



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° 1239

Bogotá, D. C., miércoles, 4 de noviembre de 2020

EDICIÓN DE 17 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

CONCEPTOS JURÍDICOS

CONCEPTO JURÍDICO MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO AL TEXTO DE PONENCIA PARA TERCER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 286 DE 2020 SENADO Y 120 DE 2019 CÁMARA

por la cual se dota a las asociaciones mutualistas de identidad, autonomía y vinculación a la economía del país como empresas solidarias y se establecen otras disposiciones.

1.1. Oficina Asesora de Jurídica

Bogotá D.C.

Honorable Congresista
JOSÉ RITTER LÓPEZ PEÑA
Comisión Séptima Constitucional Permanente
Senado de la República
CONGRESO DE LA REPÚBLICA
Ciudad.



Radicado: 2-2020-054965

Bogotá D.C., 27 de octubre de 2020 08:56

Radicado entrada
No. Expediente 47720/2020/OFI

Asunto: Comentarios al texto de ponencia para tercer debate al Proyecto de Ley No. 286 de 2020 Senado, 120 de 2019 Cámara "por la cual se dota a las asociaciones mutualistas de identidad, autonomía y vinculación a la economía del país como empresas solidarias y se establecen otras disposiciones."

Respetado Presidente:

De manera atenta se presentan los comentarios y consideraciones del Ministerio de Hacienda y Crédito Público al texto de ponencia para tercer debate al Proyecto de Ley del asunto, en los siguientes términos:

El proyecto de Ley del asunto, de iniciativa parlamentaria, de acuerdo con lo contemplado en su artículo 1 tiene por objeto "dotar a las asociaciones mutualistas de un marco jurídico adecuado que garantice su identidad, autonomía, vinculación activa a la economía del país, y el reconocimiento por parte del Estado como modalidades empresariales solidarias con fines de mejoramiento social."

En ese sentido, con la finalidad de desarrollar el objeto antes señalado, el articulado propuesto contiene una serie de medidas, frente a las cuales resulta necesario realizar el siguiente análisis:

i. Frente al derecho de libre asociación.

El artículo 13 del Proyecto de Ley establece lo siguiente:

"Artículo 13. Asociados. Podrán ser asociados de las asociaciones mutualistas:

1. Las personas naturales legalmente capaces y los menores de edad a través de representante legal.
2. Las personas jurídicas de derecho privado sin ánimo de lucro que se encuentren en ejercicio.
3. Los herederos legítimos del asociado.

Parágrafo. La calidad de asociado se adquiere cuando se suscribe el acuerdo mutual."

Sobre el particular, resulta improcedente que el numeral 3 del artículo 13 otorgue la calidad de asociados a "los herederos legítimos del asociado". Esta disposición sería contraria al derecho de libre asociación, dado que implicaría la vinculación a los derechos y deberes previstos en los artículos 14 y 15 de la iniciativa sin que medie la voluntad expresa del heredero. En este sentido, cualquier persona interesada en asociarse a una asociación mutual, incluyendo los herederos de los asociados, deberían vincularse a la respectiva organización expresando su voluntad de suscribir el acuerdo mutual, lo cual encaja en el precepto contenido en el numeral 1 del mismo artículo, luego no sería necesaria la aplicación del numeral 3.

ii. Frente a la forma asociativa de las asociaciones mutuales.

Es importante resaltar que las asociaciones mutuales cuentan con la especial protección del Estado según lo previsto en el artículo 335 de la Constitución Política, debido a que realizan actividades de interés público para sus asociados, tales como la previsión, la protección social y los servicios de ahorro y crédito. No obstante, en distintas disposiciones del Proyecto de Ley en estudio se confunden a las asociaciones mutuales con otro tipo de organizaciones del sector de la economía solidaria, tales como las cooperativas de consumo, las cooperativas de trabajo asociado y los organismos de segundo grado. En ese sentido, mantener delimitaciones claras en el marco legal es fundamental para la intervención del Estado, pues se evitan arbitrariedades en las normas aplicables a las diferentes formas asociativas, y se facilita al Estado focalizar y justificar los esfuerzos de promoción y fomento.

Teniendo en cuenta lo anterior, se recomienda hacer las siguientes modificaciones:

- Suprimir la referencia a la "producción de bienes" que se hace en el segundo inciso del artículo 2, dado que esto sería más propio de las cooperativas de consumo o de trabajo asociado. Desde la Ley 454 de 1998¹ y en la reglamentación posterior del Gobierno nacional se ha promovido la especialización de las actividades de interés público en el sector solidario, con lo cual no se considera adecuado que las asociaciones mutuales presten servicios de previsión, protección social y de ahorro y crédito, pero que al mismo tiempo efectúen otros tipos de actividades productivas o comerciales. Igualmente, por las mismas razones, eliminar la referencia a "el trabajo" en el numeral 5 del artículo 6, y la referencia a "proyectos de diferentes líneas productivas" en el primer inciso del artículo 41.
- En el numeral 5 del artículo 3 adicionar la expresión subrayada: "(...) en el marco legal y en los estatutos que permitan tal extensión de servicios". Esto con el fin de guardar la concordancia con el artículo 42, en el cual se indica que los servicios de ahorro y crédito solo se pueden prestar a los asociados.
- Suprimir la referencia a la "ejecución de planes, programas y proyectos de orden territorial" en el numeral 3 del artículo 6, actividad que no resulta propia de las asociaciones mutuales sino de los organismos de segundo grado en los cuales pueden agruparse estas asociaciones, siendo estos organismos los encargados de representar al sector en los escenarios dispuestos para estos efectos por los entes territoriales.

¹ Por la cual se determina el marco conceptual que regula la economía solidaria, se transforma el Departamento Administrativo Nacional de Cooperativas en el Departamento Administrativo Nacional de la Economía Solidaria, se crea la Superintendencia de la Economía Solidaria, se crea el Fondo de Garantías para las Cooperativas Financieras y de Ahorro y Crédito, se dictan normas sobre la actividad financiera de las entidades de naturaleza cooperativa y se expiden otras disposiciones.

- Indicar en el artículo 44 que los convenios con otras entidades no pueden utilizarse para la prestación de servicios de ahorro y crédito. Esto debido a que los servicios de ahorro y crédito tienen el carácter de actividades de interés público, por lo cual solo pueden ser ejercidos por entidades autorizadas expresamente para ello.
- Indicar en el párrafo 2 del artículo 61 que la Ley 1437 de 2011² solo aplica de manera residual y en ausencia de una norma especial que cubra a los respectivos destinatarios. Esto debido a que deberían aplicarse con prelación las normas especiales para el sector de la economía solidaria, contenidas en la Ley 454 de 1998.

iii. Frente a disposiciones que atentan contra el buen gobierno de las organizaciones.

El Proyecto de Ley establece varias disposiciones en las cuales se debilitan las condiciones de buen gobierno que deben observarse para la toma de decisiones al interior de las organizaciones, respecto de aquellas que están actualmente contenidas en el Decreto Ley 1480 de 1989³. Estas propuestas van en detrimento de la participación democrática, la gestión equitativa de beneficios y la igualdad de derechos entre los asociados.

En particular, se sugiere que se realicen las siguientes modificaciones:

- Eliminar del artículo 23 la posibilidad de que la junta directiva pueda crear o incrementar reservas y fondos. Esto debe ser una decisión de la asamblea general y, en consecuencia, deberá fijarse a través de los estatutos de la respectiva organización. Esta determinación tiene precedentes en la normativa aplicable al sector de la economía solidaria y también en la normativa comercial (numeral 9 del artículo 19⁴ y artículo 56 de la Ley 79 de 1988⁴; artículo 6 y 20 del Decreto Ley 1481 de 1989; numeral 7 del artículo 187 y artículos 451 a 454 del Código de Comercio).
- En relación con la fusión, transformación, escisión y disolución para liquidación de asociaciones mutuales, por tratarse de determinaciones de gran importancia que afectan la existencia de la organización y que requieren de la aprobación del máximo órgano de administración, es necesaria la participación de la mayoría de sus asociados a quienes interesa directamente los efectos de estas decisiones. Por lo tanto, se sugiere eliminar de los artículos 32 y 49 de la iniciativa la posibilidad de tomar decisiones relacionadas con la fusión, transformación, escisión y disolución para liquidación de las organizaciones con las dos terceras (2/3) partes de los asociados o delegados asistentes. Así las cosas, se sugiere que dichos artículos establezcan que estas decisiones deben tomarse con el voto favorable de las 2/3 partes de todos los asociados, y no solo los asistentes a la Asamblea. En este punto, es preciso destacar que los avances de la tecnología han dado paso a sistemas de participación y votación con los que estos propósitos son perfectamente viables.
- Incluir en el artículo 38 que el revisor fiscal no puede ser asociado de la organización, ni puede prestar a la organización servicios distintos a la auditoría que ejerce en función de su cargo. Esto tiene como objetivo prevenir posibles conflictos de interés y garantizar la independencia de la revisoría fiscal.

² Por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.
³ Por el cual se determinan la naturaleza, características, constitución, regímenes interno, de responsabilidad y sanciones, y se dictan medidas para el fomento de las Asociaciones Mutuales.
⁴ Por la cual se actualiza la Legislación Cooperativa.

- Indicar en el artículo 49 que la escisión requiere autorización previa de la Superintendencia de la Economía Solidaria (SES), en concordancia con lo dispuesto en el párrafo 2 del artículo 47 y en el párrafo del artículo 48 del presente Proyecto de Ley, así como lo estipulado en el numeral 21 del artículo 36 de la Ley 454 de 1998.
- Incluir en el artículo 50 el requisito de reporte de la disolución a la SES dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la realización de la Asamblea. Esto con el fin de que la SES pueda llevar a cabo los trámites legales y administrativos pertinentes.

iv. Frente a la afectación patrimonial de las organizaciones.

La iniciativa en estudio dispone en su artículo 24 lo siguiente:

"Artículo 24. Asignación de excedentes. Los excedentes son irrepartibles entre los asociados, y la asamblea general será la encargada de decidir su aplicación, de acuerdo con los siguientes criterios:

- Si el resultado del ejercicio económico es positivo, se destinará hasta un cincuenta por ciento (50%) para incrementar el fondo social mutual y su reserva patrimonial; así como crear y mantener un fondo de educación mutual, un fondo de solidaridad y un fondo de imprevistos. La reserva de protección del fondo social mutual se constituirá e incrementará con el 10% de los excedentes anuales. Cada fondo deberá contar por lo menos con un cinco por ciento (5%).
- El remanente quedará a disposición de la asamblea general para crear nuevas reservas o fondos, o para incrementar los ya existentes.

Parágrafo. No obstante, lo anterior, el excedente de las asociaciones mutualistas se aplicará en primer término a compensar pérdidas de ejercicios anteriores. Cuando la reserva de protección del fondo social mutual se hubiere empleado para compensar pérdidas, la primera aplicación del excedente será para restablecer la reserva al nivel que tenían antes de su utilización."

De acuerdo a lo dispuesto en el artículo 24 del Proyecto de Ley antes citado, se advierte sobre la inconveniencia del mismo, por cuanto se podría exponer a las asociaciones mutuales a un deterioro de su solidez patrimonial.

Por lo tanto, se sugiere eliminar el máximo de 50% para la destinación de los excedentes positivos del cierre del ejercicio para incrementar el fondo social mutual y su reserva patrimonial. Esta propuesta es inconveniente, porque limita la capacidad de las organizaciones de salvaguardar su propia solidez patrimonial, hacer frente a posibles eventos críticos y evitar situaciones que puedan desencadenar en un quebrantamiento patrimonial. Asimismo, es importante recordar que el 50% restante de los excedentes tampoco podrá ser objeto de repartición, por lo cual es posible que la organización se vea obligada a asignar recursos a fondos o reservas, de una forma que puede resultar ineficiente u ociosa.

Por su parte, se sugiere aumentar la asignación de excedentes al fondo de educación y al fondo de solidaridad de 5% a 10%. Esto debido a que la disposición establecida en el artículo 19-4 del Estatuto Tributario⁵ (ET) impone un porcentaje mínimo de 20% para la suma de estos dos fondos, como condición para la aplicación de la tarifa única especial correspondiente a las organizaciones que pertenezcan al Régimen Tributario Especial. De lo

⁵ Por el cual se expide el Estatuto Tributario de los Impuestos Administrados por la Dirección General de Impuestos Nacionales.

contrario, la propuesta del presente proyecto conllevaría a la pérdida de los beneficios tributarios que hoy aplican al sector.

v. Frente a la modificación del Régimen Tributario de las asociaciones mutuales.

El artículo 59 del Proyecto de Ley pretende la modificación del régimen tributario de las asociaciones mutuales, así:

"Artículo 59. Régimen Tributario. En materia de impuestos administrados por la Dirección General de Impuestos Nacionales, las asociaciones mutualistas pertenecen al Régimen Tributario Especial de conformidad con las normas vigentes contempladas en el estatuto tributario."

Al respecto, es importante señalar que, según lo dispuesto en el artículo 154 de la Constitución Política, la iniciativa legislativa para este tipo de modificaciones está en cabeza del Gobierno nacional.

"Artículo 154. Las leyes pueden tener origen en cualquiera de las Cámaras a propuesta de sus respectivos miembros, del Gobierno Nacional, de las entidades señaladas en el artículo 156, o por iniciativa popular en los casos previstos en la Constitución.

No obstante, sólo podrán ser dictadas o reformadas por iniciativa del Gobierno las leyes a que se refieren los numerales 3, 7, 9, 11 y 22 y los literales a, b y e, del numeral 19 del artículo 150; las que ordenen participaciones en las rentas nacionales o transferencias de las mismas; las que autoricen aportes o suscripciones del Estado a empresas industriales o comerciales y las que decreten exenciones de impuestos, contribuciones o tasas nacionales. (...)"; (subrayas fuera de texto)

En virtud de lo consagrado en el artículo citado, sólo podrán ser dictadas o reformadas por iniciativa del Gobierno, entre otros asuntos, los "(...) que decreten exenciones de impuestos, contribuciones o tasas nacionales y adicionalmente (...)".

En este punto, la jurisprudencia constitucional ha sostenido que la finalidad de esta restricción es fijar un límite a la cláusula general de competencia legislativa que tiene el Congreso de la República para expedir leyes⁶. Asimismo, es la forma de mantener un "(...) orden institucional que, en lo que toca con las competencias propias del Presidente de la República (C.P. art. 189), facilite la continuidad y uniformidad de las políticas que éste haya venido promoviendo y desarrollando, impidiendo con ello que, como resultado de la improvisación o la simple voluntad legislativa unilateral, tales políticas puedan ser modificadas o suprimidas sin su iniciativa o consentimiento expreso"⁷.

La Corte Constitucional ha precisado que la iniciativa legislativa en cabeza del Gobierno nacional no se circunscribe a la presentación inicial de propuestas ante el Congreso de la República, sino también a la expresión del consentimiento o aquiescencia que el Ejecutivo imparte a los proyectos que, en relación con esas mismas materias se estén tramitando en el órgano legislativo y no hayan sido presentados por el Gobierno.⁸

⁶ Sentencia C-031 De 2017, M.P. Luis Guillermo Guzmán Pérez.
⁷ Sentencia C-1707 De 2000, M.P. Cristina Pariso Schlesinger.
⁸ Sentencias C-121 De 2003, M.P. Clara Inés Vargas Hernández, C-838 De 2008 M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra, C-031 De 2017 De M.P. Luis Guillermo Guzmán Pérez.

Al respecto, en sentencia C-1707 de 2000, la Corte Constitucional estableció frente a la iniciativa legislativa gubernamental lo siguiente:

"...La iniciativa legislativa gubernamental no se circunscribe al acto de la mera presentación del proyecto de ley como en principio pareciera indicarlo el artículo 154 Superior. En realidad, teniendo en cuenta el fundamento de su consagración constitucional, cual es el de evitar que se legisle sin el conocimiento y consentimiento del Ejecutivo sobre materias que comprometen aspectos propios de su competencia, dicha atribución debe entenderse como aquella función pública que busca impulsar el proceso de formación de las leyes, no sólo a partir de su iniciación sino también en instancias posteriores del trámite parlamentario. Entonces, podría sostenerse, sin lugar a equívocos, que la intervención y coadyuvancia del Gobierno Nacional durante la discusión, trámite y aprobación de un proyecto de ley de iniciativa reservada, constituye una manifestación tácita de la voluntad legislativa gubernamental y, desde esa perspectiva, tal proceder se entiende inscrito en la exigencia consagrada en el inciso 2° del artículo 154 de la Constitución Política. A este respecto, y entendido como un desarrollo del mandato previsto en la norma antes citada, el párrafo único del artículo 142 de la Ley 5ª de 1992, por la cual se expide el reglamento del Congreso, es claro en señalar que: "el Gobierno Nacional podrá coadyuvar cualquier proyecto de su iniciativa que curse en el Congreso cuando la circunstancia lo justifique", y que "La coadyuvancia podrá efectuarse antes de la aprobación en las pleriarías".

