noticias/101794:Ayudenos-a-construir-la-Politica-Publica-de-Fomento-al-Teletrabajo>

⁷ Bucaramanga, Barranquilla, Bogotá, Medellín y Cali.

⁸ Ley 1786 de 2016, “por medio de la cual se promueve el empleo y el emprendimiento juvenil, se generan medidas para superar barreras de acceso al mercado de trabajo y se dictan otras disposiciones”.

⁹ Ley 1887 de 2018, “Por la cual se crea la semana nacional del blog y otros contenidos creativos digitales y se dictan otras disposiciones”.

¹⁰ http://actosadministrativos.ramajudicial.gov.co/GetFile.ashx?url=%7E%2FApp_Data%2FUpload%2FPCSJA20-11556.pdf

para que el trabajador desarrolle sus funciones o labores, sin que se modifiquen las condiciones de trabajo, en situaciones de riesgo como: Salud pública, orden público o situaciones de fuerza mayor, que no le permita al trabajador la ejecución de labores de manera presencial.

La iniciativa no desmejora las condiciones laborales, ni crea una modalidad contractual, sino garantiza un mínimo de derechos y garantías, en caso de que se requiera de manera alternativa y ocasional que el trabajador desarrolle su función de manera remota, tal como aconteció por la emergencia del COVID 19.

El trabajo virtual o remoto no se puede convertir en un trabajo de 24 horas, afectando la salud física y mental del trabajador, por este motivo, el Proyecto de Ley establece unos mínimos derechos para la ejecución de las labores en situaciones de riesgo y de fuerza mayor antes mencionadas, tales como el derecho a la desconexión, intimidación laboral, inviolabilidad de las comunicaciones, entre otros.

Asimismo, se propone que cuando el trabajador desarrolle sus funciones o labores bajo la modalidad del trabajo alternativo virtual, el empleador deberá reconocer el valor establecido para el auxilio de transporte, como auxilio digital a los trabajadores que devenguen hasta dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes los cuales no podrán ser concurrentes.

Respecto al tema de seguridad en el trabajo, se propone que las administradoras de riesgos laborales en coordinación con el Ministerio del Trabajo, adopten los procesos y procedimientos necesarios para asegurar con cargo a las administradoras las normas relativas a higiene y seguridad en el trabajo, así como la obligación de elaborar una guía para la prevención y actuación ante situaciones de riesgo que se llegaren a presentar con motivo de la modalidad del trabajo alternativo virtual.

Asimismo, se establece en cabeza del empleador el deber de informar a la Administradora de Riesgos Laborales, la adopte la modalidad de trabajo alternativo virtual, para que esta desarrolle las acciones necesarias para asegurar la higiene y seguridad del trabajador, de acuerdo con el procedimiento establecido.

Por otro lado, la iniciativa plantea que los establecimientos educativos desarrollen un plan de contingencia, en situaciones de riesgo por salud pública, orden público, por situaciones de fuerza mayor, para garantizar el cumplimiento de los objetivos pedagógicos y educativos a través de medios virtuales. Este plan contendrá entre otras medidas, capacitación de la planta docente para realizar sus actividades pedagógicas de manera remota.

III. GENERALIDADES

Colombia

La Organización Mundial de la Salud (OMS), el 11 de marzo de 2020, declaró el actual coronavirus COVID-19 como una pandemia, teniendo en cuenta la velocidad de su propagación y la escala

de transmisión, y a esa fecha había aproximadamente 125.000 casos de contagio en 118 países¹¹.

Ante la emergencia sanitaria y social mundial, era necesario que los diferentes países tomaran medidas orientadas a mitigar la propagación del COVID 19, la Organización Mundial de la Salud (OMS), recomendó el distanciamiento social y aislamiento, lo que ocasionó que las tecnologías de la información y las comunicaciones pasaran a tomar gran importancia, para garantizar la protección a la vida y la salud. El 10 de marzo de 2020, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, expidió la Resolución 0000380 del 10 de marzo de 2020, adoptando medidas preventivas sanitarias en el país, por causa del coronavirus COVID-2019.

Mediante la Resolución 385 del 12 de marzo de 2020, el Ministro de Salud y Protección Social, declara el estado de emergencia sanitaria por causa del COVID-19 en el territorio nacional hasta el 30 de mayo de 2020 y toma diferentes medidas con el fin de prevenir y controlar la propagación del coronavirus COVID-19 y mitigar sus efectos.

Debido al nuevo coronavirus COVID-19, se declaró el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio nacional, que busca fortalecer las acciones dirigidas a conjurar los efectos de la crisis, así como a mejorar la situación de los contagiados y evitar una mayor propagación del COVID-19. Asimismo, se toman medidas de orden público.

Debido a la emergencia sanitaria por el COVID-19, el Ministerio del Trabajo expidió la circular 021 del 17 de marzo de 2020, que contempla medidas de protección al empleo con ocasión de la fase de contención del COVID-19 y de la declaración de emergencia sanitaria en el país.

Mediante dicha circular, el Ministerio del Trabajo estableció el trabajo en casa, así: *“Trabajo en casa: Tratándose de una situación ocasional, temporal y excepcional, es posible que el empleador autorice el trabajo en casa, en cualquier sector de la economía. Esta modalidad ocasional de trabajo es diferente al Teletrabajo, y no exige el lleno de los requisitos establecidos para este. En el numeral 4 del artículo 6 de la ley 1221 de 2008 define como características del Trabajo en Casa que: “4. Una persona que tenga la condición de asalariado no se considerará teletrabajador por el mero hecho de realizar ocasionalmente su trabajo como asalariado en su domicilio o en lugar distinto de los locales de trabajo del empleador, en vez de realizarlo en su lugar de trabajo habitual”. Para optar por esta modalidad, debe existir acuerdo entre el empleador y el trabajador.*

De esta manera, el trabajo en casa, como situación ocasional, temporal y excepcional, no presenta los requerimientos necesarios para el teletrabajo, y se constituye como una alternativa viable y enmarcada en el ordenamiento legal, para el desarrollo de las actividades laborales en el marco de la actual emergencia sanitaria.”.

¹¹ <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/DECRETO%20500%20DEL%2031%20DE%20MARZO%202020.pdf>.

De igual manera, el Ministerio de Trabajo expidió la Circular número 41 del 2 de junio de 2020, mediante la cual fijó los lineamientos básicos sobre el trabajo en casa para su correcto desarrollo, los cuales deben ser cumplidos tanto por los trabajadores, los empleadores y las administradoras de riesgos laborales, ARL.

Asimismo, estableció que las funciones realizadas por los trabajadores deben ser ejecutadas, sin embargo, deben permitir el descanso necesario para ellos, a fin de tener un descanso diario, que les permita desarrollar otras actividades, compartir con su núcleo familiar; además, sentar que los empleadores puedan evitar enviar solicitudes por fuera del horario laboral establecido en el respectivo contrato de trabajo a sus empleados¹².

Como se puede observar la emergencia sanitaria evidenció un vacío jurídico respecto a un mínimo de garantías para los trabajadores, en caso de que sea necesario que el trabajador deba realizar su función o labor de manera virtual, en caso de presentarse una emergencia por salud pública, orden público o fuerza mayor.

El trabajo virtual o trabajo en casa no se puede equiparar al teletrabajo, ya que existe una regulación en materia del teletrabajo consagrada en la Ley 1221 del 2008, y las normas que los reglamentan, que establecen unos requisitos específicos, los cuales no es posible cumplir en caso de fuerza mayor.

El Ministerio de las Tic mediante el informe “Cuarto Estudio de Penetración del Teletrabajo en Empresas Colombianas”, realizado por la Corporación Colombia Digital y el Centro Nacional de Consultoría, reveló que el país tenía a julio de 2018, 122.278 teletrabajadores y que, con las medidas adoptadas por la pandemia, esta cifra aumentó en un 400% para abril de 2020¹³.

Sin embargo, en el marco de la emergencia se desarrolló una nueva figura “trabajo en casa”, modalidad excepcional que no cuenta con una reglamentación específica, y la cual no demoró en ser cuestionada, por una posible sobrecarga laboral, exceso en las jornadas laborales, reuniones y llamadas por fuera del horario laboral, así como tareas en jornadas extralaborales, entre otros aspectos.

El Ministro de Trabajo señala que “cerca de 4 millones de colombianos en las modalidades de trabajo en casa y teletrabajo”. Según la encuesta realizada por Terranum “El 62% de los colombianos ha sufrido de estrés, ansiedad y sensación de aislamiento durante los más de 90 días que ha durado la cuarentena y el 38% extraña el ambiente profesional”¹⁴.

Asimismo, contiene que “el 42,3% siente que desde la casa está trabajando más porque la jornada laboral se ha extendido y el 23% asegura

que simultáneamente tiene que atender las tareas del hogar”¹⁵.

Lo anterior, nos lleva a fijar reglas claras que permitan establecer la modalidad de trabajo virtual, como un mecanismo alternativo para que el trabajador desarrolle sus funciones o labores, mediante el uso de tecnologías, sin que se modifiquen las condiciones de trabajo inicialmente pactadas, en situaciones de riesgo por salud pública, orden público, por situaciones de fuerza mayor que no le permita al trabajador la ejecución de labores de manera presencial.

Experiencias internacionales

Según *Global Workplace Analytics*, el 56% de los empleados tiene un trabajo en el que parte de sus tareas se pueden hacer desde casa. Otros estudios, realizados por *Mahlon Apgar*, han confirmado además que los escritorios de las oficinas están vacíos entre un 50% y un 60% del tiempo a lo largo de la jornada laboral¹⁶. Sin embargo, la manera en que los países han adaptado esta figura ha variado significativamente.

Lo anterior se ve claramente reflejado en los porcentajes de personas que durante la pandemia han trabajado en casa. Por lo menos en Europa, los valores fluctúan entre el 59% y el 18%¹⁷. Por lo tanto, es pertinente revisar las principales medidas que estos países han tomado, con el fin de revisar el impacto de estas.

Asimismo, un informe de la Asesoría Técnica Parlamentaria¹⁸ aborda la regulación y experiencia del trabajo remoto o teletrabajo en algunos países, destacando las principales características, las cuales detallamos a continuación:

PAÍS	NORMA	CARACTERÍSTICAS
UNIÓN EUROPEA	Acuerdo Marco Europeo de 2002. El AMET fue asumido por el Acuerdo Interprofesional Nacional francés el año 2005, por medio de la Ley de 22 de marzo de 2012 sobre la simplificación de la ley y la reducción de los procedimientos administrativos, la llamada Ley de Warsman (teletravailleur.fr2018).	<ul style="list-style-type: none"> • Carácter voluntario • Equipamiento del trabajador a distancia • Estipulaciones del contrato • Condiciones de empleo • Derechos colectivos • Protección de la vida privada • Protección de datos • Protección en materia de higiene y seguridad • Otros derechos
BRASIL	Hasta la reforma del año 2017, la naturaleza jurídica del teletrabajo, de acuerdo a Luciana Capelari, podía derivarse de los artículos 6 y 83 del Decreto Ley N° 5.452, de 1° de mayo de 1943 (Texto Consolidado de las Leyes del Trabajo, o CLT).	<ul style="list-style-type: none"> • Carácter voluntario • Instrumentos de trabajo • Protección en materia de higiene y seguridad • Jornada de trabajo y descanso
ARGENTINA	Ley de Contrato de Trabajo (Ley N° 20.744 con una norma que se refiere al contrato de trabajo a domicilio)	<ul style="list-style-type: none"> • Protección en materia de higiene y seguridad

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ Mahlon Apgar, *Harvard Business Review*. <https://hbr.org/1998/05/the-alternative-workplace-changing-where-and-how-people-work>

¹⁷ Eurofound (2020), Living, working and COVID-19 dataset, Dublin, <http://eurofound.link/covid19data>

¹⁸ Biblioteca del Congreso Nacional de Chile | Asesoría Técnica Parlamentaria, 2018.

¹² Ver en línea: <https://www.ambitojuridico.com/laboral/lineamientos-del-gobierno-sobre-trabajo-en-casa-y-para-garantizar-derecho-la>

¹³ Ver en línea: <https://www.teletrabajo.gov.co/622/w3-article-135762.html>

¹⁴ Dinero - TELETRABAJO | 6/19/2020 4:43:00 PM

PORTUGAL	El Código del Trabajo portugués regula el teletrabajo en la sección IX sobre modalidades de contrato de trabajo, subsección V, "Teletrabajo".	<ul style="list-style-type: none"> • Carácter voluntario • Instrumentos de trabajo • Protección en materia de higiene y seguridad • Estipulaciones que debe tener el contrato • Jornada de trabajo y descanso • Condiciones de empleo • Derechos colectivos de los trabajadores
----------	---	--

Fuente: Elaboración propia – Información tomada de Biblioteca del Congreso Nacional de Chile / Asesoría Técnica Parlamentaria, 2018

IV. CONSTITUCIONALIDAD Y LEGALIDAD

Constitución Política de Colombia

Artículo 1º.

“Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general”.

Artículo 25.

“El trabajo es un derecho y una obligación social y goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado. Toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas”.

Artículo 67.

“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.

...

El Estado, la sociedad y la familia son responsables de la educación, que será obligatoria entre los cinco y los quince años de edad y que comprenderá como mínimo, un año de preescolar y nueve de educación básica.

...”

Artículo 150.

“Corresponde al Congreso hacer las leyes. Por medio de ellas ejerce las siguientes funciones:

1. Interpretar, reformar y derogar las leyes.

...”

V. IMPACTO FISCAL

En cumplimiento del artículo 7º de la Ley 819 de 2003 es preciso determinar que el presente proyecto de ley no genera impacto fiscal, toda vez que no ordena gasto adicional ni tampoco otorga beneficios tributarios de ningún tipo.

VI. CIRCUNSTANCIAS O EVENTOS QUE PODRÍAN GENERAR CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con el artículo 3º de la Ley 2003 de 2019, atentamente nos disponemos a señalar algunos criterios guías en los que se podría configurar conflictos de intereses, para que los congresistas tomen una decisión en torno a si se encuentran inmersos en alguna de estas causales; sin embargo, pueden existir otras causales en las que se pueda encontrar cada congresista, las cuales deberán ser determinadas para cada caso en particular por su

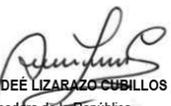
titular, siendo estos criterios meramente informativos y que deben ser analizados teniendo en cuenta lo expresado en el artículo 1º de la Ley 2003 de 2019.

Entre las situaciones que señala el artículo 1º antes mencionado, se encuentran: a) **Beneficio particular:** *aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado;* b) **Beneficio actual:** *aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión;* y el c) **Beneficio directo:** *aquel que se produzca de forma específica respecto del congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.”.*

Por lo anterior, las circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés serían aquellos que tengan un beneficio particular, actual y directo en materias relacionadas con vinculación laboral.

De los honorables Congresistas,


CARLOS EDUARDO GUEVARA VILLABÓN
 Senador de la República
 Partido Político MIRA


AYDEÉ LIZARAZO CUBILLOS
 Senadora de la República
 Partido Político MIRA


MANUEL VIRGÚEZ P
 Senador de la República
 Partido Político MIRA


IRMA LÚZ HERRERA RODRÍGUEZ
 Representante a la Cámara
 Partido Político MIRA

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

Bogotá D.C., 11 de agosto de 2020

Señor Presidente:

Con el fin de repartir el Proyecto de Ley No. 206/20 Senado “POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECE LA MODALIDAD DE TRABAJO ALTERNATIVO VIRTUAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”, me permito remitir a su despacho el expediente de la mencionada iniciativa, presentada el día de hoy ante la Secretaría General del Senado de la República por los Honorables Senadores CARLOS EDUARDO GUEVARA VILLABÓN, AYDEÉ LIZARAZO CUBILLOS, MANUEL ANTONIO VIRGUEZ PIRAQUIVE; y la Honorable Representante IRMA LÚZ HERRERA RODRÍGUEZ. La materia de que trata el mencionado Proyecto de Ley es competencia de la Comisión SÉPTIMA Constitucional Permanente del Senado de la República, de conformidad con las disposiciones Constitucionales y Legales.

SAÚL CRUZ BONILLA
 Subsecretario General

PRESIDENCIA DEL H. SENADO DE LA REPÚBLICA – AGOSTO 11 DE 2020

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

CÚMPLASE

EL PRESIDENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

ARTURO CHAR CHALJUB

SUBSECRETARIO GENERAL DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

SAÚL CRUZ BONILLA

PROYECTO DE LEY NÚMERO 207 DE 2020
SENADO

por medio de la cual se establecen factores para la determinación de la tasa de interés en tarjetas de crédito, se adiciona el artículo 48 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y se dictan otras disposiciones en materia de créditos.

Bogotá D. C., 10 de agosto de 2020

Doctor

GREGORIO ELJACH PACHECO

Secretario General

Senado de la República

Respetado doctor:

En nuestra calidad de congresistas y en ejercicio del derecho que establecen los artículos 154 de la Constitución Política de Colombia, 140 de la Ley 5ª de 1992, y 13 de la Ley 974 de 2005, sometemos a consideración del Honorable Congreso de la República, el presente Proyecto de Ley, “Por medio de la cual se establecen factores para la determinación de la tasa de interés en tarjetas de crédito, se adiciona el artículo 48 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y se dictan otras disposiciones en materia de créditos”.


DAVID BARCHIL ASSÍS
Senador


GERMÁN ALCIDES BLANCO ÁLVAREZ
Representante a la Cámara


JAIME FELIPE LOZADA POLANCO
Representante a la Cámara


ARMANDO ZABARAÍN D' ARCE
Representante a la Cámara


JOSÉ ELVER HERNÁNDEZ CASAS
Representante a la Cámara


DAVID BARCHIL ASSÍS
Senador


GERMÁN ALCIDES BLANCO ÁLVAREZ
Representante a la Cámara

PROYECTO DE LEY NÚMERO 207 DE 2020
SENADO

por medio de la cual se establecen factores para la determinación de la tasa de interés en tarjetas de crédito, se adiciona el artículo 48 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y se dictan otras disposiciones en materia de créditos.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1º. Modifíquese el literal l) del artículo 48 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, el cual quedará así:

- l) Determinar las distintas modalidades de crédito cuyas tasas deban ser certificadas por la Superintendencia Bancaria. Para las tarjetas de crédito se deberá tener en cuenta el plazo, el monto y el perfil de riesgo asociado a estas.

Evaluar periódicamente la pertinencia de las modalidades vigentes justificando su permanencia, analizar la conveniencia de establecer nuevas, y publicar los resultados.

Parágrafo 1º. La Superintendencia Financiera vigilará y será responsable de supervisar que las prácticas de sus vigilados no conduzcan a la falta de transparencia de la información acerca de las características y calidades crediticias de sus clientes.

Parágrafo 2º. En el momento en el que empiece a regir la presente norma, el perfil de riesgo del cliente será el que tenga vigente en el último año.

Artículo 2º. Factores para la determinación de la tasa de interés remuneratorio en tarjetas de crédito. En las operaciones de crédito originadas en la utilización de tarjetas de crédito, los establecimientos que ofrezcan esta modalidad de crédito determinarán la tasa de interés remuneratorio a ser aplicada, en función del tiempo pactado o el número de cuotas, del monto económico y del perfil de riesgo asociado a los productos crediticios, siendo aplicable la tasa de interés vigente al momento de devengarse los respectivos intereses. Asimismo, los establecimientos deberán, en todo momento, informar al titular del producto sobre los factores determinantes de la tasa de interés aplicada.

Artículo 3º. Mientras las obligaciones crediticias no se encuentren en cobro judicial, las entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia no podrán imponer multas o realizar cobros por conceptos equivalentes o asimilables que excedan el interés moratorio máximo autorizado por la ley, sobre las obligaciones que se encuentren en mora; además, los intereses moratorios causados deberán corresponder únicamente a los días transcurridos desde el vencimiento de cada cuota, de manera individualizada.

Artículo 4º. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.


JAIME FELIPE LOZADA POLANCO
Representante a la Cámara


ARMANDO ZABARAÍN D' ARCE
Representante a la Cámara


JOSÉ ELVER HERNÁNDEZ CASAS
Representante a la Cámara

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. CONTEXTO GENERAL DE LA INICIATIVA

En Colombia históricamente se han hecho diferentes esfuerzos por establecer mecanismos que les permitan a los colombianos acceder al sistema financiero. Desde el Plan de Desarrollo 2010-2014, donde se estableció que el acceso a los servicios financieros es un elemento importante para el desarrollo de la competitividad del país, y

además resaltó la importancia de aumentar el apoyo a políticas como la que creó del programa Banca de las Oportunidades¹, pasando por la promulgación de la misma Ley 1735 de 2014, llamada Ley de Inclusión Financiera, con la que se buscó aumentar el espectro de inclusión con la llegada de las Sociedades especializadas en depósitos y pagos, y el Decreto 2654 de 2014, mediante el cual se buscaba mejorar los niveles de acceso al crédito de población en informalidad.

Más recientemente, el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 del Presidente Iván Duque, reafirma la intención de incrementar el ofrecimiento y el acceso a los productos financieros y por supuesto el acceso al crédito; al respecto, han sido expedidas algunas modificaciones sobre el Decreto Único 2555 de 2010, por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, como fue el caso del Decreto 222 del 14 de febrero de 2020, en asuntos relacionados con el crédito de bajo monto y otras disposiciones para erradicar obstáculos en el acceso masivo a este tipo de crédito.

De otra parte, con la aprobación ante el Congreso de la República del proyecto de ley número 62 de 2018 Senado - 314 de 2019 Cámara, también conocido como “Borrón y Cuenta Nueva”, se persigue el objetivo de darle una segunda oportunidad a millones de colombianos de acceder al crédito formal, al ser retirados de las centrales de riesgo en un plazo máximo de 6 meses luego de ponerse al día y de esta manera permitirles ingresar al sistema crediticio formal.

Por otro lado, también se ha mantenido en el tiempo la preocupación de fijar límites a las tasas de interés con el fin de proteger a los usuarios del sistema financiero de posibles abusos. En nuestro país existe libertad para la fijación de las tasas de interés, aunque existen límites legales que prevalecen frente a esta autonomía.

En primer lugar, la Junta Directiva del Banco de la República es la única autoridad monetaria que puede intervenir en la fijación de las tasas máximas del interés remuneratorio que los establecimientos de crédito pueden cobrar en sus operaciones según la Ley 31 de 1992. Si esta no fija tales tasas, las mismas responderán a los requerimientos del mercado, teniendo como base el Interés Bancario Corriente (IBC) certificado por la Superintendencia Financiera de Colombia sin exceder la tasa de usura.