En consecuencia, es claro que los proyectos de ley que pretendan decretar beneficios tributarios son de iniciativa legislativa reservada al Gobierno nacional o por lo menos tendrán que contar con el aval correspondiente, de lo contrario se corre el riesgo de incurrir en un vicio de inconstitucionalidad ante la eventual revisión y estudio de la Corte Constitucional.

Por su parte, en lo relacionado con la deducción de renta y la afectación de recursos tributarios conviene recordar que los regímenes especiales en renta se refieren a una materia de carácter tributario con una especialidad diferente a la de la política de asociaciones mutuales. Por lo tanto, se corre el riesgo de la vulneración del principio de unidad de materia y como efecto su inexecutable. Sobre este aspecto, la Corte Constitucional en Sentencia C-245 de 2004, reiterada en Sentencia C-188 de 2006 y C-016 de 2016 señaló lo siguiente:

"Así pues, para ejercer el control de constitucionalidad por vulneración del principio de unidad de materia debe determinarse cuál o cuáles son los núcleos temáticos de una ley para inferir si una norma específica tiene vinculación objetiva y razonable con ellos o si por el contrario gravita al interior de la ley, sin vínculos ni ejes de referencia que la articulen de manera armónica y coherente con los ejes materiales desarrollados por el legislador."

Por último, no hay evidencia del estudio del impacto fiscal que se exige para el trámite de este tipo de regulación legal que considere la reducción de ingresos en recaudo del impuesto de renta. Es importante destacar que de acuerdo con el artículo 7 de la Ley 819 de 2003¹⁰, todo proyecto de ley debe hacer explícita su compatibilidad con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, y debe incluir expresamente en la exposición de motivos, los costos fiscales de la iniciativa y la fuente de ingreso adicional generada para el respectivo financiamiento. Sin embargo, no se observa el cumplimiento de estos requisitos en la iniciativa bajo estudio.

vi. Frente a los ajustes de forma.

⁹ Corte Constitucional, Sentencia C-1707 de 2000.
¹⁰ Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones.

El Proyecto de Ley propone el cambio de denominación de "asociaciones mutuales" a "asociaciones mutualistas". No obstante, se considera que se debería mantener la denominación de "asociación mutua" en todo el articulado para guardar la consistencia con la regulación que ha emitido el Gobierno nacional y las instrucciones que ha emitido la Superintendencia de la Economía Solidaria al respecto.

vii. Conclusiones.

Por todo lo expuesto, esta Cartera Ministerial se abstiene de emitir concepto favorable a la iniciativa del asunto, en la medida que: (i) se desnaturaliza la forma asociativa de las organizaciones mutuales; (ii) se establecen disposiciones que atentan contra el buen gobierno de las asociaciones; (iii) por afectación patrimonial importante a las organizaciones mutuales; (iv) se crean beneficios tributarios por parte del Congreso de la República sin el aval del Gobierno nacional lo que es inconstitucional; (v) por vulneración del principio de unidad de materia; y, (vi) no se incluyen expresamente en la exposición de motivos los costos fiscales de la iniciativa y la fuente de ingreso adicional generada para el financiamiento de dicho costo y su compatibilidad con el Marco Fiscal de Mediano Plazo.

Finalmente, se manifiesta la disposición de colaborar con la actividad legislativa dentro de los parámetros constitucionales y legales de disciplina fiscal vigentes.

Atentamente,

JUAN PABLO ZÁRATE PERDOMO
Viceministro Técnico
OAJURF/DIAN

Revisó: Germán Andrés Rubio Castiblanco
Proyectó: Santiago Cano Arias
Aprobó: Camilo Hernández
UJ-2398/2020

Con copia: Dr. Jesús María España Vergara, Secretario de la Comisión Séptima del Senado de la República

LA COMISION SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA. - Bogotá D.C., a los veintisiete (27) días del mes de octubre del año dos mil veinte (2020) - En la presente fecha se autoriza **la publicación en Gaceta del Congreso de la República**, las siguientes Consideraciones:

COMENTARIOS: MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO.
REFRENDADO POR: DOCTOR, JUAN PABLO ZÁRATE PERDOMO
NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: N° 286/2020 SENADO y 120/2019 CÁMARA
TÍTULO DEL PROYECTO: " POR LA CUAL SE DOTA A LAS ASOCIACIONES MUTUALISTAS DE IDENTIDAD, AUTONOMÍA Y VINCULACIÓN A LA ECONOMÍA DEL PAÍS COMO EMPRESAS SOLIDARIAS Y SE ESTABLECEN OTRAS DISPOSICIONES".
NÚMERO DE FOLIOS: SIETE (07) FOLIOS
RECIBIDO EN LA SECRETARÍA DE LA COMISIÓN SÉPTIMA DEL SENADO EL DÍA: MARTES VEINTISIETE (27) DE OCTUBRE DE 2020.
HORA: 9:04 A.M.

Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5° del artículo 2° de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,



JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA

CONCEPTO JURÍDICO FEDERACIÓN NACIONAL DE DEPARTAMENTOS AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 10 DE 2020 SENADO, 425 DE 2020 CÁMARA

por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a garantizar el derecho fundamental a la salud dentro del Sistema General de Seguridad Social, de conformidad con la Ley 1751 de 2015, y la sostenibilidad del sistema de salud. "Mensaje de Urgencia".

Bogotá D.C., octubre 27 de 2020

Honorable Senador
JOSÉ RITTER LÓPEZ
Presidente
Comisión Séptima
Senado de la República

Honorable Senador
FABIÁN CASTILLO
Ponente Proyecto de Ley No. 010 / 2020 Senado
Comisión Séptima
Senado de la República

Referencia. *Comentarios de la Federación Nacional de Departamentos al Proyecto de Ley No. 10/20 Senado 425/20 Cámara "Por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a garantizar el Derecho Fundamental a la Salud dentro del Sistema General de Seguridad Social, de conformidad con la Ley 1751 de 2015, y la sostenibilidad del Sistema de Salud.*

Honorables senadores:

En relación con el proyecto de ley de la referencia, desde la Federación Nacional de Departamentos celebramos esta iniciativa que busca mejorar el cumplimiento a la garantía del derecho fundamental a la salud y la sostenibilidad del sistema de salud en el modelo vigente y con origen en la Ley 100 de 1993. Estas propuestas que consideramos positivas para el sistema de salud, pueden dar respuesta a las circunstancias problemáticas en las que se encuentra el sistema hoy, relacionadas en general con el modelo de aseguramiento.

No obstante, dentro del análisis juicioso que realizamos de la propuesta, encontramos que hay algunas oportunidades de mejora en algunos artículos, razón por la que respetuosamente enviamos adjunto algunos comentarios y propuestas específicas.

Sin otro en particular, reiteramos todo nuestro interés en acompañar el trámite de esta iniciativa y en poder conocer oportunamente el texto que se proyecte radicar como ponencia para primer debate. Los departamentos de nuestro país agradecen la valiosa y constante disposición en escuchar sus inquietudes y necesidades.

Cordialmente,



DIDIER JAVERÁ AMADO
Director Ejecutivo
Federación Nacional de Departamentos

Proyecto de Ley No. 010 de 2020 Senado – 425 de 2020 Cámara
"Por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a garantizar el Derecho Fundamental a la Salud dentro del Sistema General de Seguridad Social, de conformidad con la Ley 1751 de 2015, y la sostenibilidad del Sistema de Salud.

Comentarios y sugerencias FND

Se describen a continuación, únicamente los artículos sobre los que se propone alguna modificación.

CAPÍTULO II SALUD PÚBLICA

| CAPÍTULO II SALUD PÚBLICA | COMENTARIOS FND | SUGERENCIAS FND |
|--|--|--|
| <p>Artículo 7. Función esencial de Salud Pública. La salud pública comprende el conjunto de planes, programas, políticas, estrategias, intervenciones, protocolos y lineamientos dirigidos a mantener la salud individual y colectiva de la población a partir de la promoción de la salud, la gestión del riesgo y la intervención los determinantes sociales y ambientales en el marco de la intersectorialidad con demás sectores, dependencias y agencias del Estado.</p> <p>Artículo 8. Plan Nacional de Salud Pública. El Ministerio de Salud y Protección Social, con el apoyo de los integrantes del Sistema y demás sectores que intervienen directa o indirectamente en la garantía del derecho fundamental a la salud, formulará, cada 5 años, el Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) que contendrá todas las acciones dirigidas a fomentar los factores protectores, e intervenir los determinantes sociales y ambientales que</p> | <p>La Planeación actual de la salud pública en Colombia, se realiza sobre el PLAN DECENAL DE SALUD vigente 2010-2020. Este es el plan de mayor envergadura en materia de salud pública que se ha construido en el país. Luego de lo ya construido, se debe seguir avanzando sobre los logros de este plan, que tiene la bondad hoy de tener una temporalidad "decenal", es decir, que permite operacionalizar las políticas públicas en materia de salud pública para más de dos periodos de gobierno, y por tanto, se convierte en la práctica, en un plan perfilado como una POLÍTICA DE ESTADO. Y esto lo hace además con una consideración especial: puede ser ajustado de acuerdo con los cambios específicos del perfil de salud, en cada periodo de gobierno, de acuerdo con la legislación vigente (Ley 1438/2011), lo que permite que no sea un conjunto de postulados inamovibles (artículo 6° El Ministerio de la Protección Social podrá hacer modificaciones al Plan Decenal de acuerdo con las prioridades en salud según análisis de los eventos de interés en salud pública que se presenten).</p> <p>(En este sentido, se debería mantener su condición temporal decenal, haciendo actualizaciones cuando sea requerido, como lo indica la norma vigente.</p> | <p>1. Mantener la reglamentación vigente sobre la temporalidad DECENAL del Plan Decenal de Salud Pública (Ley 1438 de 2011, art. 6). Suprimir la propuesta de temporalidad quinquenal. Continuar desarrollando y potenciar la reglamentación vigente en esta materia y en especial lo prescrito en la ley 1438 de 2011. El cambio de denominación de Plan decenal de salud pública a plan nacional de salud pública podría quedar como: "plan nacional decenal de salud pública PNDSP".</p> <p>2. El parágrafo, relacionado con la comisión intersectorial de salud pública, debe mantenerse en su intención de: realizar la coordinación y seguimiento del "PDSO" y en la intención de "A nivel de las entidades territoriales, esta coordinación se realizará a través de los Consejos</p> |

| CAPÍTULO II SALUD PÚBLICA | COMENTARIOS FND | SUGERENCIAS FND |
|---|---|--|
| <p>afectan la salud, impulsar las acciones de promoción y prevención dirigidas a la reducción de los riesgos poblacionales de salud acorde con las necesidades y problemas de salud de las poblaciones a nivel nacional y territorial.</p> <p>De acuerdo con los modelos de atención se especificarán metas de resultado y de impacto, a nivel nacional y por territorio.</p> <p>Parágrafo. La Comisión Intersectorial de Salud Pública, creada por la Ley 1438 de 2011, realizará la coordinación y seguimiento del PNSP.</p> <p>A nivel de las entidades territoriales, esta coordinación se realizará a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en salud con la participación de las instituciones y organizaciones comprometidas con los determinantes en salud.</p> | <p>De otro lado, formular un plan nacional de salud pública, resulta ser siempre un ejercicio de una gran complejidad y dedicación de tiempo. Estar elaborando un plan de esta envergadura en un periodo de corto-mediano plazo, resulta ser un ejercicio muy poco costo-efectivo.</p> <p>Se propone que en este artículo, en cambio, se despliegue con fuerza el concepto de "salud en todas las políticas" para que de manera específica, se incluya esta estrategia de forma sistemática en la formulación en los planes departamentales, distritales y municipales de salud, introduciendo en este artículo la obligatoriedad que se incorpore la identificación de los determinantes de la salud (factores de riesgo en salud) y los factores protectores de la salud por parte de cada una de las secretarías de despacho, para cada uno de los sectores, especificando las intervenciones, metas, indicadores y presupuesto para realizar estas acciones durante los periodos de gobierno y su presentación en los escenarios de rendición de cuentas (p.e. accidentalidad vital, planificaciones de acciones permanentes dentro de los compromisos de las secretarías de transporte y movilidad, entre muchas otras).</p> | <p>Territoriales de Seguridad Social en salud con la participación de las instituciones y organizaciones comprometidas con los determinantes en salud."</p> <p>3. Introducir el concepto de "salud en todas las políticas" de manera específica en la formulación en los planes departamentales, distritales y municipales de salud, por parte de cada una de las secretarías de despacho, para cada uno de los sectores, especificando las intervenciones, metas, indicadores y presupuesto para realizar estas acciones durante los periodos de gobierno y su presentación en los escenarios de rendición de cuentas.</p> <p>Proponer ajustes en artículos específicos de la Ley 1438 de 2011, para incorporar los siguientes aspectos puntuales:</p> <p>-Los resultados de las evaluaciones realizadas por parte de las entidades territoriales serán insumo para la habilitación y permanencia de las AS y la definición de su componente variable del pago.</p> <p>-Con base en las metas del PNDSP, el Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un Sistema de Evaluación continua nacional y</p> |
| <p>Artículo 9. Plan Básico de Promoción y Prevención y Gestión de riesgos colectivos.</p> | <p>En este artículo se propone un nuevo plan dentro del sistema de salud: el plan básico de promoción y prevención y gestión</p> | <p>de riesgos colectivos, para que se ejecute en el marco de las competencias de nación y territorios.</p> <p>En este sentido, este plan se superpone en su finalidad al actual Plan de intervenciones colectivas PIC (resolución MSPS 518 de 2015), lo que no queda claro en el articulado ni en la sustentación de motivos del PL. Dado que no se elimina el PIC específicamente, se hace necesario precisar su alcance.</p> <p>En caso de que el nuevo plan reemplazara al PIC y dado que éste se ejecuta en cada anualidad, en función de sus fuentes de financiamiento, ahora se diseñaría y ejecutaría para dos años, lo que es razonable, dado el estrecho margen para cumplimiento de acciones de las anualidades</p> <p>Se advierte la continuación de la ruptura de interacción entre la gestión de riesgo colectiva e individual, que en su momento pretendió resolver a través de las instancias de coordinación local, el instrumento de las rutas integrales de atención RIAS.</p> <p>Parágrafo. Con base en las metas del PNSP, el Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un Sistema de Evaluación continua nacional y territorial del cumplimiento de dicho plan que servirá de base para la evaluación de cumplimiento por parte de las diferentes entidades territoriales y los agentes del Sistema</p> |
| <p>CAPÍTULO II SALUD PÚBLICA</p> | <p>COMENTARIOS FND</p> | <p>SUGERENCIAS FND</p> |
| <p>definir las acciones promocionales, preventivas y de alta externalidad que deberán efectuarse en el respectivo territorio de forma articulada con las Aseguradoras en Salud, sus Redes y demás actores del Sistema de Salud.</p> <p>Para cada entidad territorial se definirán acciones y metas que deberá desarrollar en cada departamento, distrito y municipio, las cuales serán consignadas en un Plan Territorial de Salud que será formulado y evaluado anualmente.</p> <p>Los resultados de las evaluaciones realizadas por parte de las entidades territoriales serán insumo para la habilitación y permanencia de las AS y la definición de su componente variable del pago.</p> | <p>Parte de un plan para el nivel nacional PNSP (quinquenal) y otro en los territorios (planes territoriales de salud PTS, anual) e introduce un nuevo plan de promoción y prevención y gestión de riesgo (biannual). Lo que tenemos hoy corresponde a un plan nacional (dececal) de salud pública y otros territoriales (anuales), con la presencia de un PIC que se fundamenta en la línea del plan decenal y de los planes territoriales y los operacionales.</p> <p>En este sentido, lo propuesto en el artículo, parece que no introduce ningún cambio jerárquico significativo en la estructura de planeación de la salud pública, por lo que podría considerarse que su permanencia dentro del articulado no sería indispensable y en especial por la existencia ya, en las normas vigentes (ley 1438 de 2011), en donde eventualmente solo se requerirían algunos ajustes específicos sobre algunos de sus artículos.</p> | <p>Artículo 10. Planes Territoriales de Salud.</p> <p>Las entidades territoriales tendrán la responsabilidad de caracterizar los principales riesgos epidemiológicos de la población y</p> |
| <p>CAPÍTULO II SALUD PÚBLICA</p> | <p>COMENTARIOS FND</p> | <p>SUGERENCIAS FND</p> |
| <p>Con base en las metas y acciones definidas en el PNSP, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá el conjunto de acciones a ser cubiertas a nivel nacional y por cada entidad territorial.</p> <p>Este plan se actualizará cada dos años de acuerdo con los resultados de las evaluaciones efectuadas al PNSP.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social y las entidades territoriales establecerán objetivos, metas, indicadores de seguimiento sobre resultados e impactos en la salud pública de las actividades de promoción de salud y la prevención de la enfermedad.</p> <p>Lo anterior no excluye la corresponsabilidad de las AS, soportadas por el perfil epidemiológico y desviación del costo.</p> <p>Parágrafo. Con base en las metas del PNSP, el Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un Sistema de Evaluación continua nacional y territorial del cumplimiento de dicho plan que servirá de base para la evaluación de cumplimiento por parte de las diferentes entidades territoriales y los agentes del Sistema</p> | <p>El artículo enfoca el concepto de promoción y prevención desde la perspectiva de gestión de riesgos colectivos a cargo de los entes territoriales y especifica la co-responsabilidad de las nuevas AS dentro de sus competencias de gestión de riesgos individuales, sin que se advierta la necesidad de reafirmar la necesidad de resolver esta fractura y de la necesaria integración entre uno y otro en los territorios, al menos haciendo mención a la integración que buscan las RIAS y los espacios de los consejos territoriales de seguridad social.</p> | <p>territorial del cumplimiento de dicho plan que servirá de base para la evaluación de cumplimiento por parte de las diferentes entidades territoriales y los agentes del Sistema. De acuerdo con los modelos de atención se especificarán metas de resultado y de impacto, a nivel nacional y por territorio.</p> <p>-La Comisión Intersectorial de Salud Pública, creada por la Ley 1438 de 2011, realizará la coordinación y seguimiento del PNSP. A nivel de las entidades territoriales, esta coordinación se realizará a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en salud con la participación de las instituciones y organizaciones comprometidas con los determinantes en salud, (con excepción de estos tres aspectos, todo lo demás está en las normas vigentes).</p> |
| <p>Artículo 10. Planes Territoriales de Salud.</p> | <p>En este capítulo del PL, que se dedica a la gestión de la salud pública dentro del sistema de salud, se concentra básicamente en proponer ajustes al modelo de planeación actual.</p> | <p>En este capítulo del PL, que se dedica a la gestión de la salud pública dentro del sistema de salud, se concentra básicamente en proponer ajustes al modelo de planeación actual.</p> |
| <p>CAPÍTULO VI. HOSPITAL PÚBLICO</p> | | |
| <p>CAPÍTULO VI. HOSPITAL PÚBLICO</p> | <p>COMENTARIOS FND</p> | <p>SUGERENCIAS FND</p> |
| <p>Artículo 34. Empresas Sociales del Estado. Los hospitales públicos continuarán funcionando como Empresas Sociales del Estado ESE las cuales podrán ser del orden territorial, o constituidas por más de una entidad territorial. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las condiciones de su conformación y funcionamiento.</p> | <p>La FND ha venido proponiendo, dentro del conjunto de salud y en especial en lo que compete a la operación en cada uno de los territorios, un ajuste significativo a la figura de los hospitales públicos.</p> <p>Se han propuesto, entre otras, acciones como:</p> <p>1. Lograr que los hospitales públicos, operen en condiciones de red integrada, bajo la figura de "redes regionales de salud". Esto significa avanzar en (i) procesos de integración estructural de empresas sociales del estado existentes en territorios no certificados, en una única razón social y que están a cargo del departamento o (ii) avanzar en procesos de integración funcional mediante diversos tipos de acuerdos de voluntades, manteniendo la figura de las ESE individuales, con diversas razones sociales en el caso de municipios certificados. En ambos casos, la configuración correspondiente a redes dentro de regiones de salud, las cuales a su vez estarían dentro de las ATS propuestas en este PL. Al interior de cada red regional, existiría una organización por micro territorios y la disposición de cadenas integradas de prestadores primarios, y de estos con prestadores complementarios y CE.</p> <p>2. Definir la clasificación de los hospitales públicos en dos categorías: (i) unidades dedicadas a la atención primaria en salud (los actuales hospitales de 1er nivel) y la mayoría de los actuales de 2do nivel) con carteras de servicios integradas bajo una operación en red, dentro de regiones territoriales de salud, dentro de cada departamento o (ii) unidades dedicadas a las atenciones complejas (los</p> | <p>1. Proponemos que se incorpore al proyecto la modificación de los mecanismos actuales de financiamiento de los hospitales públicos que se clasifiquen como prestadores primarios, transformando el actual modelo de venta de servicios, en un modelo "convenios de pagos por disponibilidad de servicios y resultados", según la tipología que se defina por MINSALUD para cada hospital y que funcione mediante un sistema dual de: (i) pagos ex ante, mensuales, por disponibilidad del portafolio (ingreso de componente fijo) mediante giro directo y (ii) un pago complementario por el logro de resultados (ingreso componente variable) pagado contra evaluación semestral de indicadores pactados y formalizados mediante la celebración de "convenios de disponibilidad" entre hospitales públicos, las AS, ADRES y los entes territoriales departamentales.</p> <p>Este mecanismo provocaría que al financiar la totalidad de los gastos requeridos en la operación corriente de los hospitales, no se requirieran recursos de oferta complementarios a los recursos de venta de servicios. De hecho, la propuesta es no considerar los ingresos como venta de servicios. Los recursos se reciben tomando como fuente la UPC y reemplazan el total de recursos que poseían requerir. Bajo este modelo, ya no se haría necesario continuar</p> |

| CAPITULO VI. HOSPITAL PÚBLICO | COMENTARIOS FND | SUGERENCIAS FND |
|---|--|--|
| <p>Artículo 35. Requisitos mínimos para las Empresas Sociales del Estado.</p> <p>Las características de las ESE deben ser establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social con base en los siguientes elementos:</p> <p>34.1. Modelos tipo de hospitales, servicios y unidades funcionales de acuerdo a las poblaciones, dispersión, oferta de servicios, frecuencia de uso, condiciones de mercados, entre otros, a los cuales las ESE deberán adecuarse</p> <p>34.2. Determinación de los recursos humanos, físicos, tecnológicos por tipo de hospitales</p> <p>34.3. Determinación de régimen presupuestal acorde con los ingresos, costos, gastos, recaudo, cartera, inversiones y demás relacionados</p> <p>34.4. Modelos de evaluación de servicios, financiera de gestión, calidad y resultados en salud por tipo de hospital.</p> <p>Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá un grupo funcional encargada de la asesoría y asistencia técnica que se requiera para los fines de esta caracterización.</p> | <p>actuales hospitales de 3er nivel y una parte de los de 2do nivel. El límite entre las dos categorías estaría, en que las redes de servicios primarios proveerían servicios desde micro territorios con familias y ciudadanos asignados (descritos) en acciones extramurales y con equipos interdisciplinarios, hasta servicios intramurales que llegan al nivel de servicios médicos especializados básicos, de tipo ambulatorio y hospitalización de apoyo para médicos generales y de familia.</p> <p>3. Para las redes primarias, se propone, anular el modelo de financiamiento basado en compraventa de servicios y que su oferta de servicios y su sostenibilidad no dependan en adelante del volumen de ventas, la recuperación de carteras y el proceso transaccional comercial con EPS y otros.</p> <p>Desde la FND se ha propuesto, que los hospitales públicos, organizados en redes primarias, reciban ingresos por dos vías:</p> <p>(i) pago anual en doceavas mes anticipado, basado en un modelo de "pago por disponibilidad de oferta de servicios y su dispensación a la población" (pagos por disponibilidad), de acuerdo con unas tipologías específicas de portafolios predefinidos, ordenados en redes y a los requerimientos de perfil de salud de cada región y sus microrregiones y previamente costeados y presupuestados, según metodología diseñada por MINSALUD y pagados por gros directos desde ADRES, sumando además un mecanismo de auditoría y control de cumplimiento en la oferta a disponer pactada mediante convenios y evaluación de desempeño de director y su equipo. Esto supone la reducción del aparato administrativo que no se necesitaría mas y su</p> | <p>con la clasificación de riesgo financiero, ni con los procesos de ajuste fiscal y financiero que se adelantan hoy con Minhacienda y se cambiarían por un sistema de auditoría y evaluación de cumplimiento de la disponibilidad de servicios, en condiciones de calidad, evaluadas semestralmente por las secretarías de salud y de manera continua por las AS.</p> <p>Eliminar el ítem 36.3. Deberán prestar los servicios vitales reglamentados por el Ministerio de Salud y Protección Social. Si la venta de servicios no financia dicha prestación recibirán subsidios de oferta. Al suprimir el mecanismo de ingresos por venta de servicios, y pagos por convenios de disponibilidad de portafolios, que cubren el 100% de su operación corriente, no se requiere indicar que se entregarán recursos de oferta. Y ajustar lo pertinente en el artículo # 41 de este PL y en el parágrafo # 3 del artículo # 36.</p> <p>Se deberá incluir también la modificación de los modelos de evaluación de gerentes y su permanencia en el periodo nombrado, ligándolos al cumplimiento de oferta, en condiciones de oferta apropiada de los portafolios y del logro de resultados. La auditoría de cumplimiento y la calificación de resultados estará a cargo de la entidad territorial departamental.</p> |
| <p>Parágrafo 2 El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá una metodología para la organización de las redes territoriales de servicios de salud que incluya la capacidad instalada, desarrollo de alianzas entre las ESE, integración del portafolios de servicios, gestión y coordinación de los servicios, evaluación de la de factibilidad técnica y financiera de los servicios ofertados de manera que respondan al análisis de situación de salud de la entidad territorial. Así mismo, establecerá estímulos por resultados para las redes de ESE conformadas, así como definirá la metodología para realizar el monitoreo y seguimiento a los indicadores determinados.</p> <p>Parágrafo 3. Sin perjuicio de lo previsto en el artículo 24 de la Ley 1751 de 2015 (ley estudiantaria de salud), las ESE que no tengan sostenibilidad financiera, deberán reestructurarse, fusionarse o adoptar otros mecanismos para alcanzar la viabilidad financiera y de servicios.</p> | <p>El componente fijo deberá cubrir los costos de la operación corriente para la prestación del portafolio tipo, de acuerdo con la tipología y los costos presupuestados definidos por el MINSALUD; los ingresos variables por resultados se destinarán a proyectos de inversión.</p> <p>de otro lado, en los requisitos de habilitación se mantiene el mecanismo previsto en la ley 715 de 2001, para regulación de la oferta de servicios en los hospitales públicos, denominado "Plan de redes de servicios del departamento". Al respecto debemos indicar, que este mecanismo que se encuentra a cargo de los Departamentos debe reglamentarse en términos de las características que debe tener para su actualización permanente (procedimientos de ajuste, actualización del registro especial, periodicidad, etc.). A la fecha no existe parámetro que indique ni el procedimiento, ni cada cuando tiempo deberá actualizarse. Hoy día este es un proceso que ocurre mas bien por contingencia y que genera distorsión en la operación tanto en las secretarías de salud como en los propios hospitales. Se propone ordenar este proceso, determinando la competencia de los departamentos de actualización anual y armonizándolo con las nuevas ATS y presencia de redes.</p> <p>El mejor escenario de viabilidad de un hospital público, de tipo prestador primario hoy en Colombia, es el de lograr determinar que estas entidades se consoliden como monopolios públicos de prestación de servicios en municipios específicos del país, como parte de las redes integradas regionales (o por ATS) y garantizando su operación corriente con sus portafolios tipo, mediante pagos periódicos ex ante "por disponibilidad", con la contumbrada de su presupuestación anual, producto de los pagos regulares con recursos de la UPC-PBS.</p> <p>Esta es la mejor medida de protección para un hospital público y para el acceso efectivo de la población a los</p> | <p>36.1. Deberán funcionar en redes integrales de servicios que podrán ser de naturaleza pública o mixta y podrán participar en varias de ellas</p> <p>36.2 El portafolio de servicios de las ESE debe corresponder a las necesidades y problemas de la población de su jurisdicción, el tamaño poblacional, las condiciones de mercado, los recursos disponibles, ajustados a los modelos tipo descritos en la presente ley, lo cual debe estar reflejado en el Plan de redes de servicios del departamento o las ATS. Las ESE no podrán habilitar servicios por fuera de este Plan</p> <p>36.3. Deberán prestar los servicios vitales reglamentados por el Ministerio de Salud y Protección Social. Si la venta de servicios no financia dicha prestación recibirán subsidios de oferta.</p> <p>Parágrafo 1. Será responsabilidad de las entidades territoriales la coordinación operativa y complementaria de las hospitales públicas que hagan parte de las redes integrales de atención.</p> |
| <p>Artículo 36. Requisitos generales del funcionamiento de las ESE en Redes Integrales de Atención.</p> <p>Las ESE deberán cumplir con las siguientes exigencias adicionales a las propias de su habilitación:</p> <p>(i) pago semestral variable, contra la medición por parte de las secretarías de salud departamental de resultados logrados, contra el cumplimiento de un conjunto básico de indicadores de salud pública, de calidad y de gestión, destinados a la realización de inversiones requeridas por la entidad.</p> <p>-El modelo propuesto en el presente PL, se encuentra alineado con gran parte de la propuesta de la FND, en tanto la definición de tipologías de nodos de atención para configurar las redes, con la definición de servicios a ofertar y de los recursos requeridos y los costos de cada tipo.</p> <p>-Sin embargo, en el PL se deja aún por fuera la propuesta de la FND, de suspensión de los mecanismos de compraventa, contratación, prestación, cobro y recaudo en el nivel primario en la provisión del plan de beneficios en salud PBS de la seguridad social.</p> <p>Proponemos se incorpore al PL, la supresión de los mecanismos de compraventa con las AS, permitiendo que todos los nuevos prestadores primarios, bien en red, o bien de manera individual, tengan una operación basada en la disponibilidad de portafolios de servicios (ingreso de componente fijo) y en el logro de resultados (ingreso componente variable), pactados mediante la celebración de convenios interadministrativos ADRES, AS, ente territorial y hospital publico/ret.</p> | <p>2. Se propone que se incluya, que el MSPS reglamentará el procedimiento de actualización regular de los "planes departamentales de redes de oferta pública."</p> <p>3. Se propone determinar dentro del proyecto, que el MINSALUD y el Gobierno nacional, deberá diseñar un "programa de inversión de apoyo técnico al nuevo modelo de atención, fortalecimiento de la gestión institucional y desarrollo de la capacidad resolutiva de los prestadores primarios", para impulsar el proceso de adaptación de las ESE a las nuevas configuraciones en red y la asunción de responsabilidades con los nuevos portafolios y la adopción del nuevo modelo de atención, incluyendo el inicio de la prestación de servicios de medicina familiar; para ser financiado con PGN y recursos externos de crédito.</p> <p>4. Esto deberá incluir el apoyo a la inversión en hospitales públicos clasificados como prestadores complementarios, para el avance en la configuración y certificación como hospitales universitarios.</p> | <p>recambio por gasto en talento humano y equipamiento para la prestación de servicios de salud; el contenido de estos portafolios tipo se ajustarán a los requerimientos de perfil de salud de la población, de los planes territoriales y de las necesidades de las AS para contratación e integración de sus redes, y</p> |
| <p>Parágrafo 1. Será responsabilidad de las entidades territoriales la coordinación operativa y complementaria de las hospitales públicas que hagan parte de las redes integrales de atención.</p> | <p>recambio por gasto en talento humano y equipamiento para la prestación de servicios de salud; el contenido de estos portafolios tipo se ajustarán a los requerimientos de perfil de salud de la población, de los planes territoriales y de las necesidades de las AS para contratación e integración de sus redes, y</p> <p>(i) pago semestral variable, contra la medición por parte de las secretarías de salud departamental de resultados logrados, contra el cumplimiento de un conjunto básico de indicadores de salud pública, de calidad y de gestión, destinados a la realización de inversiones requeridas por la entidad.</p> <p>-El modelo propuesto en el presente PL, se encuentra alineado con gran parte de la propuesta de la FND, en tanto la definición de tipologías de nodos de atención para configurar las redes, con la definición de servicios a ofertar y de los recursos requeridos y los costos de cada tipo.</p> <p>-Sin embargo, en el PL se deja aún por fuera la propuesta de la FND, de suspensión de los mecanismos de compraventa, contratación, prestación, cobro y recaudo en el nivel primario en la provisión del plan de beneficios en salud PBS de la seguridad social.</p> <p>Proponemos se incorpore al PL, la supresión de los mecanismos de compraventa con las AS, permitiendo que todos los nuevos prestadores primarios, bien en red, o bien de manera individual, tengan una operación basada en la disponibilidad de portafolios de servicios (ingreso de componente fijo) y en el logro de resultados (ingreso componente variable), pactados mediante la celebración de convenios interadministrativos ADRES, AS, ente territorial y hospital publico/ret.</p> | <p>2. Se propone que se incluya, que el MSPS reglamentará el procedimiento de actualización regular de los "planes departamentales de redes de oferta pública."</p> <p>3. Se propone determinar dentro del proyecto, que el MINSALUD y el Gobierno nacional, deberá diseñar un "programa de inversión de apoyo técnico al nuevo modelo de atención, fortalecimiento de la gestión institucional y desarrollo de la capacidad resolutiva de los prestadores primarios", para impulsar el proceso de adaptación de las ESE a las nuevas configuraciones en red y la asunción de responsabilidades con los nuevos portafolios y la adopción del nuevo modelo de atención, incluyendo el inicio de la prestación de servicios de medicina familiar; para ser financiado con PGN y recursos externos de crédito.</p> <p>4. Esto deberá incluir el apoyo a la inversión en hospitales públicos clasificados como prestadores complementarios, para el avance en la configuración y certificación como hospitales universitarios.</p> |
| <p>Parágrafo 2 El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá una metodología para la organización de las redes territoriales de servicios de salud que incluya la capacidad instalada, desarrollo de alianzas entre las ESE, integración del portafolios de servicios, gestión y coordinación de los servicios, evaluación de la de factibilidad técnica y financiera de los servicios ofertados de manera que respondan al análisis de situación de salud de la entidad territorial. Así mismo, establecerá estímulos por resultados para las redes de ESE conformadas, así como definirá la metodología para realizar el monitoreo y seguimiento a los indicadores determinados.</p> <p>Parágrafo 3. Sin perjuicio de lo previsto en el artículo 24 de la Ley 1751 de 2015 (ley estudiantaria de salud), las ESE que no tengan sostenibilidad financiera, deberán reestructurarse, fusionarse o adoptar otros mecanismos para alcanzar la viabilidad financiera y de servicios.</p> | <p>El componente fijo deberá cubrir los costos de la operación corriente para la prestación del portafolio tipo, de acuerdo con la tipología y los costos presupuestados definidos por el MINSALUD; los ingresos variables por resultados se destinarán a proyectos de inversión.</p> <p>de otro lado, en los requisitos de habilitación se mantiene el mecanismo previsto en la ley 715 de 2001, para regulación de la oferta de servicios en los hospitales públicos, denominado "Plan de redes de servicios del departamento". Al respecto debemos indicar, que este mecanismo que se encuentra a cargo de los Departamentos debe reglamentarse en términos de las características que debe tener para su actualización permanente (procedimientos de ajuste, actualización del registro especial, periodicidad, etc.). A la fecha no existe parámetro que indique ni el procedimiento, ni cada cuando tiempo deberá actualizarse. Hoy día este es un proceso que ocurre mas bien por contingencia y que genera distorsión en la operación tanto en las secretarías de salud como en los propios hospitales. Se propone ordenar este proceso, determinando la competencia de los departamentos de actualización anual y armonizándolo con las nuevas ATS y presencia de redes.</p> <p>El mejor escenario de viabilidad de un hospital público, de tipo prestador primario hoy en Colombia, es el de lograr determinar que estas entidades se consoliden como monopolios públicos de prestación de servicios en municipios específicos del país, como parte de las redes integradas regionales (o por ATS) y garantizando su operación corriente con sus portafolios tipo, mediante pagos periódicos ex ante "por disponibilidad", con la contumbrada de su presupuestación anual, producto de los pagos regulares con recursos de la UPC-PBS.</p> <p>Esta es la mejor medida de protección para un hospital público y para el acceso efectivo de la población a los</p> | <p>36.1. Deberán funcionar en redes integrales de servicios que podrán ser de naturaleza pública o mixta y podrán participar en varias de ellas</p> <p>36.2 El portafolio de servicios de las ESE debe corresponder a las necesidades y problemas de la población de su jurisdicción, el tamaño poblacional, las condiciones de mercado, los recursos disponibles, ajustados a los modelos tipo descritos en la presente ley, lo cual debe estar reflejado en el Plan de redes de servicios del departamento o las ATS. Las ESE no podrán habilitar servicios por fuera de este Plan</p> <p>36.3. Deberán prestar los servicios vitales reglamentados por el Ministerio de Salud y Protección Social. Si la venta de servicios no financia dicha prestación recibirán subsidios de oferta.</p> <p>Parágrafo 1. Será responsabilidad de las entidades territoriales la coordinación operativa y complementaria de las hospitales públicas que hagan parte de las redes integrales de atención.</p> |
| <p>Parágrafo 1. Será responsabilidad de las entidades territoriales la coordinación operativa y complementaria de las hospitales públicas que hagan parte de las redes integrales de atención.</p> | <p>recambio por gasto en talento humano y equipamiento para la prestación de servicios de salud; el contenido de estos portafolios tipo se ajustarán a los requerimientos de perfil de salud de la población, de los planes territoriales y de las necesidades de las AS para contratación e integración de sus redes, y</p> <p>(i) pago semestral variable, contra la medición por parte de las secretarías de salud departamental de resultados logrados, contra el cumplimiento de un conjunto básico de indicadores de salud pública, de calidad y de gestión, destinados a la realización de inversiones requeridas por la entidad.</p> <p>-El modelo propuesto en el presente PL, se encuentra alineado con gran parte de la propuesta de la FND, en tanto la definición de tipologías de nodos de atención para configurar las redes, con la definición de servicios a ofertar y de los recursos requeridos y los costos de cada tipo.</p> <p>-Sin embargo, en el PL se deja aún por fuera la propuesta de la FND, de suspensión de los mecanismos de compraventa, contratación, prestación, cobro y recaudo en el nivel primario en la provisión del plan de beneficios en salud PBS de la seguridad social.</p> <p>Proponemos se incorpore al PL, la supresión de los mecanismos de compraventa con las AS, permitiendo que todos los nuevos prestadores primarios, bien en red, o bien de manera individual, tengan una operación basada en la disponibilidad de portafolios de servicios (ingreso de componente fijo) y en el logro de resultados (ingreso componente variable), pactados mediante la celebración de convenios interadministrativos ADRES, AS, ente territorial y hospital publico/ret.</p> | <p>2. Se propone que se incluya, que el MSPS reglamentará el procedimiento de actualización regular de los "planes departamentales de redes de oferta pública."</p> <p>3. Se propone determinar dentro del proyecto, que el MINSALUD y el Gobierno nacional, deberá diseñar un "programa de inversión de apoyo técnico al nuevo modelo de atención, fortalecimiento de la gestión institucional y desarrollo de la capacidad resolutiva de los prestadores primarios", para impulsar el proceso de adaptación de las ESE a las nuevas configuraciones en red y la asunción de responsabilidades con los nuevos portafolios y la adopción del nuevo modelo de atención, incluyendo el inicio de la prestación de servicios de medicina familiar; para ser financiado con PGN y recursos externos de crédito.</p> <p>4. Esto deberá incluir el apoyo a la inversión en hospitales públicos clasificados como prestadores complementarios, para el avance en la configuración y certificación como hospitales universitarios.</p> |