En segundo lugar, el Código Penal incorpora el delito de usura estableciendo en su artículo 305 que “El que reciba o cobre, directa o indirectamente, a cambio de préstamo de dinero o por concepto de venta de bienes o servicios a plazo, utilidad o ventaja que exceda en la mitad del interés bancario corriente que para el período correspondiente estén cobrando los bancos, según certificación de la

Superintendencia Bancaria, cualquiera sea la forma utilizada para hacer constar la operación, ocultarla o disimularla, incurrirá en prisión de dos (2) a cinco (5) años y multa de cincuenta (50) a doscientos (200) salarios mínimos legales mensuales vigentes...”.

Frente a estas limitaciones legales el Ministerio de Hacienda se ha pronunciado de la siguiente manera:

“La fijación de límites máximos es una práctica que usualmente se implementa en sistemas financieros en proceso de consolidación. Estos topes pueden tener impactos mixtos frente al objetivo de la inclusión financiera. Por un lado, los techos evitan que se presenten abusos en el cobro de las tasas de interés de los créditos y generan incentivos para que las entidades crediticias se vuelvan más eficientes en su operación. No obstante, pueden limitar el volumen de colocaciones en segmentos particulares de crédito, como el microcrédito, en los cuales los agentes receptores de los recursos usualmente tienen un perfil de riesgo mayor relacionado con su mayor exposición a choques económicos, un menor historial crediticio o la ausencia de garantías tradicionales para respaldar el endeudamiento, entre otros”².

Así las cosas, es claro que la fijación de topes máximos a las tasas de interés puede generar consecuencias tanto positivas como negativas. Y aunque países como Brasil y Perú han eliminado esta tasa por considerarla contraproducente para su desarrollo económico; en nuestro caso la imposición de esta tasa no ha afectado el acceso a los servicios financieros.

Tanto así que las actividades de intermediación financiera de los establecimientos de crédito mostraron una estabilización durante el primer semestre de 2013, luego de un período de desaceleración que comenzó a finales de 2011. La cartera bruta creció a una tasa real anual de 13,3% en junio del año en curso, cifra superior a la observada en diciembre de 2012 (12,5%). Este comportamiento está explicado, principalmente, por la expansión del crédito comercial, mientras que el de consumo continúa exhibiendo reducciones en su ritmo de expansión. Por su parte, la carga financiera y el endeudamiento de los hogares aumentó durante el primer semestre de 2013, ubicándose en los niveles más altos desde 2011. Este comportamiento se explica, en especial, por un mayor uso de créditos de consumo distintos de tarjetas de crédito³.

Entre junio de 2013 y el mismo mes de 2014 la exposición de los establecimientos de crédito a sus diferentes deudores aumentó, principalmente por el mayor endeudamiento de los hogares. Esto estuvo acompañado de mayores niveles de carga financiera, por lo que la proporción de ingresos que los hogares debieron destinar al servicio de la deuda fue más alta

¹ <http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2011/08/Efectos-y-consecuencias-del-sistema-de-c%C3%A1lculo-aplicado-a-las-tasas-IF-AE-COM-2012.pdf>

² Respuestas del Ministerio de Hacienda a cuestionario para debate de control político, REF URF-E-2017-000142.

³ http://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/rref_sep_2013.pdf

que la observada durante 2013. Los indicadores de expectativas e intención de compra se mantienen en niveles positivos y altos y la carga financiera se encuentra en su mayor nivel en lo corrido del siglo⁴.

Entre septiembre de 2014 y marzo de 2015 la cartera bruta de los establecimientos de crédito registró una mayor dinámica, explicada por el comportamiento de todas las modalidades a excepción de la de vivienda. Por su parte, la cartera vencida se desaceleró, como resultado del comportamiento de los microcréditos y créditos comerciales, mientras que la riesgosa aumentó su ritmo de crecimiento, impulsada por la dinámica de las modalidades de comercial y consumo. Los indicadores de calidad de la cartera total exhibieron leves disminuciones. Finalmente, las utilidades se expandieron a mayores niveles⁵.

En mayo de 2016, según la Superintendencia Financiera de Colombia, reportó que los activos del sistema financiero colombiano alcanzaron un valor de \$1,330.7 billones, tras registrar un crecimiento real anual de 4.2%. Las inversiones y la cartera de créditos contribuyeron con el 46.3% y el 29.8% del total del activo, respectivamente⁶.

En últimas, se observa un importante dinamismo en el comportamiento del crédito y también se podría concluir que la existencia de la tasa de usura en el mercado financiero colombiano no ha sido restricción relevante para el acceso a este, tanto así que el Ministerio de Hacienda ha precisado que:

“las experiencias en el manejo de las tasas de usura en el país indican que este techo no ha sido una barrera para la colocación del crédito en los diferentes segmentos y especialmente para las poblaciones de menores ingresos. Un ejemplo de esta situación se observó durante el proceso de diferenciación de la usura para el segmento del microcrédito durante el 2010. Si bien, se esperaba que los establecimientos de crédito usaran este techo para fijar la tasa a la cual realizarían estas colocaciones, el efecto fue contrario, las tasas de desembolso no se pegaron a este límite y en cambio esta intervención ayudó a dinamizar este tipo de crédito beneficiando a los pequeños empresarios del país”⁷.

II. ANTECEDENTES DEL PROYECTO

La presente iniciativa legislativa fue radicada dos legislaturas atrás, el 26 de julio de 2018, ante la Honorable Cámara de Representantes, siéndole asignada su competencia ante la Comisión Tercera Constitucional Permanente de la Cámara, en la cual surtió su primer debate con éxito, siendo aprobada en sesión ordinaria, luego fue presentada

ponencia para segundo debate ante la H. Plenaria de la Corporación, pero, por el vencimiento de los términos previstos en el artículo 190 de la Ley 5ª de 1992, fue imposible continuar su trámite, siendo archivado el proyecto.

III. MARCO NORMATIVO

• Estatuto Financiero (Decreto 663 de 1993):

“Artículo 48, numeral 1 literal L: Facultades del Gobierno nacional. En desarrollo de lo previsto en el artículo 46 del presente Estatuto, el Gobierno nacional tendrá las siguientes funciones de intervención en relación con las entidades financieras y aseguradoras sujetas al control y vigilancia de la Superintendencia Bancaria y, en general, respecto de las entidades cuyas actividades consistan en el manejo, aprovechamiento y la inversión de recursos captados del público:

l. <Numeral adicionado por el artículo 6º de la Ley 795 de 2003. El nuevo texto es el siguiente:> Determinar las distintas modalidades de crédito cuyas tasas deban ser certificadas por la Superintendencia Bancaria”.

- DECRETO 2555 DE 2010 (por el cual se recogen y reexpiden las normas en materia del sector financiero asegurador y del mercado de valores y se dictan otras disposiciones):

“Título 5 Certificación del Interés Bancario Corriente

Artículo 11.2.5.1.1 (Artículo 1º del Decreto 519 de 2007, modificado por el artículo 1º del Decreto 919 de 2008). Certificación del interés bancario corriente.

La Superintendencia Financiera de Colombia certificará el interés bancario corriente correspondiente a las modalidades de crédito señaladas en el artículo 11.2.5.1.2 del presente decreto.

Para el desarrollo de dicha función, la Superintendencia Financiera de Colombia contará con la información financiera y contable que le sea suministrada por los establecimientos de crédito. La tasa de las operaciones activas se analizará mediante técnicas adecuadas de ponderación, pudiendo ser exceptuadas aquellas operaciones que por sus condiciones particulares no resulten representativas del conjunto de créditos correspondientes a cada modalidad.

La metodología para el cálculo del interés bancario corriente, así como cualquier modificación que se haga a la misma, deberá ser publicada por la Superintendencia Financiera de Colombia, de manera previa a su aplicación.

Las tasas certificadas se expresarán en términos efectivos anuales y regirán por el periodo que determine la Superintendencia Financiera de Colombia, previa publicación del acto administrativo”.

⁴ http://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/rref_sep_2014.pdf

⁵ http://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/amjdcartera_jun_2015.pdf

⁶ <https://www.superfinanciera.gov.co/jsp/loader.jsf?lServicio=Publicaciones&lTipo=publicaciones&lFuncion=loadContenidoPublicacion&id=10081702>

⁷ Ministerio de Hacienda. *Op. cit.*

“Artículo 11.2.5.1.2 (Artículo 2° del Decreto 519 de 2007 modificado por el artículo 2° del Decreto 919 de 2008). Modalidades de crédito cuyas tasas deben ser certificadas.

1. Microcrédito: es el constituido por las operaciones activas de crédito a las cuales se refiere el artículo 39 de la Ley 590 de 2000, o las normas que la modifiquen, sustituyan o adicionen, así como las realizadas con microempresas en las cuales la principal fuente de pago de la obligación provenga de los ingresos derivados de su actividad.

Para los efectos previstos en este numeral el saldo de endeudamiento del deudor no podrá exceder de ciento veinte (120) salarios mínimos legales mensuales vigentes al momento de la aprobación de la respectiva operación activa de crédito. Se entiende por saldo de endeudamiento el monto de las obligaciones vigentes a cargo de la correspondiente microempresa con el sector financiero y otros sectores, que se encuentren en los registros con que cuenten los operadores de bancos de datos consultados por el respectivo acreedor, excluyendo los créditos hipotecarios para financiación de vivienda y adicionando el valor de la nueva obligación.

Por microempresa se entiende toda unidad de explotación económica, realizada por persona natural o jurídica, en actividades empresariales, agropecuarias, industriales, comerciales o de servicios, rural o urbana, cuya planta de personal no supere los diez (10) trabajadores o sus activos totales, excluida la vivienda, sean inferiores a quinientos (500) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

2. Crédito de consumo y ordinario:

- a) El crédito de consumo es el constituido por las operaciones activas de crédito realizadas con personas naturales para financiar la adquisición de bienes de consumo o el pago de servicios para fines no comerciales o empresariales, incluyendo las efectuadas por medio de sistemas de tarjetas de crédito, en ambos casos, independientemente de su monto;
- b) El crédito ordinario es el constituido por las operaciones activas de crédito realizadas con personas naturales o jurídicas para el desarrollo de cualquier actividad económica y que no esté definido expresamente en ninguna de las modalidades señaladas en este artículo, con excepción del crédito de vivienda a que se refiere la Ley 546 de 1999.

Parágrafo 1°. Para los efectos previstos en el inciso segundo del artículo 11.2.5.1.1 del presente decreto, se entiende que no es representativo del conjunto de créditos correspondientes a la modalidad del crédito ordinario, entre otros, el crédito preferencial, esto es, el constituido por las operaciones activas de crédito que, por sus características particulares o especiales, se pactan

en condiciones diferentes a las que generalmente utiliza la entidad para con el público.

Parágrafo 2°. Para los efectos previstos en este decreto, la clasificación de una operación activa de crédito en una modalidad particular se hará por parte del acreedor al momento de la aprobación y permanecerá así hasta su cancelación con base en los criterios establecidos en el presente decreto. El acreedor deberá informar al deudor la modalidad en la que fue clasificado el crédito en el momento de la aprobación.

(Adicionado por el artículo 3° del Decreto 919 de 2008). Parágrafo 3°. Sin perjuicio de lo señalado en el numeral primero del presente artículo, el cobro de los honorarios y comisiones por parte de los intermediarios financieros y las organizaciones especializadas en crédito microempresarial, autorizado por el artículo 39 de la Ley 590 de 2000, será procedente únicamente en los eventos previstos en dicha disposición.

3. (Numeral adicionado mediante el artículo 2° del Decreto 2654 del 17 de diciembre de 2014. Véase régimen de transición previsto en el artículo 3° del Decreto 2654 de 2014). Crédito de consumo de bajo monto: Es el constituido por las operaciones activas de crédito realizadas en los términos del Título 16 del Libro 1 de la Parte 2 del presente decreto”.

“Artículo 11.2.5.1.3 (Artículo 3° del Decreto 519 de 2007). Efectos de las certificaciones del interés bancario corriente.

En las operaciones activas de crédito, para todos los efectos legales relativos a los intereses e independientemente de la naturaleza jurídica del acreedor, deberá tenerse en cuenta el interés bancario corriente certificado por la Superintendencia Financiera de Colombia para el respectivo período, que corresponda a la modalidad de la operación activa de crédito de que se trate, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 11.2.5.1.2 del presente decreto. Así mismo, estarán sometidas a lo previsto en este inciso las ventas a plazo en cuanto al precio pendiente de pago, las operaciones de leasing operativo y financiero, el descuento de derechos personales o créditos de carácter dinerario y de valores o títulos valores y las operaciones de reporto o repo, simultáneas y de transferencia temporal de valores.

En todos los demás casos en que se deban pagar intereses de plazo o de mora, así como en los eventos en que los intereses se encuentren definidos en la ley o el contrato en función del interés bancario corriente, tales como los intereses de mora que se deban por concepto de tributos, obligaciones parafiscales u obligaciones mercantiles de carácter dinerario diferentes de las provenientes de las operaciones activas de crédito y demás operaciones mencionadas en el inciso anterior, únicamente deberá tenerse en cuenta el interés bancario

corriente certificado para el crédito de consumo y ordinario.

Parágrafo 1°. Para los efectos previstos en este decreto, se entiende por operación activa de crédito aquella por la cual una de las partes entrega o se obliga a entregar una cantidad de dinero y la otra a pagarla en un momento distinto de aquel en que se celebra la convención.

Parágrafo 2°. Los límites para la fijación del interés remuneratorio en el crédito de vivienda a que se refiere la Ley 546 de 1999, serán los que determine la Junta Directiva del Banco de la República, de conformidad con las decisiones de la Corte Constitucional en la materia. El límite para la fijación del interés de mora será el previsto en el artículo 19 de dicha ley”.

“Artículo 11.2.5.1.4 Régimen de Transición. (Artículo modificado por el Decreto 3590 de 2010, rige a partir del 29 de septiembre de 2010).

La Superintendencia Financiera de Colombia certificará, a partir del 1° de octubre de 2010, el interés bancario corriente aplicable a la modalidad de microcrédito de acuerdo con la definición contemplada en el numeral 1 del artículo 11.2.5.1.2 del Decreto 2555 de 2010, adoptando para el efecto una metodología que permita ajustar la tasa de esta modalidad crediticia a las tasas de interés del mercado, a lo largo de un período de doce (12) meses contados a partir del momento de la certificación.

Transcurrido el plazo mencionado la certificación se efectuará de conformidad con lo establecido en el artículo 11.2.5.1.1 del presente decreto”.

- Código de Comercio (Decreto 410 de 1971):

“Artículo 884. Límite de intereses y sanción por exceso. (Artículo modificado por el artículo 111 de la Ley 510 de 1999. El nuevo texto es el siguiente: Cuando en los negocios mercantiles haya de pagarse réditos de un capital, sin que se especifique por convenio el interés, este será el bancario corriente; si las partes no han estipulado el interés moratorio, será equivalente a una y media veces del bancario corriente y en cuanto sobrepase cualquiera de estos montos el acreedor perderá todos los intereses, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 72 de la Ley 45 de 1990.

Se probará el interés bancario corriente con certificado expedido por la Superintendencia Bancaria”.

- Código Penal (Ley 599 de 2000):

“Artículo 305. Usura. (Penas aumentadas por el artículo 14 de la Ley 890 de 2004, a partir del 1° de enero de 2005. El texto con las penas aumentadas es el siguiente:) El que reciba o cobre, directa o indirectamente, a cambio de préstamo de dinero o por concepto de venta de bienes o servicios a plazo, utilidad o ventaja que exceda en la mitad del interés bancario corriente que para el período correspondiente estén cobrando los bancos, según certificación de la Superintendencia Bancaria,

cualquiera sea la forma utilizada para hacer constar la operación, ocultarla o disimularla, incurrirá en prisión de treinta y dos (32) a noventa (90) meses y multa de sesenta y seis punto sesenta y seis (66.66) a trescientos (300) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

El que compre cheque, sueldo, salario o prestación social en los términos y condiciones previstos en este artículo, incurrirá en prisión de cuarenta y ocho (48) a ciento veintiséis (126) meses y multa de ciento treinta y tres punto treinta y tres (133.33) a seiscientos (600) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

<Inciso adicionado por el artículo 34 de la Ley 1142 de 2007. El nuevo texto es el siguiente:> Cuando la utilidad o ventaja triplique el interés bancario corriente que para el período correspondiente estén cobrando los bancos, según certificación de la Superintendencia Financiera o quien haga sus veces, la pena se aumentará de la mitad a las tres cuartas partes”.

IV. OBJETO DEL PROYECTO DE LEY

El objeto de esta iniciativa es modificar un apartado del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, Decreto-ley 663 de 1993, para adicionar e incluir, dentro de las facultades e instrumentos de intervención del Gobierno Nacional, específicamente, la atribución de determinar las condiciones y criterios bajo los cuales, las tarjetas de crédito, como modalidad de crédito, deberán ser certificadas por la Superintendencia Financiera, criterios que serán: i) el plazo del crédito, ii) el monto económico y iii) el perfil de riesgo asociado, esto con el fin de lograr, principalmente, la flexibilización del límite remuneratorio máximo que, para las operaciones activas de créditos establece el Código Penal al tipificar la usura como: “...la utilidad o ventaja que exceda en la mitad del interés bancario corriente que para el período correspondiente estén cobrando los bancos, según certificación de la Superintendencia Bancaria...” Y dado que como lo ha expresado el Ministerio de Hacienda:

“las tasas de interés son el mecanismo por medio del cual los establecimientos de crédito fijan el precio del perfil de riesgo del tomador del crédito. Ante una población con perfiles de riesgo heterogéneos, es probable que, si el tope a las tasas de interés está alejado de las condiciones que existen en el mercado de crédito, por ser muy bajo, el segmento más riesgoso de la población quedará excluido del mercado. Esta situación se presenta dado que la tasa de interés ofrecida no es consistente con el riesgo ni con la capacidad de pago esperada de este segmento. En este escenario, es probable que estos potenciales tomadores de crédito recurran a mercados informales en condiciones financieras aún menos favorables.”⁸

Además, la Corte Constitucional en la Sentencia C 333 de 2001 estableció que “... resulta claro que, dada la mutabilidad del entorno económico y

⁸ Ibid.

financiero, el legislador ha estimado necesario, para la defensa del interés jurídico que se intenta proteger con el tipo de la usura, atribuir a las autoridades administrativas la potestad de complementarlo y para ese efecto les otorga un cierto margen de apreciación...”.

Entonces, al darle a la Superintendencia Financiera esta facultad se lograría complementar efectivamente la defensa del interés jurídico que protege el tipo penal de la usura, manteniendo los límites a las tasas de interés con el fin de proteger a los usuarios del sistema financiero de posibles abusos, pero sobre todo que esta certificación diferenciada llevaría a un tipo de usura más acorde a la realidad del comportamiento del mercado de crédito en el país, y en consecuencia a que las tasas de interés máximas permitidas estuvieran en mayor sintonía con las dinámicas propias del mercado del crédito.

Resulta ser que, en muchos casos los intereses que son cobrados en los productos crediticios como las tarjetas de crédito, no se compadecen de esas dinámicas propias del mercado, como particularmente debería serlo por ejemplo el perfil del deudor, o el plazo y el monto del crédito en concreto. Es decir, en muy buena parte de los establecimientos de crédito, al revisar la tasa de interés mensual o anual que es cobrada por el crédito a todos sus clientes, se encuentra que esta tasa no obedece al buen comportamiento financiero del titular de la obligación, en realidad, la información del historial de crédito de un cliente, es más un filtro para acceder o no al sistema, pero no se utiliza para determinar el costo del interés que le será cobrado. Tan es así, que un cliente de un banco cualquiera, con excelente comportamiento crediticio y trayectoria, paga en la mayoría de los eventos, el mismo interés mensual sobre su tarjeta de crédito, que el que paga un nuevo cliente del mismo banco, incluso con un score inferior en su calificación o perfil de riesgo.

Por definición, la *lex artis* del sistema financiero indica que, la tasa de interés remuneratorio, incluye dentro de sus componentes, la denominada prima de riesgo, que no es cosa diferente al aumento directamente proporcional de la tasa de interés en relación con el nivel de riesgo financiero que ofrece determinada operación de crédito, es decir, a mayor riesgo financiero, mayor tasa y viceversa. Ese nivel de riesgo financiero estará determinado por diversos factores, indudablemente variables y relativos, aunque en cierta medida prestablecidos y funcionales bajo ciertas condiciones macroeconómicas, de manera que este nivel de riesgo es determinado a partir de factores tales como la existencia de garantías reales, personales o estatales que respalden el cumplimiento del crédito, el monto económico del crédito, el plazo pactado, los riesgos reputacionales, de contagio o de seguridad jurídica, y el perfil crediticio del titular de la obligación, entre

muchos otros factores determinantes que se espera sean analizados dependiendo de las circunstancias.

Sin embargo, como se señaló anteriormente, en el caso de las tarjetas de crédito en Colombia, es remota la tasación de su interés remuneratorio, con la atribución, cuanto menos aceptable, de un valor real y palpable a estos factores necesarios para el cálculo del riesgo financiero, siendo el resultado de ello el despropósito de la identidad de tasas de interés en un mismo producto entre clientes con perfiles de riesgo en extremos diametralmente opuestos. Ni qué decir, de la indiferencia frente al plazo o los montos del crédito, todos ellos elementos que, de ser considerados en el mercado, podrían generar un mayor dinamismo en el mercado crediticio nacional.

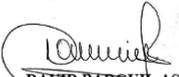
En este sentido, la modificación propuesta al artículo 48 del Decreto 663 de 1993, persigue una mejora en la información existente sobre las tasas de interés (precios) del mercado de las tarjetas de crédito en Colombia, adoptando como técnica, la determinación de aquellas tasas de interés según el perfil de riesgo, el monto y el plazo. Con esta metodología inspirada en el perfil de riesgo, se logrará que los usuarios del sistema con un historial crediticio favorable o de bajo riesgo financiero, reciban un precio (tasa de interés) más bajo y, por su parte, lógicamente a los clientes que representen con historial crediticio un riesgo alto, les sea atribuido un interés más alto.