CAPÍTULO X. FINANCIACIÓN Y SOSTENIBILIDAD

| CAPÍTULO X. FINANCIACIÓN Y SOSTENIBILIDAD | COMENTARIOS FND | SUGERENCIAS FND |
|---|---|---|
| <p>Artículo 59. Modifíquese el artículo 211 de la Ley 223 de 1995, modificado por el artículo 347 de la Ley 1819 de 2016, el cual quedará así:</p> <p>“Artículo 211. Tarifas del componente específico del impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado. Para el año 2021, las tarifas del impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado serán las siguientes:</p> <p>a) Para los cigarrillos, tabacos, cigarros y cigarrillos, \$4.200 por cada cajetilla de veinte (20) unidades o proporcionalmente a su contenido.</p> <p>b) La tarifa por cada gramo de picadura, rapé o chimí será de \$334.</p> <p>Las anteriores tarifas se actualizarán anualmente, a partir del año 2020, en un porcentaje equivalente al del crecimiento del índice de precios al consumidor certificado por el DANE más cuatro puntos. La Dirección de Apoyo Fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, certificará y publicará antes del 1 de enero de cada año las tarifas actualizadas.</p> <p>Parágrafo. El 75% de los ingresos adicionales recaudados por efecto del aumento de la tarifa del impuesto al consumo de cigarrillos serán destinados a financiar el aseguramiento en salud. El</p> | <p>La FND en su objetivo de velar por los intereses de las entidades territoriales a nivel departamental reconoce la importancia de velar por la salud de la población y la necesidad de fortalecer las finanzas territoriales y rentas departamentales en aras de contar con los recursos suficientes para la inversión en salud, educación y deporte. El trabajo técnico y los diferentes informes realizados por la FND han identificado una tensión existente en el marco de los llamados impuestos “pigovianos” -aquellos que se crean para efectos de corregir una externalidad negativa- como lo es el consumo de las mercancías que causan el impuesto al consumo, el contrabando y las rentas departamentales. Precisamente, la tensión radica en la necesidad de fortalecer e incrementar las rentas departamentales a través de mecanismos adecuados que permitan gravar en una mayor medida ciertos hábitos de consumo logrando un aumento del recaudo, sin que las tasas impositivas se conviertan en costo tan excesivamente alto que los consumidores opten por sustituir el mercado legal por el ilegal.</p> <p>En ese sentido y como se expone a continuación, el proyecto de ley objeto de análisis escapa al contexto referido. Consideramos que los artículos 59 y 60 no representarían un mecanismo eficaz en el desincentivo del consumo del cigarrillo. Por el contrario, complejizan la lucha contra el contrabando y actúan en detrimento de los ingresos de los departamentos que actualmente se encuentran severamente afectados. Las normas objeto de análisis no permiten conciliar la tensión entre una política de salud, un interés recaudatorio y la minimización del impacto de prácticas ilegales.</p> <p>Por lo anterior, exponemos cuatro argumentos que invitan a replantear la inclusión de estos dos artículos en el presente PL.</p> <p>1. Primero, haciendo un análisis del contexto general del proyecto de ley, éste tiene por objeto construir diversos elementos que permitan garantizar el acceso al sistema general de la seguridad</p> | <p>Se sugiere eliminar los artículos 59 y 60 del PL, de acuerdo con las consideraciones expuestas, para someterlo a consideración en el marco de los proyectos de ley de reforma tributaria territorial o nacional futuros.</p> |

| CAPÍTULO X. FINANCIACIÓN Y SOSTENIBILIDAD | COMENTARIOS FND | SUGERENCIAS FND |
|--|---|-----------------|
| <p>refiere el artículo 211 de la Ley 223 de 1995.</p> <p>Parágrafo 2. El componente ad Valorem también se causará en relación con los productos nacionales que ingresen al departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.</p> <p>Parágrafo 3. La participación del Distrito Capital del impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado a que se refiere el artículo 212 de la Ley 223 de 1995, también será aplicable en relación con el componente ad Valorem que se regula en este artículo.</p> <p>Parágrafo 4. La destinación de este componente ad Valorem será la prevista en el artículo 7º de la Ley 1393 de 2010.</p> | <p>Comisión cree que es necesario incrementar el recaudo de estos tributos para cubrir los costos sociales que provienen del daño de la salud de quien consume los productos que causan el impuesto.</p> <p>En el caso de los cigarrillos, recomienda:</p> <p>a. Aumentar la tarifa del impuesto, ya se aumentando la tarifa específica o el valor del impuesto ad valorem pero en una proporción que no sea abrupta.</p> <p>b. Ampliar el hecho generador para incluir nuevas formas de consumo como es el caso de los cigarrillos electrónicos, vapadores y sistemas similares por medio de la ampliación del hecho generador mediante la modificación del artículo 207 de la Ley 223 de 1995. Resalta que la definición del hecho generador debe ser lo suficientemente general como para no estar asociada con la presencia de tabaco, nicotina o humo de cigarrillo, de manera que sean gravados los nuevos sistemas que emergen en el futuro.</p> <p>Como complemento de esta sugerencia de la Comisión de Expertos, consideramos que en caso de ampliarse el hecho generador, los demás elementos de la obligación tributaria como la base gravable, se deben adecuar a los nuevos productos. En este caso, teniendo en cuenta que el artículo 60 del PL elimina la competencia del DANE de establecer la metodología para su cálculo y trasladando esta función al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, será esta la entidad encargada de incluir la certificación tales productos.</p> <p>4. Cuarto y no menos importante, observando la redacción de la norma, se pretende realizar un incremento agresivo al impuesto al consumo, evitando crear una verdadera política tributaria frente a hábitos de consumo y desconociendo las dinámicas propias del fenómeno del contrabando cuando se hacen este tipo de aumentos. En el estudio sobre Incidencia de Cigarrillos ilegales en Colombia realizado por INVAMER (2019) y por la FND, se observa una alarmante tendencia creciente del comercio ilícito de</p> | |

| CAPÍTULO X. FINANCIACIÓN Y SOSTENIBILIDAD | COMENTARIOS FND | SUGERENCIAS FND |
|--|--|---|
| <p>25% restante se destinará al fortalecimiento de las acciones relacionadas con el recaudo y presupuestación del impuesto a nivel territorial.</p> <p>Artículo 60. Modifíquese el artículo 6 de la Ley 1393 de 2010, modificado por el artículo 348 de la Ley 1819 de 2016, el cual quedará así:</p> <p>Artículo 6º. Componente Ad Valorem del impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado. El impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado se adiciona con un componente ad Valorem equivalente al 10% de la base gravable, que será el precio de venta al público efectivamente cobrado, según la reglamentación que para tal efecto expida el Gobierno Nacional, actualizado en todos sus componentes en un porcentaje equivalente al del crecimiento del índice de precios al consumidor. Este componente ad Valorem será liquidado y pagado por cada cajetilla de veinte (20) unidades o proporcionalmente a su contenido, por los responsables del impuesto en la respectiva declaración y se regirá por las normas del impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado.</p> <p>Parágrafo 1. Para la picadura, rapé y chimí, el ad Valorem del 10% se liquidará sobre el valor del impuesto al consumo específico de este producto, al que se</p> | <p>social al igual que su sostenibilidad. No obstante, los artículos 59 y 60 los artículos 59 y 60 rompen con el principio constitucional de unidad de materia (Art. 152 C.P. “todo proyecto de ley debe referirse a una misma materia y serán inadmisibles las disposiciones o modificaciones que no se relacionen con ella”). En este caso, el proyecto de ley es compuesto principalmente por disposiciones en el sector salud y la redacción del mencionado artículo se relaciona con el impuesto al consumo. Además, insta a que se destine a financiar el aseguramiento de la salud en un 75%, y el 25% restante para fortalecer las acciones con el recaudo y presupuestación del impuesto a nivel territorial. Además, la norma desconoce que el impuesto al consumo en el caso de los cigarrillos y tabaco elaborado se destina a financiar también el deporte, aspecto que no se aborda en lo absoluto en el proyecto de ley.</p> <p>2. Segundo, los artículos 59 y 60 del proyecto de ley 010 de 2020 desde el punto de vista del trámite legislativo tendrían un vicio de procedimiento.</p> <p>Los proyectos de ley relativos a los tributos iniciarán su trámite en la Cámara de Representantes (Art. 154 CF). Puntualmente, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 9ª de 1992, los artículos objeto de análisis serían competencia de la Comisión Tercera por tratarse de asuntos tributarios. Por ello, adelantar un trámite de proyecto de Ley en la Comisión Séptima del Senado de la República que verse sobre asuntos de tipo tributario implica que los respectivos artículos tendrían un vicio de procedimiento que impedirían su aplicación en el ordenamiento jurídico nacional.</p> <p>3. Tercero, el pasado 27 de agosto de 2020 fue elaborado un informe por una comisión de expertos sobre el estudio del sistema tributario territorial objeto de incluirse en la próxima reforma tributaria. A nivel departamental cuando realizaron el análisis del impuesto al consumo creados por la Ley 223 de 1995 se elaboró una propuesta para fortalecer el recaudo y desestimular el consumo de alcohol y tabaco. Precisamente, la</p> | <p>Se sugiere eliminar los artículos 59 y 60 del PL, de acuerdo con las consideraciones expuestas, para someterlo a consideración en el marco de los proyectos de ley de reforma tributaria territorial o nacional futuros.</p> |

| CAPÍTULO X. FINANCIACIÓN Y SOSTENIBILIDAD | COMENTARIOS FND | SUGERENCIAS FND |
|---|---|-----------------|
| | <p>cigarrillos, pasando de un 13% en 2016, a 18% en 2017, 25% en 2018 y alcanzando el 30% del volumen total del mercado de cigarrillos en 2019 (no obstante regiones como la Costa la prevalencia de este flagelo supera el 80%).</p> <p>Teniendo en cuenta que el artículo 59 está incrementando en un 75% el componente específico del impuesto al consumo de cigarrillos hasta los \$4.200 pesos por cajetilla de 20 cigarrillos, creemos que esto precipitaría la tendencia hacia el consumo de cigarrillos ilegales y complejiza la lucha contra el contrabando. Lo anterior, actúa en detrimento de los ingresos de los departamentos los cuales actualmente se encuentran severamente afectados. Esto no permitiría conciliar la tensión entre una política de salud, un interés recaudatorio y la minimización del impacto de prácticas ilegales</p> <p>Por último, queremos resaltar que la FND está comprometida con mejorar la salud de los colombianos, pero también somos entusiastas y responsables en la medida que buscamos proteger los recursos de estos entes territoriales los cuales permiten la inversión en salud y deporte. En esa medida, este es un llamado a velar porque las políticas públicas que tengan alguna potencial incidencia en limitar o disminuir el recaudo sean analizadas de una manera más integral.</p> <p>A través de estas gestiones también buscáramos prevenir los demás efectos colaterales que pueden derivar, como el aumento del contrabando o la afectación de las finanzas territoriales de los departamentos (las cuales ya están duramente afectadas por las prácticas ilegales). Así pues, se recomienda también desarrollar un debate más profundo de esta problemática en la futura reforma tributaria anunciada por el gobierno nacional, la cual, en nuestro criterio, corresponderá a las circunstancias y dinámicas por las cuales está atravesando el país y así mitigar las consecuencias sociales y económicas producidas por el Covid-19.</p> | |