Adicionalmente, al existir mayor información disponible en el mercado financiero a partir de las tasas diferenciales de interés, el usuario podrá conocer de antemano, las diferentes ofertas vigentes, efectuando comparaciones entre las tasas de interés cobradas por el sistema según sus necesidades de crédito, generando la oportunidad de tomar mejores decisiones de consumo crediticio como fruto de una mayor competencia entre los actores del mercado. Al mismo tiempo que, los usuarios se esforzarán por mejorar su perfil de riesgo, asumiendo hábitos responsables de pago, para alcanzar menores tasas de interés o conservar sus tasas preferenciales de acuerdo a sus buenos comportamientos crediticios.

Finalmente, se rescatan detalles y aportes valiosos realizados por los ponentes que acompañaron el último trámite legislativo antes de que fuera archivado; uno de ellos, relacionado con la transparencia informativa y el deber de la Superintendencia Financiera de Colombia, de garantizar que las prácticas de sus entidades vigiladas correspondan plenamente a la realidad, reflejando las características y calidades crediticias de sus usuarios de forma transparente y verificable.

En los anteriores términos, quedan expuestos el objeto y motivación de la presente iniciativa, la cual dejamos en manos del Congreso de la República con la firme convicción y esperanza de que se convierta

en ley de la República luego de surtir su legítimo trámite democrático y constitucional.



DAVID BARGUIL ASSÍS
Senador



GERMÁN ALCIDES BLANCO ÁLVAREZ
Representante a la Cámara



JAIME FELIPE LOZADA POLANCO
Representante a la Cámara



ARMANDO ZABARAÍN D' ARCE
Representante a la Cámara



JOSÉ ELVER HERNÁNDEZ CASAS
Representante a la Cámara

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

Bogotá D.C., 11 de agosto de 2020

Señor Presidente:

Con el fin de repartir el Proyecto de Ley No. 207/20 Senado "POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECEN FACTORES PARA LA DETERMINACIÓN DE LA TASA DE INTERÉS EN TARJETAS DE CRÉDITO. SE ADICIONA EL ARTÍCULO 48 DEL ESTATUTO ORGÁNICO DEL SISTEMA FINANCIERO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES EN MATERIA DE CRÉDITOS", me permito remitir a su despacho el expediente de la mencionada iniciativa, presentada el día de hoy ante la Secretaría General del Senado de la República por el Honorable Senador DAVID ALEJANDRO BARGUIL ASSÍS, y los Honorables Representantes GERMÁN ALCIDES BLANCO ÁLVAREZ, JAIME FELIPE LOZADA POLANCO, ARMANDO ZABARAÍN D' ARCE, JOSÉ ELVER HERNÁNDEZ CASAS. La materia de que trata el mencionado Proyecto de Ley es competencia de la Comisión TERCERA Constitucional Permanente del Senado de la República, de conformidad con las disposiciones Constitucionales y Legales.

SAÚL CRUZ BONILLA
Subsecretario General

PRESIDENCIA DEL H. SENADO DE LA REPÚBLICA – AGOSTO 11 DE 2020

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

CÚMPLASE

EL PRESIDENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

ARTURO CHAR CHALJUB

SUBSECRETARIO GENERAL DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

SAÚL CRUZ BONILLA

PROYECTO DE LEY NÚMERO 208 DE 2020 SENADO

por medio de la cual se regulan algunos aspectos de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 para garantizar la prestación eficaz del derecho a la salud, la garantía de acceso eficiente, la protección del personal de salud y se dictan otras disposiciones.

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA:

CAPÍTULO I

Disposiciones Generales

Artículo 1º. Objeto. La presente ley tiene por objeto proteger, garantizar y materializar el derecho constitucional fundamental a la salud que tiene toda persona de acceder, en condiciones de igualdad, eficiencia, calidad y equidad, a la

prestación del servicio público de salud que se presta bajo la dirección, supervisión, coordinación y control del Estado, y en sujeción a los principios de responsabilidad, sostenibilidad, universalidad, solidaridad, promoción y prevención.

Para garantizar la prestación eficiente del servicio de salud para todos los colombianos/colombianas y todas aquellas personas con domicilio permanente en el país, se tendrá como base la estrategia de atención primaria, la gobernanza eficaz del sistema, el fortalecimiento de la red pública hospitalaria y la formalización laboral del personal de la salud.

Artículo 2º. Principios generales del sistema general de seguridad social en salud. Sin perjuicio de los principios constitucionales y de los contemplados en tratados y convenios internacionales, los siguientes son los principios que deben acatar y aplicar las entidades públicas o privadas y demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

Prioridad del Sistema. El Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene como prioridad proteger, garantizar y materializar el derecho constitucional fundamental a la salud de toda persona-usuario.

Función pública: la atención, prevención y promoción en salud dentro del territorio nacional serán actividades preeminentemente públicas, cuyo ejercicio y administración estarán en cabeza y dirección del Estado colombiano.

Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. El Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá como objetivo principal la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, con el fin de garantizar y brindar condiciones favorables en el estado de salud de las personas y mejorar su calidad de vida.

Universalidad. El Sistema General de Seguridad Social en Salud cobijará a todos los residentes en el país y durante todas las etapas de sus vidas.

Igualdad. El acceso a la seguridad social en salud se garantiza a las personas residentes en el territorio colombiano, sin discriminación por razones de sexo, raza, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños y demás sujetos de especial protección constitucional, como mujeres embarazadas, discapacitados, adultos mayores, entre otros.

Solidaridad. Con ello se procura la práctica del mutuo apoyo entre los residentes del país, para que se les garantice a todos el acceso a los servicios de seguridad social en salud.

Equidad. Es el acceso a los servicios ofrecidos en salud, en iguales condiciones de eficiencia y calidad, independientemente de la capacidad de pago o contribución de las personas.

Calidad. Los servicios de salud deberán atender a altos estándares de calidad y a las condiciones del usuario de acuerdo con la evidencia científica,

provistos de forma ágil, continua, segura y oportuna, mediante una atención amable y respetuosa.

Sostenibilidad. La prestación de los servicios en salud se garantizará de acuerdo con los recursos dispuestos y disponibles por el Gobierno Nacional para tal fin.

Progresividad. La prestación de los servicios en salud por parte del Sistema General de Seguridad Social siempre procurará, de manera gradual, la ampliación de servicios y la mejora en la prestación de los mismos.

Participación Social. El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe garantizar la participación de los usuarios, a fin de mejorar la prestación de sus servicios a la comunidad en general.

Corresponsabilidad. Consiste en la concurrencia de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud en adelantar acciones conducentes a proteger, garantizar y materializar el derecho de las personas a conservar o recuperar su salud. La familia, la sociedad y el Estado son, igualmente, corresponsables en su atención, cuidado, promoción y prevención.

Transparencia. Las condiciones de prestación de los servicios en salud, la relación entre los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la definición de políticas en materia de salud, deberán ser públicas, claras, transparentes, a fin de permitir la participación y el control por parte de los usuarios del Sistema.

Modelo del sistema: en el periodo de implementación de los principios y normas consagrados en la presente ley el modelo del Sistema General de Seguridad Social en Salud mutará progresivamente del actual modelo asegurador a un modelo de atención primaria para implementar cuando menos las siguientes características:

1. Acceso universal a la atención y cobertura en función de las necesidades.
2. Adhesión a la equidad sanitaria como parte de un desarrollo orientado a la justicia social.
3. Participación de la comunidad en la definición y aplicación de las agendas de la salud.
4. Enfoques intersectoriales de la salud.

Artículo 3°. Definiciones. Para efectos de la presente ley, se entiende por:

- a) Salud. Es un estado completo de bienestar físico, mental y social, dentro del nivel posible de salud de cada persona.
- b) Usuario. Toda persona que acude en procura de servicios de salud a algunas de las entidades públicas o privadas, en cargadas de la prestación de los mismos.
- c) Servicios de salud. Entiéndase por servicios de salud todas las prestaciones incluidas en el plan único de beneficios.

- d) Integralidad. Consiste en la atención en salud a la población en sus fases de educación, información, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia de conformidad con la ley.
- e) Eficiencia. Consiste en la óptima utilización de los recursos destinados para la prestación de los servicios a la salud y los resultados en salud de los usuarios.
- f) Accesibilidad. Consiste en la eliminación progresiva de las barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas, tecnológicas o de cualquier otra índole, que injustificadamente impidan el acceso a la prestación del servicio en salud.
- g) Atención Integrada. Exige la coordinación entre todas las partes del sistema para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud y su atención a lo largo del tiempo, así como a través de los diferentes niveles y lugares de atención sin interrupción. La atención integrada exige sistemas de referencia y contrarreferencia a través de todos los niveles del sistema de salud.
- h) Personas con capacidad de pago. Son aquellas que devengan mensualmente una remuneración igual o superior a un salario mínimo legal mensual vigente.

Artículo 4°. Derechos de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Toda persona en Colombia tiene, en relación con el servicio de salud, los siguientes derechos:

1. A acceder a los bienes y servicios de salud contenidos en el Plan Único de Beneficios, que le garanticen una atención integral y oportuna.
2. A elegir libremente al asegurador y al prestador de servicios de salud en los términos que defina la Ley, previo el suministro de información por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, que le permita conocer, entre otros, las opciones de afiliación con las que cuenta y el desempeño de cada uno de esas instituciones.
3. A mantener una comunicación plena, permanente, expresa y clara con el profesional de la salud tratante y a recibir información suficiente y apropiada a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permitan tomar decisiones respecto a los procedimientos que le vayan a practicar, el pronóstico y riesgos de los mismos.
4. A recibir un trato digno respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tengan sobre los procedimientos.

5. A que la historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada y que únicamente pueda ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley, y a poder consultar la totalidad de su historia clínica en forma gratuita y a obtener copia de la misma.
6. A que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, asistencia de calidad por trabajadores de la salud debidamente capacitados y autorizados para ejercer.
7. A recibir por parte de las entidades que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud, menores costos en las cuotas moderadoras o copagos, por las buenas prácticas en salud.
8. A solicitar y recibir explicaciones o rendición de cuentas acerca de los costos por los tratamientos de salud recibidos.
9. A que se le respete la voluntad de aceptación o negación de la donación de sus órganos de conformidad con la ley.
10. A ser atendida, de forma inmediata, en cualquier institución prestadora de servicios de salud, cuando presente una urgencia, que ponga en riesgo su vida o alguna función básica.
11. A recibir prestaciones de salud en las condiciones y en los términos consagrados en la ley.
12. A participar, de forma individual o colectiva, en los procesos de definición e implementación de decisiones referidas a la salud.

Artículo 5°. Deberes de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Toda persona tiene los siguientes deberes:

1. A procurar el cuidado integral de su salud, de su familia y comunidad.
2. Los padres están obligados con sus hijos menores o en situación de discapacidad, a procurar su atención integral en salud.
3. Los hijos están obligados con sus padres en estado de debilidad manifiesta, a procurar su atención integral en salud.
4. A contribuir con el Sistema General de Seguridad Social en Salud con el pago de las primas o cuotas que exija la ley.
5. A actuar con responsabilidad y prevención en todas las facetas de su vida.
6. A velar porque la prestación del servicio de salud se preste en condiciones eficientes y dignas.
7. A colaborar, de manera activa y participativa, en las jornadas o actividades pedagógicas y de salud que se adelanten en sus comunidades.

Parágrafo. En ningún caso, el incumplimiento de procurar el cuidado integral de su salud o de su familia implicará la negación o disminución de los servicios de salud.