CAPÍTULO XII. OTRAS DISPOSICIONES

| CAPÍTULO XII OTRAS DISPOSICIONES. | COMENTARIOS FND | SUGERENCIAS FND |
|--|---|---|
| <p>Artículo 68. Vigencia.</p> <p>La presente ley entra en vigencia después de su publicación y deroga el numeral 5 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993, el artículo 8º de la Ley 1438 de 2011 y todas las disposiciones que le sean contrarias.</p> | <p>Se propone ajustar conforme lo propuesto en lo propuestos en ítems anteriores.</p> | <p>Debe eliminarse la derogatoria al art 6 de la ley 1438 de 2011. Se debe preservar la figura del plan decenal de salud pública.</p> |

LA COMISION SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA. - Bogotá D.C., a los veintinueve (29) días del mes de octubre del año dos mil veinte (2020) - En la presente fecha se autoriza la publicación en Gaceta del Congreso de la República, las siguientes consideraciones.

COMENTARIOS: FEDERACIÓN NACIONAL DE DEPARTAMENTOS -FND
REFRENDADO POR: DOCTOR DIDIER TAVERA AMADO- DIRECTOR EJECUTIVO -FND
NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: N° 10/2020 SENADO.
TÍTULO DEL PROYECTO: "POR MEDIO DE LA CUAL SE DICTAN DISPOSICIONES ORIENTADAS A GARANTIZAR EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD DENTRO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, DE CONFORMIDAD CON LA LEY 1751 DE 2015, Y LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE SALUD" "MENSAJE DE URGENCIA"
NÚMERO DE FOLIOS: CATORCE (14) FOLIOS
RECIBIDO EN LA SECRETARÍA DE LA COMISIÓN SÉPTIMA DEL SENADO EL DÍA: MIÉRCOLES VEINTIOCHO (28) DE OCTUBRE DE 2020.
HORA: 15.54 P.M.

Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5° del artículo 2° de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,


JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA
 SECRETARIO

Comisión Séptima del H. Senado de la República

CONCEPTO JURÍDICO FUNDACIÓN APOYO ANTE LA MUERTE GESTACIONAL Y NEONATAL AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 191 DE 2020 SENADO

Por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones” o “Ley de parto digno, respetado y humanizado”.

Bogotá, 28 de octubre de 2020

Señores Senadores:

JOSÉ RITTER LÓPEZ PEÑA
 Presidente Comisión Séptima
ritterasistente@gmail.com

CARLOS FERNANDO MOTOA SOLARTE
 Vicepresidente Comisión Séptima
cmotoa@hotmail.com

LAURA ESTER FORTICH SÁNCHEZ
 Ponente Primer Debate
laura.fortich@senado.gov.co

MILLA PATRICIA ROMERO SOTO
 Ponente Primer Debate
mila_18romero@hotmail.com

JESÚS ALBERTO CASTILLA SALAZAR
 Ponente Primer Debate
Utl.albertocastilla@gmail.com

JAIRO CRISTANCHO TARACHE
 Autor del Proyecto de Ley
jairo.cristancho@camara.gov.co

MARIA CRISTINA SOTO
 Autora del Proyecto de Ley
maria.soto@camara.gov.co

TERESA ENRIQUEZ ROSERO
 Autora del Proyecto de Ley
teresa.enriquez@camara.gov.co

ASUNTO: Comentarios al Proyecto de Ley 191 de 2020S “Por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones” o “Ley de parto digno, respetado y humanizado”.

Respetados señores Senadores:

JIC Fundación Apoyo ante la Muerte Gestacional y Neonatal, es una entidad sin ánimo de lucro colombiana, que desde 2018 brinda apoyo, acompañamiento, e información a familias que afrontan la muerte de su bebé, ya sea en la gestación o en los primeros meses de su nacimiento; promueve desde la humanización la calidad en la atención en instituciones de salud ante una muerte gestacional o neonatal, y busca incidir en políticas públicas relacionadas con los derechos de las madres y padres que afrontan la muerte de sus bebés.

Siendo la primera y única fundación en Colombia que se dedica a esta labor, consideramos de vital importancia pronunciarnos sobre el Proyecto de ley 191/2020S, el cual sienta un precedente muy relevante en nuestro país pues responde a las necesidades más importantes de las mujeres gestantes.

Con esta introducción, pasamos entonces a referirnos a los artículos del proyecto:

| Artículo Proyecto de Ley | Comentarios | Propuesta de Reducción |
|--|---|---|
| Artículo 1°. Objeto de la ley. La presente ley tiene por objeto reconocer y garantizar el derecho de la mujer durante el embarazo, trabajo de parto, parto, posparto y duelo gestacional y perinatal con libertad de decisión, consciencia y respeto; así como reconocer y garantizar los derechos de los recién nacidos. | Teniendo en cuenta que la muerte perinatal comprende una parte de la muerte gestacional, desde las 22 semanas de gestación, y va hasta los 28 días de nacido, y teniendo en cuenta que en el objeto de la ley ya se está haciendo referencia al duelo gestacional (que comprende desde la semana 1 de gestación hasta la semana 40), a fin de no generar <i>trastapes en las definiciones</i> , se sugiere <i>reemplazar la palabra perinatal por neonatal</i> , que comprende muerte que se da desde el nacimiento con vida hasta los 28 días después de nacido. Para mayor claridad en el concepto presentamos un esquema adjunto al final. | Artículo 1°. Objeto de la ley. La presente ley tiene por objeto reconocer y garantizar el derecho de la mujer durante el embarazo, trabajo de parto, parto, posparto y duelo gestacional y perinatal con libertad de decisión, consciencia y respeto; así como reconocer y garantizar los derechos de los recién nacidos. |
| Artículo 3°. Definiciones. Para la correcta aplicación de la presente ley enténdase por: (...) Duelo gestacional: Es el proceso que se puede sufrir con motivo de la muerte del feto durante la etapa de gestación. | Se recomienda un ajuste en las definiciones, a fin de recoger integralmente lo que significa el duelo por muerte gestacional y neonatal. En general, el duelo es un proceso complicado para las personas, pero para los casos de muerte gestacional y neonatal es mucho más complejo, en especial para las mujeres quienes sufren un deterioro en la salud física y psicológica ¹ . El proceso de duelo es diferente | Artículo 3°. Definiciones. Para la correcta aplicación de la presente ley enténdase por: (...) Duelo por muerte gestacional: Es el proceso <u>adaptativo, emocional, físico, cognitivo y conductual que sucede después de la muerte del hijo o hija durante la etapa de gestación o durante el trabajo de parto.</u> |

¹ Fonseca-González M. El Duelo neonatal y su Manejo. México DF: Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia. Trabajo de investigación para pertenecer a la Asociación Mexicana de Tanatología, A.C.: 2010. Recuperado de <https://www.redalyc.org/jatsRepo/2738/27385/9249003/27385249003.pdf>