CAPÍTULO II

Atención primaria en salud

Artículo 6°. Modelo de atención primaria en salud. Con base en los principios orientadores de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad, calidad y vínculo, para cumplir la función principal de coordinación de la atención integral de las personas, familias y comunidades, los componentes esenciales de la Atención Primaria en Salud que definirán los compromisos de las instituciones prestadoras, son:

- a) Identificación de necesidades sociales de calidad de vida y salud, así como las inequidades entre grupos de la población residente territorialmente.
- b) Formulación o apoyo sectorial a políticas y planes intersectoriales orientados hacia la disminución de inequidades y mejoramiento de calidad de vida y salud en territorios específicos, con énfasis en alimentación sana y suficiente, vivienda digna y saludable, agua potable, saneamiento, salud ambiental, salud ocupacional y control de violencia interpersonal e intrafamiliar.
- c) Acciones específicas dirigidas al ambiente y a las personas para promover la calidad de vida y la salud general y ocupacional de las poblaciones, educar en salud, promover la no violencia, proteger la vida y prevenir enfermedades generales, laborales y accidentes de tránsito y otras afectadas por determinantes sociales.
- d) Servicios de atención ambulatoria programada, con alta capacidad resolutive, general y especializada, con enfoque familiar y comunitario, que incluye educación en salud, protección específica, prevención, diagnóstico, tratamiento, manejo de enfermedades agudas, crónicas, rehabilitación, cuidado paliativo, atención odontológica, salud sexual y reproductiva, salud visual, atención integral de la gestación, parto y puerperio, salud mental.
- e) Servicios básicos de salud ocupacional, encaminados a atención integral de accidentes y enfermedades ocurridas con ocasión o como consecuencia del trabajo, a asesorar a las empresas y a los trabajadores independientes en el mejoramiento de las condiciones de salud y trabajo, a la vigilancia epidemiológica ocupacional y a la prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades laborales en el marco de una estrategia de entornos de trabajo saludables.
- f) Servicios farmacéuticos y de tecnologías en salud, en el marco de la política nacional de medicamentos, insumos y tecnologías en salud.
- g) Servicios de apoyo diagnóstico de laboratorio e imagenología acorde con la tecnología apropiada.

- h) Atención médica domiciliaria o cuidado domiciliario o paliativo, técnicamente justificado.
- i) Atención de urgencias de primero y segundo niveles tecnológicos y atención de parto normal y de mediana complejidad.
- j) Seguimiento de pacientes referidos y contrarreferidos de los servicios especializados ambulatorios, de hospitalización y de urgencias de tercero y cuarto niveles tecnológicos.
- k) Coordinación intersectorial, con sistema de referencia y contrarreferencia a otros sectores según caracterización de salud familiar y comunitaria.
- l) Información sistematizada y electrónica en salud, tanto de tipo personal –modelo único de historia clínica– como de tipo poblacional, con la estructura de la vigilancia en salud, para medir resultados, efectos e impactos en calidad de vida y salud, con perspectiva de equidad y de garantía del derecho a la salud.

Artículo 7°. Servicios ambulatorios y hospitalarios especializados. Los componentes de los servicios ambulatorios y hospitalarios especializados, que definirán los compromisos de los prestadores, son:

- a) Servicios ambulatorios especializados que requieran mediana y alta tecnología.
- b) Servicios de hospitalización de tercero y cuarto niveles tecnológicos, incluido los cuidados intermedios e intensivos.
- c) Servicios farmacológicos de mediano y alto costo, en el marco de la política de medicamentos, insumos y tecnologías en salud.
- d) Servicios de apoyo diagnóstico, de laboratorio clínico, de genética, biología molecular y de imagenología, de mediana y alta complejidad.
- e) Servicios de rehabilitación de segundo a cuarto niveles tecnológicos o de intervención de largo plazo.

Parágrafo. Los servicios ambulatorios y hospitalarios especializados serán siempre articulados a la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS) y deberán configurar Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), según el diseño realizado por el fondo territorial de salud correspondiente.

Artículo 8°. Programas y servicios especializados en salud ocupacional. Los Programas de salud ocupacional, en articulación con los servicios ofrecidos y coordinados por las instituciones que desarrollan la APIRS, son:

- a) Programas ambulatorios especializados para el manejo de accidentes y enfermedades con ocasión o como consecuencia del trabajo.
- b) Servicios de apoyo diagnóstico, de laboratorio clínico y de imagenología especializados para salud ocupacional.

- c) Servicios hospitalarios especializados de mediana y alta complejidad para la atención de accidentes o enfermedades con ocasión o como consecuencia del trabajo.
- d) Servicios farmacológicos especializados para el tratamiento de enfermedades como consecuencia del trabajo.
- e) Servicios de rehabilitación para discapacidades derivadas de accidentes o enfermedades con ocasión o como consecuencia del trabajo.

CAPÍTULO III

Red pública hospitalaria

Artículo 9°. Fortalecimiento de la red pública hospitalaria. Es deber del Estado asegurar el acceso de todas las personas a la Red Pública Hospitalaria y garantizar la sostenibilidad financiera de las instituciones que la conforman.

El Gobierno nacional deberá priorizar la inversión en infraestructura, dotación, fortalecimiento de los centros reguladores de urgencias y emergencias y el mejoramiento de la atención a través de la red pública hospitalaria que deberá tener una cobertura universal en todo el territorio nacional.

Artículo 10. Priorización de recursos económicos para el fortalecimiento de la red pública hospitalaria. Los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el sector Salud (Fonsaet), así como los recursos para el saneamiento de las obligaciones por servicios prestados, deberán priorizarse para garantizar la prestación eficiente de los servicios de las instituciones que conforman la red pública hospitalaria, especialmente de aquellos hospitales que tienen una mayor demanda o que se encuentran en territorios dispersos.

CAPÍTULO IV

Formalización laboral del personal de la salud

Artículo 11. Obligaciones de los pagadores del sistema de seguridad social en salud. Los pagadores del Sistema General de Seguridad Social en Salud que para la realización de su objeto social requieran la contratación de talento humano en salud, no podrán utilizar la figura de la tercerización para ese tipo de contratos.

Cuando se trate de entidades públicas queda proscrita la contratación de servicios temporales para prestación de servicios médicos y de salud que se requieren con un carácter permanente.

Igualmente quedan proscritas la intermediación y demás figuras contractuales similares, en la contratación del personal médico dentro del territorio nacional.

Artículo 12. Régimen especial de jornada laboral. El Gobierno Nacional en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social implementará un régimen especial de jornada laboral que atienda las condiciones especiales de trabajo del talento humano en salud y que a su vez garantice una remuneración digna y periodos de descanso y

ocio razonables, en concordancia con las directrices que para ello ha establecido la OIT.

Este régimen especial de jornada laboral debe garantizar el reconocimiento salarial de las horas extras laboradas y un máximo semanal de 48 horas laborales.

Artículo 13. Prohibición de cláusulas de exclusividad. El talento humano en salud, de acuerdo a sus posibilidades materiales, podrá procurar contratos de trabajo con distintas entidades prestadoras, según las necesidades del servicio. Queda proscrita toda cláusula de exclusividad que pretenda limitar este derecho.

Artículo 14. Prestaciones Sociales y Seguridad Social. En todos los contratos en los que se requiera la prestación personal de un servicio por parte del talento humano en salud se deberán garantizar como mínimo las prestaciones sociales contenidas en la normatividad laboral. Igualmente se debe garantizar la afiliación de este personal a los sistemas de seguridad social.

Toda cláusula o figura contractual que pretenda limitar o soslayar en alguna manera el reconocimiento de estos derechos se reputará por nunca escrita ni acordada.

Artículo 15. Escala salarial. el Gobierno nacional formulará la creación de una escala de mínimos emolumentos salariales que tenga en consideración tanto la preparación académica como la experiencia laboral. Propia del sector salud y de obligatorio cumplimiento para todo aquel que contrate los servicios de estos profesionales. Esta remuneración deberá ser actualizada anualmente por parte de las entidades competentes.

Artículo 16. Estabilidad laboral del personal de la salud. Los contratos laborales que se suscriban con el personal de la salud deberán hacerse en forma prioritaria a término indefinido, cuando sean contratos a término fijo, estos deberán ser por un término mínimo de doce meses.

Parágrafo transitorio. Dentro de los dos meses siguientes a la entrada en vigencia de esta ley, la Administradora de Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRES), deberá garantizar el giro de los recursos necesarios para el saneamiento de las obligaciones pendientes por pagar, dando prioridad al pago de salarios y honorarios pendientes para el personal de la salud.

CAPÍTULO V

Gobernanza

Artículo 17. Gobernanza del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud estará dirigido ejecutivamente por el Ministro de Salud y Protección Social, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social quien tendrá a su vez una instancia consejera con voz y voto y cuyos miembros serán escogidos para un periodo de 4 años, no reelegibles. Los miembros que conformarán al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud serán representantes

de los pacientes (1), de las Clínicas y Hospitales (1), de las Empresas Sociales del Estado (1), de los Secretarios de Salud departamentales (1), de los Secretarios de Salud municipales y Distritales (1), de las Organizaciones Científicas (1), de los Gremios Administradores del Riesgo en Salud (1), de los Gremios Farmacéuticos (1), del Ministerio de Hacienda y Crédito Público (1); cuya Secretaría Técnica estará en cabeza del Ministro de Salud y Protección Social.

Artículo 18. Planeación territorial en salud. Las entidades territoriales estarán encargadas de realizar y actualizar la caracterización de los principales riesgos epidemiológicos de la población en sus territorios.

Con base en esta información deberán realizar un Plan Territorial de Salud en el que se determinen las principales acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad articuladas en una serie de objetivos, metas y programas que serán evaluados y renovados cada segundo año.

Artículo 19. Fortalecimiento de la acción de tutela. La Superintendencia Nacional de Salud diseñará e implementará, en un plazo de seis meses contados a partir de la promulgación de la presente ley, un sistema de multas para sancionar a las EPS y demás prestadores que de manera reiterada resulten obligadas por vía de la acción de tutela a reconocer y proveer servicios, tecnologías y medicamentos previamente incluidos en el Plan de Beneficios en Salud.

Estas sanciones variarán de forma progresiva desde multas económicas hasta la inhabilitación para participar en el Sistema General del Seguridad Social en Salud.

Artículo 20. Vigencias y derogatorias. Esta ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las normas que le sean contrarias. Las disposiciones aquí contenidas no afectarán los regímenes especiales vigentes en salud.