| | | |
|---|---|---|
| <p>Duelo perinatal: Es el proceso que se puede sufrir con motivo de la muerte del feto o recién nacido durante el trabajo de parto, el parto o el posparto.</p> <p>Posparto: Período de transición y adaptación necesario, que inicia después del parto. Este período es esencial para el desarrollo de los recién nacidos, para la recuperación de la mujer, para el reconocimiento de las funciones parentales y para que se establezca el vínculo afectivo entre los recién nacidos y sus padres.</p> | <p>para cada mujer, debido a que la madre siente que pierde una parte de ella, su hijo que estuvo 9 meses en su vientre. Tienden a sentir profunda tristeza, culpa, vacío emocional y físico². También pueden pasar por cambios conductuales como "dificultad para dormir, aislamiento social, pesadillas, apatía ecausa y otros sucesos como re experimentar el trauma a través de fantasmas sobre el feto, movimientos fetales "fantasmas", alusiones auditivas y/o visuales con el feto, nivel de conciencia situacional disminuido, dificultades de concentración"³. Por eso, es que la definición se debe ampliar.</p> | <p>Duelo por muerte neonatal: Es el proceso adaptativo, emocional, físico, cognitivo y conductual que sucede después de la muerte del hijo o hija a partir del primer momento de vida y hasta los 28 días posteriores.</p> <p>Posparto: Período de transición y adaptación necesario, que inicia después del parto. Este período es esencial para el desarrollo de los recién nacidos, para la recuperación de la mujer, para el reconocimiento de las funciones parentales y para que se establezca el vínculo afectivo entre los recién nacidos y sus padres, igualmente en los casos de muerte gestacional es esencial como parte del inicio del proceso de duelo en la mujer.</p> |
| <p>Artículo 40. Derechos. Todas las mujeres en proceso de gestación, trabajo de parto, parto, posparto, duelo gestacional y perinatal tienen los siguientes derechos:</p> | <p>Aplican los comentarios efectuados para el artículo 10 y 3º sobre las definiciones.</p> <p>Respecto a los derechos de las mujeres en duelo por muerte gestacional y neonatal, se</p> | <p>Artículo 40. Derechos. Todas las mujeres en proceso de gestación, trabajo de parto, parto, posparto, duelo por muerte gestacional y neonatal tienen los siguientes derechos:</p> |
| <p>² Fonseca-González M. El Duelo neonatal y su Manejo. México DF: Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia. Trabajo de investigación para pertenecer a la Asociación Mexicana de Tanatología, A.C.; 2010. Recuperado de https://www.redalyc.org/jatsRepo/2738/273850240003/273850240003.pdf</p> <p>³ López A. Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. Enfermera especialistas en Salud Mental. CSM "Gasteiz Centro", de Vitoria-Gasteiz; 2010. Recuperado de: http://scielo.iscites.ulis.es/pdf/neuropsg/v31n1/05.pdf</p> | | |
| <p>sociales y de diversidad funcional de cada mujer.</p> <p>5. A ser informada sobre una alimentación adecuada de acuerdo a sus requerimientos nutricionales en etapa de gestación, trabajo de parto y posparto.</p> <p>6. A que sea ingresada al Sistema de Salud en caso de no estar vinculada laboralmente y a ser atendida sin barreras administrativas.</p> <p>7. A participar en un curso de preparación para la gestación, trabajo de parto, parto y posparto de alta calidad pedagógica y profundidad en los contenidos, basado en evidencia científica actualizada y con enfoque diferencial, con personal formado en acompañamiento a población gestante, que privilegie el respeto por la fisiología, en espacios accesibles que garanticen la dignidad y comodidad, sin importar el tipo de vinculación que tenga la mujer al Sistema de Seguridad Social.</p> <p>8. A realizarse los controles prenatales recomendados según la evidencia científica actualizada, por niveles de</p> | <p>Es preciso aclarar, que con respecto a la entrega del cuerpo puntualmente, y poder decidir que hacer con este, la Corte Constitucional en sentencia T-165-2013, estableció que "(...) un evento central en su vida -como manifestó que era el fracaso de su embarazo-, adquiere un matiz trascendental que tiene que ver con la posibilidad de desarrollar los ritos fúnebres de acuerdo a sus creencias religiosas, y con la tenencia de los cuerpos cerca de su residencia para conservar el recuerdo y los símbolos relacionados con la muerte."⁴ esto tiene su base en el derecho a la libertad religiosa y de culto, es decir, poder hacer una adecuada despedida de acuerdo con los ritos y las creencias de cada persona, además de facilitar la elaboración del duelo. Esto debe quedar expreso, dado que en la actualidad la decisión de entrega del cuerpo es de cada Institución de Salud, con abordajes muy distintos entre una y otra.</p> <p>También, se sugiere que, conforme lo establecen las guías de práctica clínica e investigaciones en el tema, se permita a los padres tener contacto con el bebé incluso cuando este ha fallecido.</p> | <p>5. A ser informada sobre una alimentación adecuada de acuerdo a sus requerimientos nutricionales en etapa de gestación, trabajo de parto y posparto.</p> <p>6. A que sea ingresada al Sistema de Salud en caso de no estar vinculada laboralmente y a ser atendida sin barreras administrativas.</p> <p>7. A participar en un curso de preparación para la gestación, trabajo de parto, parto y posparto de alta calidad pedagógica y profundidad en los contenidos, basado en evidencia científica actualizada y con enfoque diferencial, con personal formado en acompañamiento a población gestante, que privilegie el respeto por la fisiología, en espacios accesibles que garanticen la dignidad y comodidad, sin importar el tipo de vinculación que tenga la mujer al Sistema de Seguridad Social.</p> <p>8. A realizarse los controles prenatales recomendados según la evidencia científica actualizada, por niveles de atención, de acuerdo con su condición de salud.</p> <p>9. A ser informada sobre sus derechos, sobre los procedimientos de preparación corporales y psicológicos para el trabajo</p> |
| <p>1. A recibir atención integral, adecuada, oportuna y eficiente, de conformidad a su forma de habitar el territorio, a sus costumbres, valores, creencias y a su condición de salud.</p> <p>2. A ser tratada con respeto, de manera individual y protegiendo su derecho a la intimidad y confidencialidad, incluida la información sobre resultados de pruebas de laboratorio, a no recibir tratos crueles, inhumanos ni degradantes, a que se garantice su libre determinación y su libertad de expresión y ser tratada sin discriminación.</p> <p>3. A ser considerada como sujeto de derechos, en los procesos de gestación, trabajo de parto, parto, posparto y duelo gestacional y perinatal de modo que se garantice su participación en dichos procesos, atendiendo su condición de salud.</p> <p>4. A tener una comunicación asertiva con los prestadores de atención en salud durante la gestación, el trabajo de parto, el parto, posparto y duelo gestacional y perinatal mediante el uso de un lenguaje accesible acorde a las necesidades étnicas, culturales,</p> | <p>propone el ajuste, de acuerdo con la información recabada por JIC Fundación. En la actualidad no existe una guía, ruta o lineamiento nacional que señale a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del país y los profesionales que laboran en ellas, un estándar mínimo de atención para quienes afrontan la muerte de sus hijos en etapa gestacional (1 a 40 semanas) o neonatal (1 a 28 días). Esta omisión ha conllevado, que cada Institución o profesional le dé el manejo que defina como correcto sin ningún control por parte de la autoridad sanitaria; en algunos casos se han realizado prácticas que no corresponden al concepto de humanización, que no propenden por la dignificación y el cuidado de la salud mental de la madre y el padre que inician su duelo, tal y como JIC Fundación lo ha evidenciado en entrevistas realizadas.</p> <p>A partir de las vivencias de muchos padres, JIC Fundación propone adicionar a la redacción actual, una serie de derechos que deben quedar referidos de manera explícita y que buscan minimizar los riesgos a la violencia obstétrica en casos de muerte fetal.</p> | <p>1. A recibir atención integral, adecuada, oportuna y eficiente, de conformidad a su forma de habitar el territorio, a sus costumbres, valores, creencias y a su condición de salud.</p> <p>2. A ser tratada con respeto, de manera individual y protegiendo su derecho a la intimidad y confidencialidad, incluida la información sobre resultados de pruebas de laboratorio, a no recibir tratos crueles, inhumanos ni degradantes, a que se garantice su libre determinación y su libertad de expresión y ser tratada sin discriminación.</p> <p>3. A ser considerada como sujeto de derechos, en los procesos de gestación, trabajo de parto, parto, posparto y duelo por muerte gestacional y neonatal de modo que se garantice su participación en dichos procesos, atendiendo su condición de salud física y mental.</p> <p>4. A tener una comunicación asertiva con los prestadores de atención en salud durante la gestación, el trabajo de parto, el parto, posparto y duelo por muerte gestacional y neonatal mediante el uso de un lenguaje accesible acorde a las necesidades étnicas, culturales, sociales y de diversidad funcional de cada mujer.</p> |
| <p>atención, de acuerdo con su condición de salud.</p> <p>9. A ser informada sobre sus derechos, sobre los procedimientos de preparación corporales y psicológicos para el trabajo de parto, el parto, posparto y duelo gestacional y perinatal de modo que se garantice su participación en dichos procesos, atendiendo su condición de salud.</p> <p>10. A tener una comunicación asertiva con los prestadores de atención en salud durante la gestación, el trabajo de parto, el parto, posparto y duelo gestacional y perinatal mediante el uso de un lenguaje accesible acorde a las necesidades étnicas, culturales,</p> | <p>independientemente de la edad gestacional, pues contribuye a la correcta elaboración del duelo y a reforzar el vínculo con el bebé⁵, para luego poder realizar su despedida.</p> | <p>de parto, el parto y el posparto, y sobre los beneficios, riesgos o efectos de las diferentes intervenciones durante la gestación, el trabajo de parto, el parto y el posparto, con información previa, clara, apropiada y suficiente por parte de los agentes de la salud, basada en la evidencia científica segura, efectiva y actualizada, y sobre las diversas alternativas de atención del parto, con el fin de que pueda optar libremente por la que mejor considere y en consecuencia, a decidir sobre el lugar y los agentes en salud encargados de su atención.</p> <p>10. A ser informada sobre la evolución del trabajo de parto, parto y posparto, sobre el estado de salud del feto y del recién nacido y, en general, a que se le haga participe de las diferentes actuaciones de los agentes de la salud y a que sus familiares tengan información oportuna de la evolución del trabajo de parto, parto y posparto, si la mujer así lo desea.</p> <p>11. A presentar su plan de parto para fortalecer la comunicación con los agentes de salud, y a que, a partir de la semana 32 de gestación, los controles prenatales sean</p> |
| <p>⁴ Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-165 de 2013. (M.P. Luis Ernesto Vargas Silva. Fecha: marzo 22 de 2013)</p> | <p>⁵ Pastor-Montero SM. (2016). Abordaje de la perinatal: Un enfoque desde la investigación acción participativa. Tesis para aspirar al grado de Doctora por la Universidad de Alicante. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/54551/1/tesis_pastor_montero.pdf</p> | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| <p>y a que sus familiares tengan información oportuna de la evolución del trabajo de parto, parto y posparto, si la mujer así lo desea.</p> <p>11. A presentar su plan de parto para fortalecer la comunicación con los agentes de salud, y a que, a partir de la semana 32 de gestación, los controles prenatales sean realizados en el lugar donde se atenderá el parto y en lo posible, por los agentes de salud que le atenderá en parto.</p> <p>12. Al parto respetado y humanizado, basado en evidencia científica actualizada, con enfoque diferencial, teniendo en cuenta las condiciones de salud de la mujer y del feto así lo permitan y su libre determinación. Lo anterior comprende las siguientes prácticas:</p> <p>a) Tacto vaginal, realizado en lo posible por el mismo agente de salud de turno para guardar mayor objetividad en la comparación de los mismos y de conformidad con los términos recomendados por la evidencia científica.</p> <p>b) Monitoreo fetal intermitente con el fin conocer el estado de salud del feto y</p> | <p>realizados en el lugar donde se atenderá el parto y en lo posible, por los agentes de salud que le atenderá en parto.</p> <p>12. Al parto respetado y humanizado, basado en evidencia científica actualizada, con enfoque diferencial, teniendo en cuenta las condiciones de salud de la mujer y del feto así lo permitan y su libre determinación. Lo anterior comprende las siguientes prácticas:</p> <p>a) Tacto vaginal, realizado en lo posible por el mismo agente de salud de turno para guardar mayor objetividad en la comparación de los mismos y de conformidad con los términos recomendados por la evidencia científica.</p> <p>b) Monitoreo fetal intermitente con el fin conocer el estado de salud del feto y facilitar la movilidad, fisiología y comodidad durante el trabajo de parto.</p> <p>c) Ingestas de dieta líquida de acuerdo a las recomendaciones del médico, durante el trabajo de parto y post parto.</p> <p>d) Movimiento corporal con libertad y adopción de posiciones verticales durante el trabajo de parto y parto.</p> <p>e) Uso de métodos no farmacológicos y farmacológicos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto.</p> | <p>facilitar la movilidad, fisiología y comodidad durante el trabajo de parto.</p> <p>c) Ingestas de dieta líquida de acuerdo a las recomendaciones del médico, durante el trabajo de parto y post parto.</p> <p>d) Movimiento corporal con libertad y adopción de posiciones verticales durante el trabajo de parto y parto.</p> <p>e) Uso de métodos no farmacológicos y farmacológicos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto.</p> <p>f) Pujos de acuerdo con la sensación fisiológica de la mujer en la etapa expulsiva avanzada, evitando en lo posible que sea dirigido por terceros.</p> <p>13. A permanecer con el recién nacido en contacto piel a piel después del nacimiento, con el fin de facilitar el vínculo afectivo entre madre e hijo y estimular eficazmente el proceso de lactancia materna, cuando las condiciones de salud de la mujer y del recién nacido lo permitan, de conformidad con la evidencia científica actualizada.</p> <p>14. A recibir atención en salud durante la gestación, trabajo de parto, parto y posparto bajo prácticas ancestrales de comunidades</p> | <p>f) Pujos de acuerdo con la sensación fisiológica de la mujer en la etapa expulsiva avanzada, evitando en lo posible que sea dirigido por terceros.</p> <p>13. A permanecer con el recién nacido en contacto piel a piel después del nacimiento, con el fin de facilitar el vínculo afectivo entre madre e hijo y estimular eficazmente el proceso de lactancia materna, cuando las condiciones de salud de la mujer y del recién nacido lo permitan, de conformidad con la evidencia científica actualizada.</p> <p>14. A recibir atención en salud durante la gestación, trabajo de parto, parto y posparto bajo prácticas ancestrales de comunidades étnicas, en el lugar de su elección, siempre y cuando se garanticen las condiciones de salud de la mujer, del feto o del recién nacido, y en especial, cuando la mujer afronta duelo por muerte gestacional.</p> <p>15. A recibir asistencia psicosocial, particularmente asistencia en salud mental oportuna y de calidad con enfoque diferencial cuando así lo requiera y lo desee y en especial, en los casos de duelo gestacional y neonatal.</p> |
| <p>étnicas, en el lugar de su elección, siempre y cuando se garanticen las condiciones de salud de la mujer, del feto o del recién nacido.</p> <p>15. A recibir asistencia psicosocial, particularmente asistencia en salud mental oportuna y de calidad con enfoque diferencial cuando así lo requiera y lo desee y en especial, en los procesos de duelo gestacional y perinatal.</p> <p>16. A estar acompañada, si así lo desea la mujer, mínimo por una persona de su confianza y elección durante el proceso de gestación, trabajo de parto, parto y posparto, o en su defecto, por una persona especialmente entrenada para darle apoyo emocional. Bajo ninguna circunstancia se podrá cobrar para hacer uso de este derecho</p> <p>17. A ser informada, basada en evidencia científica actualizada, desde la gestación, sobre los beneficios de la lactancia materna, a recibir apoyo para amamantar durante el posparto con asesoría oportuna, permanente y de calidad</p> | <p>procesos de duelo por muerte gestacional y neonatal.</p> <p>16. A estar acompañada, si así lo desea la mujer, mínimo por una persona de su confianza y elección durante el proceso de gestación, trabajo de parto, parto y posparto, o en su defecto, por una persona especialmente entrenada para darle apoyo emocional, y en especial, en los procesos de duelo por muerte gestacional. Bajo ninguna circunstancia se podrá cobrar para hacer uso de este derecho</p> <p>17. A ser informada, basada en evidencia científica actualizada, desde la gestación, sobre los beneficios de la lactancia materna, a recibir apoyo para amamantar durante el posparto con asesoría oportuna, permanente y de calidad por un agente de salud experto en lactancia materna.</p> <p>18. A no ser sometida a ningún procedimiento médico, examen o intervención cuyo propósito sea de investigación y docencia, salvo consentimiento libre, previo, expreso e informado manifestado por escrito.</p> <p>19. A recibir información y decidir sobre los diferentes métodos de anticoncepción que estén acordes a su condición de salud,</p> | <p>por un agente de salud experto en lactancia materna.</p> <p>18. A no ser sometida a ningún procedimiento médico, examen o intervención cuyo propósito sea de investigación y docencia, salvo consentimiento libre, previo, expreso e informado manifestado por escrito.</p> <p>19. A recibir información y decidir sobre los diferentes métodos de anticoncepción que estén acordes a su condición de salud, y a acceder al método de su preferencia, según sus necesidades.</p> <p>20. A recibir una cesárea humanizada, en caso de haberse agotado todas las condiciones de un parto fisiológico humanizado.</p> <p>21. A ser informada sobre la viabilidad de tener un parto vaginal después de una cesárea y a tenerlo si así lo desea, de conformidad con las recomendaciones basadas en la evidencia científica actualizada, siempre y cuando se aseguren las buenas condiciones de salud del feto y de la mujer.</p> <p>22. En los casos de duelo gestacional o perinatal, a tener</p> | <p>y a acceder al método de su preferencia, según sus necesidades.</p> <p>20. A recibir una cesárea humanizada, en caso de haberse agotado todas las condiciones de un parto fisiológico humanizado.</p> <p>21. A ser informada sobre la viabilidad de tener un parto vaginal después de una cesárea y a tenerlo si así lo desea, de conformidad con las recomendaciones basadas en la evidencia científica actualizada, siempre y cuando se aseguren las buenas condiciones de salud del feto y de la mujer.</p> <p>22. En los casos de duelo por muerte gestacional y neonatal, a tener acompañamiento de un equipo de agentes de la salud interdisciplinario con formación en duelo; y a ser atendida en un lugar donde no tenga contacto con otras mujeres en gestación, trabajo de parto, parto o posparto.</p> <p>23. A que le sea entregada su placenta y en los casos de muerte gestacional el cuerpo del feto sin vida, por los agentes de salud o instituciones que presten la atención durante el parto y posparto, cuando así lo desee y lo solicite la mujer, según sus creencias.</p> |

| | | | | | |
|---|--|---|---|--|--|
| <p>acompañamiento de un equipo de agentes de la salud interdisciplinario con formación en duelo, y a ser atendida en un lugar donde no tenga contacto con otras mujeres en gestación, trabajo de parto, parto o posparto.</p> <p>23. A que le sea entregada su placenta por los agentes de salud o instituciones que presten la atención durante el parto y posparto, cuando así lo desee y lo solicite la mujer, según sus creencias.</p> | <p>Aplican los comentarios efectuados para el artículo 1o y 3o.</p> | <p>24. En los casos de duelo por muerte gestacional, las mujeres que atraviesan este proceso tienen derecho a:</p> <p>a. <i>Ver o tener contacto con el cuerpo sin vida de su hijo/a.</i></p> <p>b. <i>Decidir el destino final del cuerpo del bebé sin vida.</i></p> <p>c. <i>No sean obligadas a compartir, durante la atención hospitalaria, espacios con madres que se encuentran en proceso de parto o han dado a luz a recién nacidos con vida.</i></p> <p>d. <i>Se les brinde información sobre las alternativas que tiene con respecto a la producción de leche.</i></p> <p>e. <i>Se les brinde acompañamiento en salud mental en el proceso de parto o postparto de su hijo/a sin vida.</i></p> <p>f. <i>A no ser obligadas a escuchar denominaciones para referirse a su bebé nacido sin vida con términos deshumanizantes como "producto", "aborto", "mortinato", "óbito", "restos", "feto".</i></p> <p>Artículo 5o. Deberes de la mujer en gestación, trabajo de parto, parto y posparto.</p> | <p>1. Cumplir con los deberes establecidos en la Ley 1751 de 2015, ley estatutaria de Salud o en la disposición que la modifique.</p> <p>2. Cuando la mujer en gestación, trabajo de parto, parto y posparto decida no atender las recomendaciones de los agentes de salud, o no recibir un procedimiento o tratamiento deberá expresarlo por escrito a través de un documento de consentimiento informado de rechazo o disentimiento.</p> <p>3. Atender las recomendaciones sanitarias en el transporte y disposición de la placenta en el caso de recibirla, y dejar constancia de haberla recibido, todo lo anterior con enfoque diferencial y según sus creencias.</p> <p>4. Mantener una comunicación y trato respetuoso con los agentes de salud que hacen parte del proceso de gestación, trabajo de parto, parto y posparto.</p> <p>Artículo 8o. Obligaciones del Estado. Son obligaciones del Estado para garantizar la eficacia y desarrollo de la presente ley, las siguientes:</p> | <p>Abordar la muerte de un bebé en etapa gestacional y neonatal es una tarea delicada, que requiere de una atención diferencial e</p> | <p>1. <i>Cumplir con los deberes establecidos en la Ley 1751 de 2015, ley estatutaria de Salud o en la disposición que la modifique.</i></p> <p>2. <i>Cuando la mujer en gestación, trabajo de parto, parto y posparto decida no atender las recomendaciones de los agentes de salud, o no recibir un procedimiento o tratamiento deberá expresarlo por escrito a través de un documento de consentimiento informado de rechazo o disentimiento.</i></p> <p>3. <i>Atender las recomendaciones sanitarias en el transporte y disposición de la placenta en el caso de recibirla o del feto sin vida en el caso de muerte gestacional, y dejar constancia de haberla/o recibido, todo lo anterior con enfoque diferencial y según sus creencias.</i></p> <p>4. <i>Mantener una comunicación y trato respetuoso con los agentes de salud que hacen parte del proceso de gestación, trabajo de parto, parto y posparto.</i></p> <p>Artículo 8o. Obligaciones del Estado. Son obligaciones del Estado para garantizar la eficacia y desarrollo de la presente ley, las siguientes:</p> |
| <p>1. El Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el Ministerio de Educación, deberá promover la formación y actualización de agentes en salud para el cuidado de la mujer y del recién nacido, durante las etapas de gestación, trabajo de parto, parto, posparto y lactancia, dependiendo del cuerpo de conocimiento de cada gremio de acuerdo a la normatividad vigente y evidencia científica actualizada.</p> <p>2. El Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el Ministerio de Tecnologías y de la Comunicación, diseñarán un plan estratégico de divulgación, de la presente ley y los lineamientos regionales sobre las políticas de atención a la mujer en gestación,</p> | <p>Integra⁶, lo que implica formación adecuada por parte de los profesionales de la salud que entran en contacto con la madre y el padre del bebé, pues la literatura evidencia que las interacciones negativas se generan predominantemente con el personal que no ha recibido formación específica en duelo gestacional⁷, y que al sentirse abrumado al no saber cómo comportarse, ni cómo acompañar, se muestra frío y prefiere centrarse en los cuidados físicos negando la importancia de la pérdida, sin ser consciente de la incidencia que ello puede tener en la correcta evolución del duelo de la madre y el padre⁸, independiente del número de semanas de gestación. Por dicha razón, se recomienda dejar explícito la formación en duelo perinatal.</p> | <p>1. <i>El Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el Ministerio de Educación, deberá promover la formación y actualización de agentes en salud para el cuidado de la mujer y del recién nacido, durante las etapas de gestación, trabajo de parto, parto, posparto y lactancia, dependiendo del cuerpo de conocimiento de cada gremio de acuerdo a la normatividad vigente y evidencia científica actualizada.</i></p> <p>2. <i>El Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el Ministerio de Educación, deberá promover la formación y capacitación de agentes de salud sobre el duelo por muerte gestacional y neonatal, dependiendo del cuerpo de conocimiento de cada gremio de acuerdo a la normatividad vigente y evidencia científica actualizada.</i></p> | <p>parto y posparto y al recién nacido y establecer estrategias apropiadas para cada población con enfoque diferencial.</p> <p>3. El Ministerio de Salud y Protección Social, actualizará las guías de práctica clínica de acuerdo a lo establecido en la presente ley y de conformidad con la evidencia científica actualizada, cada 5 años.</p> <p>4. Garantizar la atención oportuna a los servicios especializados, incluyendo desplazamientos y alojamientos cuando la mujer deba desplazarse fuera de su lugar de residencia.</p> <p>5. El Ministerio de Salud y Protección Social, garantizará la gestión de conocimiento entre pares.</p> <p>Parágrafo. En lo contenido al numeral primero del presente artículo, el Ministerio de Educación en conjunto con el Ministerio de Salud y Protección Social, en un plazo no mayor a 12 meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, incorporarán en los planes de estudio de los diferentes agentes de salud relacionados, los contenidos y</p> | <p>3. <i>El Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el Ministerio de Tecnologías y de la Comunicación, diseñarán un plan estratégico de divulgación, de la presente ley y los lineamientos regionales sobre las políticas de atención a la mujer en gestación, parto y posparto y al recién nacido y establecer estrategias apropiadas para cada población con enfoque diferencial.</i></p> <p>4. <i>El Ministerio de Salud y Protección Social, actualizará las guías de práctica clínica de acuerdo a lo establecido en la presente ley y de conformidad con la evidencia científica actualizada, cada 5 años.</i></p> <p>5. <i>Garantizar la atención oportuna a los servicios especializados, incluyendo desplazamientos y alojamientos cuando la mujer deba desplazarse fuera de su lugar de residencia.</i></p> <p>6. <i>El Ministerio de Salud y Protección Social, garantizará la gestión de conocimiento entre pares.</i></p> <p>Parágrafo. En lo contenido al numeral primero y numeral segundo del presente artículo, el Ministerio de Educación en conjunto con el Ministerio de Salud y Protección Social, en un plazo no mayor a 12</p> | <p>3. <i>El Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el Ministerio de Tecnologías y de la Comunicación, diseñarán un plan estratégico de divulgación, de la presente ley y los lineamientos regionales sobre las políticas de atención a la mujer en gestación, parto y posparto y al recién nacido y establecer estrategias apropiadas para cada población con enfoque diferencial.</i></p> <p>4. <i>El Ministerio de Salud y Protección Social, actualizará las guías de práctica clínica de acuerdo a lo establecido en la presente ley y de conformidad con la evidencia científica actualizada, cada 5 años.</i></p> <p>5. <i>Garantizar la atención oportuna a los servicios especializados, incluyendo desplazamientos y alojamientos cuando la mujer deba desplazarse fuera de su lugar de residencia.</i></p> <p>6. <i>El Ministerio de Salud y Protección Social, garantizará la gestión de conocimiento entre pares.</i></p> <p>Parágrafo. En lo contenido al numeral primero y numeral segundo del presente artículo, el Ministerio de Educación en conjunto con el Ministerio de Salud y Protección Social, en un plazo no mayor a 12</p> |