Cordialmente,

Cordialmente,



ROY BARRERAS
Senador

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. Fundamentos Fáticos

El objeto de este proyecto de ley es, como se enuncia en el artículo primero, proteger, garantizar y materializar el derecho fundamental a la salud que asiste a toda persona al acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Con el paso de los años, los colombianos han identificado los inconvenientes de mayor relevancia en la operación del SGSSS:

- A) En términos de los servicios que los ciudadanos reciben, así:
1. Acceso inoportuno a los servicios en los diferentes niveles de complejidad (desde la promoción hasta la recuperación), siendo una muestra de ello, los tiempos que toman los pacientes con enfermedades de alto costo en ser diagnosticados e iniciados sus tratamientos.
 2. Problemas de Calidad en la prestación de los servicios (determinado este atributo virtuoso en función de idoneidad, tecnología y seguridad) que a la postre determine el nivel de satisfacción del usuario y el mejoramiento o deterioro de su estado de salud o enfermedad.
- B) En término del uso de las herramientas disponibles:
1. La ineficiencia en el uso de los recursos, conociendo que Colombia tiene un gasto en salud comparativamente elevado frente a otros países de la región y del mundo, que debieran reflejarse en mejores indicadores de resultado en salud.
 2. Debilidad en la articulación entre el rector del sistema y quien ejerce la función exclusiva del Estado en términos de la vigilancia y el control del SGSSS.
 3. El énfasis histórico en el enfoque curativo antes que en el promocional y preventivo determinado en sus inicios por la norma y que, con el paso del tiempo, se ha perdido de vista, lo que se refleja en el deterioro de algunos indicadores trazadores de salud.
 4. Iliquidez y dudas sobre la sostenibilidad del SGSSS, coyuntura que ha sido el detonante de una crisis.
 5. La explosión tecnológica ha elevado los costos en salud en todo el mundo por el aumento exagerado del lucro en las empresas de bienes y servicios relacionados con la atención médica. La industria farmacéutica y de tecnologías biomédicas son negocios transnacionales que ejercen presión sobre los sistemas de salud del mundo que exigen pactos sociales y políticos para su control y autorregulación.

Siguiendo con el objetivo de proteger, garantizar y materializar el derecho fundamental a la salud de los ciudadanos, se hace necesario explorar y analizar si los colombianos estamos dispuestos a pensar en la sociedad como conjunto y no en el beneficio propio como una medida de solidaridad. Sociedades en conflicto social, político y económicamente persistente, la solidaridad puede disiparse y generar acciones sociales en contra de los modelos.

Puede pensarse que Colombia, país en crecimiento económico sostenido, con tasas de desempleo “controladas” –antes de la actual pandemia–, debe

seguir evolucionando a un esquema solidario que favorezca el apoyo mutuo de ricos a pobres, de jóvenes a viejos, de sanos a enfermos que se instrumentalice a través de un fondo público que ejerza como único pagador sin ánimo de lucro, sin aseguradores intermediarios, donde los costos de transacción disminuyan, como lo demuestra la comparación entre los países del norte de Europa y el resto del mismo continente.

Pudiera determinarse que la diferencia en un sistema de salud con pagador único, sin intermediarios de mercado, pueden disciplinar las “inclinaciones” de los interesados en hacer negocio con los recursos de la salud y mejorar la articulación de los esfuerzos intersectoriales para mejorar la salud y el bienestar, más allá de la atención de enfermos. Planteamos una reforma estructural que limite el lucro basado en la enfermedad y priorice el garantizar un derecho humano fundamental y no la rentabilidad de un negocio.

Concedores del sector salud mencionaron que se debe volver a dar el debate y la posible aprobación de un nuevo marco general del derecho a la salud a través de una Ley Estatutaria reformulada. Con base en ello, los artículos de un proyecto de Ley de esta naturaleza deberían concentrarse en:

1. La definición del derecho fundamental a la salud,
2. La sostenibilidad en el financiamiento del Plan Único de Salud,
3. La calidad en términos de acceso, continuidad y progresividad,
4. La eliminación progresiva de las exclusiones hoy vigentes conocidas como Servicios No PBS,
5. Los mecanismos para incentivar corresponsabilidad en el cuidado de la salud de los afiliados al Sistema y lograr mejores resultados en salud.

A partir de esos aspectos, consideramos que se debe radicar una iniciativa de origen legislativo cuyo ámbito de aplicación regule el derecho a la salud, haciendo referencia a que el Plan Único de Beneficios en Salud hace parte del núcleo esencial del derecho a la misma, discutiendo que Plan de Beneficios puede el país financiar y ofrecer en el marco de la prima - UPC y que no debe perder de vista los principios constitucionales que ampliamente ha expresado la honorable Corte Constitucional y, en todo caso, sin disminuir las prestaciones contenidas en el actual Plan de Beneficios.

La ley estatutaria debe definir el “núcleo esencial del derecho” como un plan de beneficios exigible, costo-efectivo en términos de su valor terapéutico. Lo que no esté incluido en el plan, deberá justificarse médica y financieramente, a través de comités técnico-científicos antes de acudir a la tutela, incentivar la “corresponsabilidad” de los individuos y las familias, por medio de su “Autocuidado”, pudiéndose plantear estímulos económicos cuando los ciudadanos sean conscientes de la necesidad de

responder por su salud y bienestar lo cual pueda ser evidenciado en términos del mejoramiento de su condición de salud-enfermedad, con un sistema de estímulos.

Colombia carece de la suficiencia financiera para proporcionar la atención ilimitada y creciente de los servicios de salud, por ello, se debe establecer el Plan Único de Beneficio acorde con nuestra realidad (demográfica, epidemiológica, a las tecnologías adecuadamente probadas) a la bolsa de recursos económicos sostenibles para garantizar el disfrute de los derechos plenos y oportunos. En este punto, entra otro aspecto por regular e implementar —el Organismo Técnico de Evaluación de Tecnología en Salud, creado por la Ley 1438/11.

En resumen, es urgente la necesidad que el actual Sistema transite de un Sistema que brinda servicios para atender una enfermedad, a un sistema cuyo principal objetivo sea la promoción y prevención de la enfermedad, que impulse estilos de vida saludables en la población; a un sistema de salud universal y digno para todos. Lo cual sugiere, una reforma estructural.

Resulta imperioso, atender las sugerencias que ha venido demarcando la Corte Constitucional acerca de lo indispensable del derecho a la salud para el goce y ejercicio efectivo de los demás derechos.

De tal suerte, que, por medio de este proyecto de ley, se busca asegurarles a todas las personas que residen en el país una real garantía y protección para el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

2. Fundamentos Jurídicos

Esta ley tiene sustento en distintas disposiciones constitucionales, tales como:

Artículo 1°. “Colombia es un Estado social de derecho, ..., fundada en el respeto de la dignidad humana, ..., la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general”:

Artículo 2°. “Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación;...”

“Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias y demás derechos y libertades y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares”.

Artículo 11. “El derecho a la vida es inviolable. No habrá pena de muerte”.

Artículo 13. “Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica.

“El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados.

“El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellos se cometan”.

Artículo 44. “Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social,...”

“La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos...”.

“Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás”.

Artículo 47. “El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran”.

Artículo 48. “La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley.

Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social”.

Artículo 49. “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

“Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. ...”.

“Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y el de su comunidad”.

Artículo 89. “Además de los consagrados en los artículos anteriores, la ley establecerá los demás recursos, las acciones y los procedimientos necesarios para que puedan propugnar por la integridad del orden jurídico, y por la protección de sus derechos individuales, de grupo o colectivos, frente a la acción u omisión de las autoridades públicas”.

Artículo 365. “Los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado. Es deber del Estado asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional. ...”.

Artículo 366. “El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable”.

Así mismo, la Corte Constitucional en su célebre sentencia de 2008, T-760 del 31 de julio, entre otras órdenes, señaló en sus puntos décimo sexto y décimo séptimo:

“Ordenar al Ministerio de Protección Social, a la Comisión de Regulación en Salud y al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, adoptar las medidas necesarias, de acuerdo con sus competencias, para superar las fallas de regulación en los planes de beneficios asegurando que sus contenidos (i) sean precisados de manera clara, (ii) sean actualizados integralmente, (iii) sean unificados para los regímenes contributivo y subsidiado y, (iv) sean oportuna y efectivamente suministrados por las Entidades Promotoras de Salud.

Esta regulación también deberá (i) incentivar que las EPS y las entidades territoriales garanticen a las personas el acceso a los servicios de salud a los cuales tienen derecho; y (ii) desincentivar la denegación de los servicios de salud por parte de las EPS y de las entidades territoriales.

Ordenar a la Comisión Nacional de Regulación en Salud la actualización integral de los Planes Obligatorios de Salud (POS). Para el cumplimiento de esta orden la Comisión deberá garantizar la participación directa y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud, según lo indicado en el apartado (6.1.1.2.). En dicha revisión integral deberá: (i) definir con claridad cuáles son los servicios de salud que se encuentran incluidos dentro de los planes de beneficios, valorando los criterios de ley así como la jurisprudencia de la Corte Constitucional; (ii) establecer cuáles son los servicios que están excluidos así como aquellos que no se encuentran comprendidos en los planes de beneficios pero que van a ser incluidos gradualmente, indicando cuáles son las metas para la ampliación y las fechas en las que serán cumplidas; (iii) decidir qué servicios pasan a ser suprimidos de los planes de beneficios, indicando las razones específicas por las cuales se toma dicha decisión, en aras de una mayor protección de los derechos, según las prioridades en materia de salud; y (iv) tener en cuenta, para las decisiones de incluir o excluir un servicio de salud, la sostenibilidad del sistema de salud así como la financiación del plan de beneficios por la UPC y las demás fuentes de financiación”.

En otro de sus fallos, sentencia T-853 de 2003, dijo:

“Así las cosas, puede sostenerse que tiene naturaleza de derecho fundamental, de manera autónoma, el derecho a recibir la atención de salud definidas en el Plan Básico de Salud, el Plan Obligatorio de Salud y el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado –Ley 100 de 1993 y sus normas complementarias–, así como respecto de los elementos derivados de las obligaciones básicas

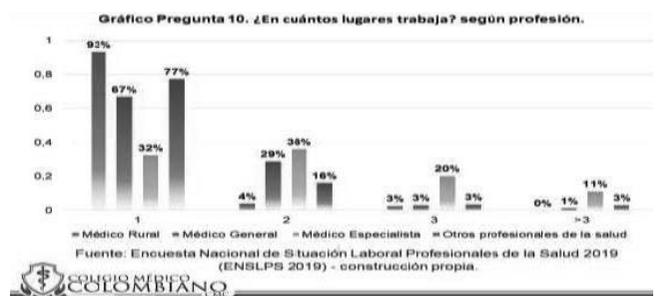
definidas en la Observación General N°14. Lo anterior por cuanto se han definido los contenidos precisos del derecho, de manera que existe un derecho subjetivo claro a favor de quienes pertenecen a cada uno de los subsistemas –contributivo, subsidiado, etc.–. La Corte ya se había pronunciado sobre ello al considerar el fenómeno de la transmutación de los derechos prestacionales en derechos subjetivos. || 13. La naturaleza de derecho fundamental que tiene el derecho a la salud en los términos del fundamento anterior, implica que tratándose de la negación de un servicio, medicamento o procedimiento establecido en el P.O.S., se estaría frente a la violación de un derecho fundamental. No es necesario, en este escenario, que exista amenaza a la vida u otro derecho fundamental, para satisfacer el primer elemento de procedibilidad de tutela: violación o amenaza de un derecho fundamental”.

Por todo lo expuesto, solicitamos de los honorables Senadores y honorables Representantes su concurso y colaboración en este proyecto de ley para que sea una realidad y, de esta manera, logremos proteger, garantizar y materializar el derecho fundamental a la salud en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

Situación laboral de los profesionales de la salud

la deteriorada situación laboral que padecen los profesionales de la salud en Colombia se manifiesta en situaciones tan dramáticas como el exceso de horas semanales laboradas, el no reconocimiento de sus prestaciones sociales, el constante retraso en el pago de sus salarios, y una escala salarial que no da cuenta ni de la preparación ni de la experiencia requerida para el ejercicio de sus profesiones son realidades de bulto que no han sido solucionadas en la normatividad nacional; y que se vuelven aún más apremiantes en épocas de crisis como la actual.