⁶ Páez-Cala M, Arzaga-Hernández Lf. (2019). Duelo por muerte perinatal: necesidad de una atención diferencial e integral. ARCH MED. 19(1). 32-45. Recuperador de <http://revistas.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/2853/4848>

⁷ Aylward, E., Scott, R. E., Holmes, V., Lane, E., & Heazell, A. E. P. (2017). Assessing the quality of bereavement care after perinatal death: development and piloting of a questionnaire to assess parents' experiences. Journal of Obstetrics and Gynaecology, 37(7), 931-936.

⁸ Pastor S., Romero J., Hueso C., Lillo M., Vacas-Jaén A., Rodríguez-Tirado M. (2011). La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud. Recuperado de https://www.scielo.br/pdf/ras/v19n6/es_18.pdf

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| <p>conceptos basados en evidencia científica actualizada, que explican los procesos fisiológicos de la gestación, el trabajo de parto, el parto, el posparto, la lactancia, y el nacimiento respetado y humanizado.</p> | <p>Artículo 100. El Estado promoverá la capacitación de las parteras, y apoyará los procesos de formación de partería tradicionales que ya existen a lo largo del territorio nacional, para sentar bases de las políticas públicas de acceso de la mujer y del recién nacido durante la gestación, parto y posparto, al pleno ejercicio de sus Derechos fundamentales, respetando sus quehaceres y creencias de las parteras en el territorio nacional, y desarrollando estrategias de cualificación en calidad y técnica del arte de la partería y en los niveles de comunicación y referencia</p> | <p>meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, incorporarán en los planes de estudio de los diferentes agentes de salud relacionados, los contenidos y conceptos basados en evidencia científica actualizada, que explican los procesos fisiológicos de la gestación, el trabajo de parto, el parto, el posparto, la lactancia, y el nacimiento respetado y humanizado y/o la muerte gestacional o neonatal.</p> <p>Artículo 100. El Estado promoverá la capacitación de las parteras y de las doulas, y apoyará los procesos de formación de partería tradicionales que ya existen a lo largo del territorio nacional, para sentar bases de las políticas públicas de acceso de la mujer y del recién nacido durante la gestación, parto y posparto, al pleno ejercicio de sus Derechos fundamentales, respetando sus quehaceres y creencias de las parteras en el territorio nacional, y desarrollando estrategias de cualificación en calidad y técnica del arte de la partería y en los niveles de comunicación y referencia que garanticen que cada gestación y parto que sea de alto riesgo, sea atendido por</p> | <table border="1"> <tr> <td data-bbox="808 216 1027 741"> <p>que garanticen que cada gestación y parto que sea de alto riesgo, sea atendido por personal especializado según la sectorización proporcionada a las necesidades y a las condiciones de salud de cada mujer y de cada feto o recién nacido</p> </td> <td data-bbox="1027 216 1482 741"> <p>personal especializado según la sectorización proporcionada a las necesidades y a las condiciones de salud de cada mujer y de cada feto o recién nacido buscando con ello, además, prevenir la mortalidad materna, gestacional y neonatal.</p> </td> </tr> </table> <p>Agradecemos la atención prestada, Cordialmente,  ANGELA MARÍA MUÑOZ CARRILLO Directora Ejecutiva JIC FUNDACIÓN NIT 901.287.449</p> | <p>que garanticen que cada gestación y parto que sea de alto riesgo, sea atendido por personal especializado según la sectorización proporcionada a las necesidades y a las condiciones de salud de cada mujer y de cada feto o recién nacido</p> | <p>personal especializado según la sectorización proporcionada a las necesidades y a las condiciones de salud de cada mujer y de cada feto o recién nacido buscando con ello, además, prevenir la mortalidad materna, gestacional y neonatal.</p> |
| <p>que garanticen que cada gestación y parto que sea de alto riesgo, sea atendido por personal especializado según la sectorización proporcionada a las necesidades y a las condiciones de salud de cada mujer y de cada feto o recién nacido</p> | <p>personal especializado según la sectorización proporcionada a las necesidades y a las condiciones de salud de cada mujer y de cada feto o recién nacido buscando con ello, además, prevenir la mortalidad materna, gestacional y neonatal.</p> | | | | |
| <p>La COMISION SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA. - Bogotá D.C., a los veintidós (22) días del mes de octubre del año dos mil veinte (2020) - En la presente fecha se autoriza la publicación en Gaceta del Congreso de la República, las siguientes Consideraciones:</p> <p>COMENTARIOS: JIC FUNDACIÓN REFRENDADO POR: DOCTORA ÁNGELA MARIA MUÑOZ CARRILLO - DIRECTORA EJECUTIVA. NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: N° 191/2020 SENADO. TÍTULO DEL PROYECTO: "POR MEDIO DE LA CUAL SE PROTEGE LA MATERNIDAD Y SE DICTAN MEDIDAS PARA GARANTIZAR UN PARTO DIGNO" NÚMERO DE FOLIOS: NUEVE (18) FOLIOS RECIBIDO EN LA SECRETARÍA DE LA COMISIÓN SÉPTIMA DEL SENADO EL DÍA: LUNES DIECINUEVE (19) DE OCTUBRE DE 2020. HORA: 17:41 P.M. Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5° del artículo 2° de la Ley 1431 de 2011.</p> <p>El Secretario,</p> <p> JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA</p> | <p>CARTA DE COMENTARIOS FUNDACIÓN APOYO ANTE LA MUERTE GESTACIONAL Y NEONATAL AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 029 DE 2020 SENADO</p> <p><i>por medio de la cual se protege la maternidad y se dictan medidas para garantizar un parto digno.</i></p> <p>Bogotá, 19 de octubre de 2020</p> <p>Señores Senadores:</p> <p>JOSÉ RITTER LÓPEZ PEÑA Presidente Comisión Séptima ritterasistente@gmail.com</p> <p>CARLOS FERNANDO MOTA SOLARTE Vicepresidente Comisión Séptima cmotoa@hotmail.com</p> <p>NADYA GEORGETTE BLEL SCAFF Autora y Ponente Primer Debate nadia.blel@senado.gov.co</p> <p>VICTORIA SANDINO SIMANCA HERRERA Ponente Primer Debate victoria.sandino@senado.gov.co</p> <p>ASUNTO: Comentarios al Proyecto de Ley 029 de 2020S "Por medio de la cual se protege la maternidad y se dictan medidas para garantizar un parto digno"</p> <p>Respetados señores Senadores:</p> <p>JIC Fundación Apoyo ante la Muerte Gestacional y Neonatal, es una entidad sin ánimo de lucro colombiana, que desde 2018 brinda apoyo, acompañamiento, e información a familias que afrontan la muerte de su bebé, ya sea en la gestación o en los</p> | | | | |

⁹ Rodríguez, B. y Durán, K. (2016). Desempeño de las doulas en la atención de la mujer y su familia durante el periodo gestacional, parto y post parto en Costa Rica. Rev. Enfermería Actual de Costa Rica, 30, 1-21. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v030.22112>

primeros meses de su nacimiento; promueve desde la humanización la calidad en la atención en instituciones de salud ante una muerte gestacional o neonatal, y busca incidir en políticas públicas relacionadas con los derechos de las madres y padres que afrontan la muerte de sus bebés.

Siendo la primera y única fundación en Colombia que se dedica a esta labor, consideramos de vital importancia pronunciamos sobre el Proyecto de ley 029/2020S, el cual sienta un precedente muy relevante en nuestro país pues responde a las necesidades más importantes de las mujeres gestantes.

Con esta introducción, pasamos entonces a referirnos a los artículos del proyecto:

| Artículo Proyecto de Ley | Comentarios | Propuesta de Redacción |
|---|--|--|
| ARTÍCULO 2º. Los derechos y deberes contemplados en esta ley serán exigibles a las instituciones de salud, hospitales públicos o privados, u otros espacios donde se preste atención gineco-obstétrica. Así mismo, todo personal de salud que realice una labor asistencial o administrativa, en salud preventiva y/o médica, en salud ginecológica, reproductiva y/o de fertilidad asistida | Teniendo en cuenta que para 2019 la razón de mortalidad perinatal y neonatal fue de 15,1 muertes por 1 000 nacidos vivos (INS, 2020) ¹ , y que conforme las estadísticas vitales del DANE, durante 2019 se registraron 37.295 muertes fetales (cifras preliminares) ² , consideramos muy importante que en la ley que se propone se establezca que se protege a la mujer tanto en el caso en que el bebé se encuentre con vida o si murió. | ARTÍCULO 2º. Los derechos y deberes contemplados en esta ley serán exigibles a las instituciones de salud, hospitales públicos o privados, u otros espacios donde se preste atención gineco-obstétrica. Así mismo, todo personal de salud que realice una labor asistencial o administrativa, en salud preventiva y/o médica, en salud ginecológica, reproductiva y/o de fertilidad asistida a mujeres, respecto de todas las |

¹ Instituto Nacional de Salud (2020). Mortalidad Perinatal y Neonatal y Morbilidad Materna Extrema Neonatal. Boletín epidemiológico semanal. Semana epidemiológica 09, del 23 al 29 de febrero de 2020. Recuperado de: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2020_Boletin_epidemiologico_semana_9.pdf
² DANE. Estadísticas vitales. Recuperado en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/>

| | | |
|--|---|---|
| a mujeres, respecto de todas las atenciones que describe el artículo primero de la presente ley. | Pareciera en principio que esta claridad no tendría que hacerse porque se sobre entendería, pero lamentablemente en la realidad esto no es así, y estamos siendo testigos a diario, de tratos deshumanizantes en casos de parto y postparto cuando el bebé viene sin vida. En ese sentido es preciso garantizar con mayor razón la protección de los derechos de la mujer cuando su hijo nacerá sin vida. | atenciones que describe el artículo primero de la presente ley. PARÁGRAFO PRIMERO. Estos derechos y deberes, así como los principios predicados en el artículo 3o. de la presente ley, estarán en cabeza de toda mujer en embarazo, parto, parto y puerperio, independiente de que su hijo nazca vivo o muerto. |
| ARTÍCULO 4o. VIOLENCIA OBSTÉTRICA. Se entiende por violencia obstétrica, toda conducta acción u omisión que ejerzan las personas naturales o jurídicas del Sistema de Salud, de manera directa o indirecta y que afecte la salud, integridad sexual y reproductiva de las mujeres durante, el proceso y decisión reproductiva, el embarazo, parto y puerperio, expresadas en: | Según el Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe ³ , la violencia obstétrica es una modalidad de violencia de género hacia las mujeres. Hay muchas y diversas modalidades de violencia basada en género, por ende, en el artículo se recomienda dejar esta claridad. | ARTÍCULO 4o. VIOLENCIA OBSTÉTRICA. Se entiende por violencia obstétrica, una modalidad de violencia de género hacia las mujeres, consistente en una acción u omisión que ejerzan las personas naturales o jurídicas del Sistema de Salud, de manera directa o indirecta y que afecte la salud, integridad sexual y reproductiva de las mujeres durante, el proceso y decisión reproductiva, el embarazo, parto y puerperio, expresadas en (...): |
| (...) | Se debe considerar incluir el término de comunicación no verbal. Debido a que "el | ARTÍCULO 4o. VIOLENCIA OBSTÉTRICA. (...) |

³ Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2016). Violencia Basada en Género, Marco conceptual para las políticas públicas y la acción del Estado. Recuperado en: https://oig.cepal.org/sites/default/files/mimip/violencia_basada_en_genero_marco_conceptual_para_politicas_publicas_y_la_accion_del_estado.pdf

| | | |
|--|--|---|
| a. Recriminar, discriminar o criticar a la mujer por decisiones relacionadas con su vida sexual o reproductiva o por su conducta durante el parto. k. Amenazar, culpabilizar, estigmatizar, discriminar, reprochar, tratar de persuadir, negar u ocultar información a la mujer que decide la interrupción voluntaria del embarazo en los casos legalmente admisibles de acuerdo con el pronunciamiento de la Corte Constitucional. | lenguaje corporal, la actitud, el contacto visual, la expresión facial, el tacto y la postura supone más del noventa por ciento del significado recibido del mensaje" ⁴ . (Ministerio de Salud de Argentina). Es así como en especial en estos dos numerales del artículo se podría presentar algún tipo de violencia obstétrica bajo esta modalidad de comunicación no verbal | a. Recriminar, discriminar o criticar a la mujer ya sea de verbal o no verbal, por decisiones relacionadas con su vida sexual o reproductiva o por su conducta durante el parto. k. Amenazar, culpabilizar, estigmatizar, discriminar, reprochar, tratar de persuadir, negar u ocultar información ya sea de manera verbal o no verbal, o la mujer que decide la interrupción voluntaria del embarazo en los casos legalmente admisibles de acuerdo con el pronunciamiento de la Corte Constitucional. |
| (...) | Se sugiere que, conforme lo establecen las guías de práctica clínica e investigaciones en el tema, se permita a los padres tener contacto con el bebé incluso cuando éste ha fallecido, independientemente de la edad gestacional, pues contribuye a la correcta elaboración del duelo y a reforzar el vínculo | (...) f. Negarse a dar información sobre el estado de la atención o impedir el apego precoz del recién nacido, salvo que exista una indicación médica o de seguridad que así lo justifique. |