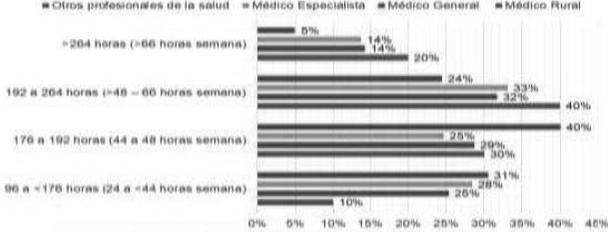
La necesidad de flexibilizar sus horarios y eliminar las cláusulas de exclusividad se instituye en atención a la realidad laboral de los profesionales de la salud en Colombia que mayoritariamente tienden a laborar en más de una institución:



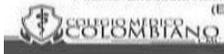
De igual manera, en lo que refiere a la jornada laboral, a pesar de que buena parte de los profesionales de la salud trabajan mucho más de las 48 horas semanales, máxima legal en el ordenamiento jurídico

colombiano estipulada en el artículo 161 del Código Sustantivo de Trabajo, sin el pago de las horas extras ni horarios nocturnos. También resulta preocupante que muchos trabajadores trabajan menos de 30 horas semanales, con lo cual su potencial productivo se subutiliza.

Gráfico Pregunta 11. Número de horas de trabajo aproximado al mes según profesión.

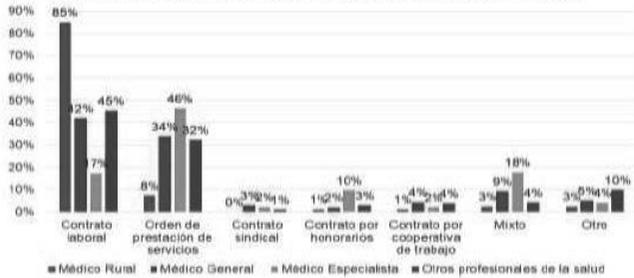


Fuente: Encuesta Nacional de Situación Laboral Profesionales de la Salud 2019 (ENSLPS 2019) - construcción propia.



Igualmente, en lo que se refiere a la estabilidad laboral, y el tipo contractual, del que se derivan el reconocimiento de las prestaciones sociales y la afiliación a los regímenes de seguridad social, más de la mitad de los profesionales de la salud se encuentran vinculados por una figura diferente al contrato laboral:

Gráfico Pregunta 12. ¿Qué tipo de contratación tiene? según profesión.

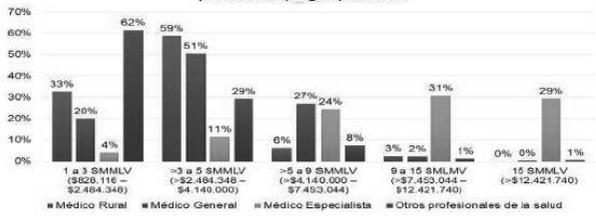


Fuente: Encuesta Nacional de Situación Laboral Profesionales de la Salud 2019 (ENSLPS 2019) - construcción propia.



la escala salarial es otro de los fenómenos que más preocupación genera en el sector de la salud, pues el denodado esfuerzo, aunado a las diferentes complicaciones que implica la realización de estudios de segundo nivel en estas profesiones, no se ve compensada salarialmente con lo que actualmente devengan. Valga simplemente instar que el 15% de los médicos especialistas tienen una remuneración inferior a los 5 salarios mínimos, al igual que el 70% de los médicos generales.

Gráfico Pregunta 15. Promedio de salario o remuneración mensual (después de pago de prestaciones) según profesión.

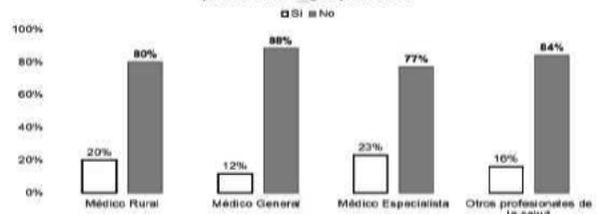


Fuente: Encuesta Nacional de Situación Laboral Profesionales de la Salud 2019 (ENSLPS 2019) - construcción propia.



Esto se respalda con la evidente inconformidad con su remuneración salarial que expresa este personal.

Gráfico Pregunta 16. ¿Está conforme con los ingresos derivados de la actividad profesional? según profesión.

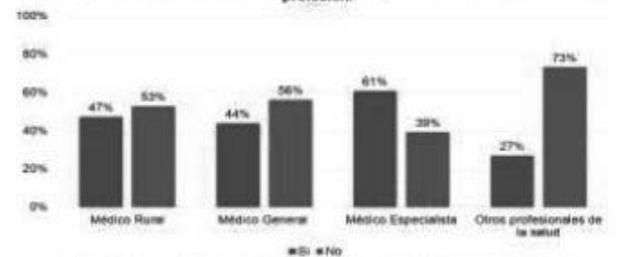


Fuente: Encuesta Nacional de Situación Laboral Profesionales de la Salud 2019 (ENSLPS 2019) - construcción propia.



Por último, el no pago de las obligaciones laborales, es una problemática que afecta de forma mayoritaria a los profesionales de la salud. Cuando son interrogados acerca de su situación actual, esto es lo que responden:

Gráfico Pregunta 19. ¿Actualmente le deben el pago por sus servicios prestados? según profesión.



Fuente: Encuesta Nacional de Situación Laboral Profesionales de la Salud 2019 (ENSLPS 2019) - construcción propia.



En relación a las tutelas:

Quizá una de las realidades más preocupantes acerca del comportamiento administrativo de las EPS, que surge directamente de su potestad de negar servicios, es la costumbre que adquirieron de cobrar dos veces por la prestación de un servicio particular. Ello producto de que normativamente se permitió que recobrasen a la cuenta general del sistema (el antiguo Fosyga actual ADRES) todos los servicios que se viesan compelidos a prestar por orden judicial de tutela. Ello implicó que de manera sistemática se negase la prestación de servicios, incluidos en el Plan Obligatorio de Salud o plan de beneficios, incluso a sabiendas de ello, para que una vez reconocidos por vía de Tutela, su costo lo reconociera la administradora de fondos del sistema y no se cobrara con cargo a la UPC que ya había recibido la EPS en pago por estos servicios.

Al respecto la Superintendencia de Industria y Comercio en la resolución que sanciona a la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral advirtió que:

Negar la prestación de servicios contemplados en el POS. A cargo de la UPC y recobrarlos ante el Fosyga, vía la aprobación de tutela. Esto es una gravedad inaudita, negar la prestación de servicios que están en el Plan Obligatorio de Salud (POS), es decir, que ya se les pagaron a las EPS, de forma tal que esos servicios se recobren en el Fosyga, hecho que significa cobrar dos veces por el mismo servicio. Se trata de conductas que violan el ordenamiento jurídico nacional (Resolución 46111, 2011).

Este malsano comportamiento económico de las EPS lo corrobora la Defensoría del Pueblo para la cual en el año 2009 el 67.81% de las solicitudes en las tutelas en salud se encontraba incluido dentro del POS (2009). Esta tendencia se repite en el año 2015 en donde se reportaron 118.281 tutelas, una cada 4 minutos, que en suma representan el casi la cuarta parte (23.7%) del total de las acciones jurídicas impuestas; y de estas el 70% correspondía a solicitudes de tecnologías y tratamientos que debían ser garantizadas por el POS (2015). Ello implica que no solo el diseño institucional que creó de manera artificiosa el mercado de la salud brinda incentivos para la prestación de un mal servicio, sino que también es una de las causas principales de la congestión judicial.

Lo más preocupante de este comportamiento es que constituye una tendencia progresiva en ascenso. Para el año 2018 la cifra total de tutelas en salud se incrementó en un 5%. Este indicador resultó siendo el segundo ítem por el cual se instauraban el mayor número de tutelas en el país, con una representación del 34% del total de las tutelas interpuestas en este año. Lo que implica una de cada 3 tutelas interpuestas en el territorio nacional (Defensoría del Pueblo, 2019).

Al considerar la totalidad de las acciones de tutela relacionadas con el Sistema de Salud, el 85% de estas solicitan procedimientos, tecnologías y medicamentos incluidos en el Plan de Beneficios en Salud, antiguo Plan Obligatorio de Salud. Esta cifra aumentó en 14% con respecto a lo registrado en el 2017 (Defensoría del Pueblo, 2019).

Esta situación requiere una urgente solución de forma normativa, pues no solo implica una innecesaria y absurda congestión del sistema judicial sino que representa además un sobre costo altísimo para el sistema de salud.

Bibliografía

Defensoría del Pueblo. (2009). *La tutela y el derecho a la salud. 2006-2008*. Bogotá: Defensoría del Pueblo.

Defensoría del Pueblo. (2015). *La tutela y los derechos a la salud y la seguridad social*. Bogotá: Defensoría del Pueblo.

Defensoría del Pueblo. (2019). *la Tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social*.

Obtenido de www.defensoria.gov.co: <https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Tutela-los-derechos-de-la-salud-2018.pdf>

Resolución 46111 (Superintendencia de Industria y Comercio 30 de agosto de 2011).

Cordialmente,



ROY BARRERAS
Senador

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

Bogotá D.C., 12 de agosto de 2020

Señor Presidente:

Con el fin de repartir el Proyecto de Ley No. 208/20 Senado “POR MEDIO DE LA CUAL SE REGULAN ALGUNOS ASPECTOS DE LA LEY ESTATUTARIA 1751 DE 2015 PARA GARANTIZAR LA PRESTACIÓN EFICAZ DEL DERECHO A LA SALUD, LA GARANTÍA DE ACCESO EFICIENTE, LA PROTECCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”, me permito remitir a su despacho el expediente de la mencionada iniciativa, presentada el día de hoy ante la Secretaría General del Senado de la República por el Honorable Senador ROY LEONARDO BARRERAS MONTEALEGRE. La materia de que trata el mencionado Proyecto de Ley es competencia de la Comisión PRIMERA Constitucional Permanente del Senado de la República, de conformidad con las disposiciones Constitucionales y Legales.

SAÚL CRUZ BONILLA
Subsecretario General

PRESIDENCIA DEL H. SENADO DE LA REPÚBLICA – AGOSTO 12 DE 2020

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

CÚMPLASE

EL PRESIDENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

ARTURO CHAR CHALJUB

SUBSECRETARIO GENERAL DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

SAÚL CRUZ BONILLA

CONTENIDO

Gaceta número 742 - miércoles, 19 de agosto de 2020

SENADO DE LA REPÚBLICA

Págs.

PROYECTOS DE LEY

Proyecto de Ley número 203 de 2020 Senado, por medio de la cual se regula el ejercicio de la Atención Prehospitalaria y se dictan otras disposiciones.....	1
Proyecto de Ley número 206 de 2020 Senado, por medio de la cual se establece la modalidad de trabajo alternativo virtual y se dictan otras disposiciones.	11
Proyecto de Ley número 207 de 2020 Senado, por medio de la cual se establecen factores para la determinación de la tasa de interés en tarjetas de crédito, se adiciona el artículo 48 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y se dictan otras disposiciones en materia de créditos.	17
Proyecto de Ley número 208 de 2020 Senado, por medio de la cual se regulan algunos aspectos de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 para garantizar la prestación eficaz del derecho a la salud, la garantía de acceso eficiente, la protección del personal de salud y se dictan otras disposiciones.....	23