⁴ Ministerio de Salud de Argentina (2014) "Recomendaciones para el manejo del embarazo y el recién nacido en los límites de la viabilidad". Pág. 58-76. Recuperado en: <http://www.mssal.gob.ar/images/stories/bsa/graficos/0000000513cat-viabilidad.pdf>

| | | |
|--|--|---|
| | con el bebé ⁵ , para luego poder realizar su despedida. | |
| ARTÍCULO 4o. VIOLENCIA OBSTÉTRICA. (...) m. Negar u obstaculizar la atención a gestantes con muertes fetales e inobservancia del duelo. | Existen varias formas de violencia obstétrica en casos de muerte fetal, los cuales se vienen presentando de manera reiterada, de acuerdo con los casos que a diario en JIC Fundación se atienden. Es por ello por lo que, desde la experiencia de los casos recibidos, proponemos adicionar a la redacción actual una serie de prácticas violentas y deshumanizantes que se vienen presentando y que deben quedar referidas de manera explícita. Es preciso aclarar que con respecto a la entrega del cuerpo puntualmente, y poder decidir que hacer con este, la Corte Constitucional en sentencia T-165-2013, estableció que "(...) un evento central en su vida -como manifestó que era el fracaso de su embarazo-, adquiere un matiz trascendental que tiene que ver con la posibilidad de desarrollar los ritos fúnebres de acuerdo a sus creencias religiosas, y con la tenencia de | ARTÍCULO 4o. VIOLENCIA OBSTÉTRICA (...) m. Con respecto a muertes fetales: - Negar u obstaculizar la atención a gestantes cuyo hijo/a nace sin vida, independiente del tiempo de gestación. - Prohibir a la mujer ver o tener contacto con el cuerpo sin vida de su hijo/a. - No permitir a la mujer decidir el destino final del cuerpo del bebé sin vida. - Ser obligada a compartir, durante la atención hospitalaria, espacios con madres que se encuentran en proceso de parto o han dado a luz a recién nacidos con vida. |

⁵ Pastor-Montero SM. (2016). Abordaje de la perinatal: Un enfoque desde la investigación acción participativa. Tesis para aspirar al grado de Doctora por la Universidad de Alicante. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/54551/1/tesis_pastor_montero.pdf

| | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|
| <p>los cuerpos cerca de su residencia para conservar el recuerdo y los símbolos relacionados con la muerte (...) esto tiene su base en el derecho a la libertad religiosa y de culto, es decir, poder hacer una adecuada despedida de acuerdo con los ritos y las creencias de cada persona, además de facilitar la elaboración del duelo. Esto debe quedar expreso, dado que en la actualidad la decisión de entrega del cuerpo es de cada institución de salud, con abordajes muy distintos entre una y otra.</p> | <p>- Denominar al bebé nacido sin vida con términos deshumanizantes como "producto", "aborto", mortinato; "óbito", "restos", "feto". - Abstenerse de brindar información sobre las alternativas que tiene la mujer con respecto a la producción de leche. - Abstenerse de brindar acompañamiento en salud mental a la mujer que se encuentra en proceso de parto o postparto de su hijo/a sin vida y que por ende requiere acompañamiento idóneo en su duelo.</p> | <p>ARTÍCULO 6º MEDIDAS PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, en el ámbito de su competencia adelantará las siguientes medidas correctivas y preventivas de violencia obstétrica: - Formación en salud humana. Incluir en los currículos de educación formal del personal en salud temas de</p> | <p>violencia obstétrica, trato humanizado en las relaciones asistenciales y deberes éticos del personal médico, asistencial en salud.</p> | <p>perinatal⁶, y que al sentirse abrumado al no saber cómo comportarse, ni cómo acompañar, se muestra frío y prefiere centrarse en los cuidados físicos negando la importancia de la pérdida, sin ser consciente de la incidencia que ello puede tener en la correcta evolución del duelo de la madre y el padre⁷, independiente el número de semanas de gestación. Por dicha razón, se recomienda dejar explícito la formación en duelo perinatal.</p> | <p>relaciones asistenciales, deberes éticos del personal médico, asistencial en salud, y duelo perinatal.</p> |
| <p>ARTÍCULO 6º MEDIDAS PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA. Abordar la muerte de un bebé en etapa gestacional y neonatal es una tarea delicada, que requiere de una atención diferencial e íntegro⁸, lo que implica formación adecuada por parte de los profesionales de la salud que entran en contacto con la madre y el padre del bebé, pues la literatura evidencia que las interacciones negativas se generan predominantemente con el personal que no ha recibido formación específica en duelo</p> | <p>ARTÍCULO 6º MEDIDAS PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, en el ámbito de su competencia adelantará las siguientes medidas correctivas y preventivas de violencia obstétrica: - Formación en salud humana. Incluir en los currículos de educación formal del personal en salud temas de</p> | <p>ARTÍCULO 7º. ATENCIÓN HUMANIZADA DEL PARTO. Toda mujer tendrá derecho, durante el embarazo, el trabajo de parto y el puerperio, entre otros a: a. Ser informada sobre alternativas médicas sobre la atención del parto. b. Ser tratada con respeto, de modo individual y personalizado garantizando la intimidad durante todo el proceso asistencial. c. Estar acompañadas continuamente durante el trabajo de parto por una persona de su elección, quien recibirá</p> | <p>Aplican los comentarios efectuados al artículo 4º. Con respecto al Parágrafo Primero, se propone adicionar lo referente al duelo perinatal, dado que de acuerdo con la información recabada por JIC Fundación, tanto a nivel normativo, como a nivel empírico, en la actualidad no existe una guía, ruta o lineamiento nacional que establezca a las instituciones prestadoras de servicios de salud del país y los profesionales que laboran en ellas, un</p> | <p>ARTÍCULO 7º. ATENCIÓN HUMANIZADA DEL PARTO. Toda mujer tendrá derecho, durante el embarazo, el trabajo de parto y el puerperio, entre otros a: a. Ser informada sobre alternativas médicas frente a la atención y alternativas de parto. (...) g. Recibir acompañamiento psicológico continuo en caso de muerte fetal. (...) j. Tener contacto visual y sensorial con el cuerpo sin vida del bebé. k. Decidir sobre el destino final del cuerpo del bebé.</p> | <p>ARTÍCULO 7º. ATENCIÓN HUMANIZADA DEL PARTO. Toda mujer tendrá derecho, durante el embarazo, el trabajo de parto y el puerperio, entre otros a: a. Ser informada sobre alternativas médicas frente a la atención y alternativas de parto. (...) g. Recibir acompañamiento psicológico continuo en caso de muerte fetal. (...) j. Tener contacto visual y sensorial con el cuerpo sin vida del bebé. k. Decidir sobre el destino final del cuerpo del bebé.</p> |
| <p>⁶ Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-165 de 2013. (M.P. Luis Ernesto Vargas Silva. Fecha: marzo 22 de 2013)</p> <p>⁷ Pérez-Cala M, Arteaga-Hernández L. (2019). Duelo por muerte perinatal: necesidad de una atención diferencial e integral. ARCH MED. 19(1). 32-45. Recuperar de http://revistasum.unmaizales.edu.co/96/index.php/archivosmedicina/article/view/2853/4848</p> | <p>⁸ Aiyelaagbe, E., Scott, R. E., Holmes, V., Lane, E., & Heazell, A. E. P. (2017). Assessing the quality of bereavement care after perinatal death: development and piloting of a questionnaire to assess parents' experiences. Journal of Obstetrics and Gynaecology, 37(7), 931-936</p> <p>⁹ Pastor S, Romero J, Hueso C, Lillo M, Vaca-Juán A, Rodríguez-Tirado M. (2011). La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud. Recuperado de https://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/es_18.pdf</p> | <p>PARÁGRAFO PRIMERO. En el término de 6 meses contados a partir de la expedición de la presente ley el Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud, formulará la política de atención humanizada en los servicios de salud a la mujer en estado de gestación, considerando los mínimos de que trata el presente artículo, incluido lo referente a atención y acompañamiento del duelo perinatal.</p> | <p>PARÁGRAFO PRIMERO. En el término de 6 meses contados a partir de la expedición de la presente ley el Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud, formulará la política de atención humanizada en los servicios de salud a la mujer en estado de gestación, considerando los mínimos de que trata el presente artículo.</p> | <p>PARÁGRAFO PRIMERO. En el término de 6 meses contados a partir de la expedición de la presente ley el Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud, formulará la política de atención humanizada en los servicios de salud a la mujer en estado de gestación, considerando los mínimos de que trata el presente artículo.</p> | <p>PARÁGRAFO PRIMERO. En el término de 6 meses contados a partir de la expedición de la presente ley el Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud, formulará la política de atención humanizada en los servicios de salud a la mujer en estado de gestación, considerando los mínimos de que trata el presente artículo.</p> |
| <p>información oportuna y completa sobre el estado de salud de la madre y del recién nacido, salvo por prescripción médica, condiciones de salubridad y sanidad que impidan el acceso. d. Recibir información en lenguaje sencillo y claro, así como a que sean resueltas sus inquietudes y dudas reconociendo las diferencias socioculturales. e. Ser informada sobre la evolución de su trabajo de parto y del estado de su hijo o hija en todo el proceso. f. para separadas innecesariamente de sus hijos en el posparto, a menos que sea por consideraciones médicas, cuidados especiales del neonato o condiciones de salubridad que así lo indiquen. g. Recibir acompañamiento psicológico continuo en caso de duelo gestacional y duelo perinatal. h. Tener libertad de movimiento y posición durante el trabajo de parto. i. A que estas medidas respeten y se armonicen con formas de medicina tradicional y partería en respeto a las creencias propias.</p> | <p>estándar mínimo de atención a quienes afrontan la muerte de sus hijos en etapa gestacional (1 a 40 semanas) o neonatal (1 a 28 días). Ello está conllevando a que se le dé el manejo que cada institución defina como correcto sin ningún control por parte de la autoridad sanitaria, y en los casos en que la institución no existe una guía o lineamiento definido, cada profesional de la salud aborde la situación conforme a sus consideraciones personales, generando en muchos casos, como los evidenciados con las entrevistas realizadas, prácticas que no corresponden al concepto de humanización y que no propenden por la dignificación y el cuidado de la salud mental de la madre y el padre que inician su duelo.</p> | <p>l. A no ser ubicada en una sala o habitación con otras madres cuando haya sufrido la muerte de su hijo en gestación o intraparto. PARÁGRAFO PRIMERO. En el término de 6 meses contados a partir de la expedición de la presente ley el Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud, formulará la política de atención humanizada en los servicios de salud a la mujer en estado de gestación, considerando los mínimos de que trata el presente artículo, incluido lo referente a atención y acompañamiento del duelo perinatal.</p> | <p>PARÁGRAFO PRIMERO. En el término de 6 meses contados a partir de la expedición de la presente ley el Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud, formulará la política de atención humanizada en los servicios de salud a la mujer en estado de gestación, considerando los mínimos de que trata el presente artículo.</p> | <p>PARÁGRAFO PRIMERO. En el término de 6 meses contados a partir de la expedición de la presente ley el Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud, formulará la política de atención humanizada en los servicios de salud a la mujer en estado de gestación, considerando los mínimos de que trata el presente artículo.</p> | <p>PARÁGRAFO PRIMERO. En el término de 6 meses contados a partir de la expedición de la presente ley el Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud, formulará la política de atención humanizada en los servicios de salud a la mujer en estado de gestación, considerando los mínimos de que trata el presente artículo.</p> |
| <p>Agradecemos la atención prestada y estaremos atentos a la información adicional que se requiera.</p> <p>Cordialmente,</p> <p> ANGELLA MARÍA MUÑOZ CARRILLO Directora Ejecutiva JIC FUNDACIÓN NIT 901.287.449</p> | <p>Agradecemos la atención prestada y estaremos atentos a la información adicional que se requiera.</p> <p>Cordialmente,</p> <p> ANGELLA MARÍA MUÑOZ CARRILLO Directora Ejecutiva JIC FUNDACIÓN NIT 901.287.449</p> | <p>Agradecemos la atención prestada y estaremos atentos a la información adicional que se requiera.</p> <p>Cordialmente,</p> <p> ANGELLA MARÍA MUÑOZ CARRILLO Directora Ejecutiva JIC FUNDACIÓN NIT 901.287.449</p> | <p>Agradecemos la atención prestada y estaremos atentos a la información adicional que se requiera.</p> <p>Cordialmente,</p> <p> ANGELLA MARÍA MUÑOZ CARRILLO Directora Ejecutiva JIC FUNDACIÓN NIT 901.287.449</p> | <p>Agradecemos la atención prestada y estaremos atentos a la información adicional que se requiera.</p> <p>Cordialmente,</p> <p> ANGELLA MARÍA MUÑOZ CARRILLO Directora Ejecutiva JIC FUNDACIÓN NIT 901.287.449</p> | <p>Agradecemos la atención prestada y estaremos atentos a la información adicional que se requiera.</p> <p>Cordialmente,</p> <p> ANGELLA MARÍA MUÑOZ CARRILLO Directora Ejecutiva JIC FUNDACIÓN NIT 901.287.449</p> |

CONCEPTO JURÍDICO ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 075 DE 2020 CÁMARA

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

LA COMISION SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA. - Bogotá D.C., a los veintidós (22) días del mes de octubre del año dos mil veinte (2020) - En la presente fecha se autoriza la publicación en Gaceta del Congreso de la República, las siguientes Consideraciones:

COMENTARIOS: JIC FUNDACIÓN REFRENDADO POR: DOCTORA ÁNGELA MARIA MUÑOZ CARRILLO - DIRECTORA EJECUTIVA. NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: N° 29/2020 SENADO. TÍTULO DEL PROYECTO: "POR MEDIO DE LA CUAL SE PROTEGE LA MATERNIDAD Y SE DICTAN MEDIDAS PARA GARANTIZAR UN PARTO DIGNO" NÚMERO DE FOLIOS: NUEVE (09) FOLIOS RECIBIDO EN LA SECRETARÍA DE LA COMISIÓN SÉPTIMA DEL SENADO EL DÍA: LUNES DIECINUEVE (19) DE OCTUBRE DE 2020. HORA: 17:41 P.M.

El Secretario,

JESÚS MARIA ESPAÑA VERGARA

- Asociación Colombiana de Angiología y Cirugía Vascular
Sociedad Colombiana de Cardiología
Sociedad Colombiana de Cirugía Pediátrica
Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva
Asociación Colombiana de Otorrinolaringología, Cirugía de Cabeza y Cuello, Maxilofacial y Estética Facial
Federación Colombiana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia
Sociedad Colombiana de Cirugía Ortopédica y Traumatología
Asociación Colombiana de Psiquiatría
Sociedad Colombiana de Oftalmología
Asociación Colombiana de Cirugía de la Mano
Asociación Colombiana de Radiología
Asociación Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación
Asociación Colombiana de Dermatología
Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo
Sociedad Colombiana de Urología
Asociación Colombiana de Nefrología
Asociación Colombiana de Radiología
Sociedad Colombiana de Anestesiología
Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Facial y Rinología
Asociación Colombiana de Genética Humana
Sociedad Colombiana de Pediatría
Asociación Colombiana de Medicina Interna
Asociación Colombiana de Trasplante de Órganos
Asociación Colombiana de Cirugía
Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor
Asociación Colombiana de Geriatria y Gerontología
Asociación Colombiana de Medicina Aeroespacial
Asociación Colombiana de Infectología
Sociedad Colombiana de Hematología y Oncología
Asociación Colombiana de Endocrinología, Diabetes y Metabolismo
Sociedad Colombiana de Psicoanálisis
Asociación Colombiana de Alergia Asma e Inmunología
Sociedad Colombiana de Medicina Familiar
Asociación Colombiana de Endoscopia Digestiva
Asociación Colombiana de Psiquiatría
Asociación Colombiana de Neurología y Cirugía de Tórax
Federación Diabetológica Colombiana
Asociación Colombiana de Radiología
Colegio Colombiano de Electrofisiología Cardiovascular
Asociación Colombiana de Mastología
Asociación Colombiana de Cuidado Palliativo
Colegio Colombiano de Hemodinamia e Intervencionismo Cardiovascular
Asociación Colombiana de Medicina Electrodiagnóstica
Sociedad Colombiana de Medicina Preventiva
Asociación ISPOR Colombia
Colegio Colombiano de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica
Colegio Asociación Colombiana de Endocrinología Pediátrica
Asociación Colombiana de Homeopatía
Asociación Colombiana de Trauma
Sociedad Colombiana de Especialistas en Medicina Estética
Asociación Colombiana de Medicina China y Acupuntura
Asociación Colombiana de Terapia Neurológica
Asociación Colombiana de Medicina Osteopática
Asociación de Toxicología Clínica Colombiana
Asociación Colombiana de Intervencionismo Analítico y Neuromodulación
Asociación Colombiana de Médicos Genetistas
Asociación Colombiana de Cirugía Antropodica
Asociación Colombiana de Radioterapia Oncológica
Asociación de Medicina del Deporte de Colombia
Asociación Colombiana de Coloproctología
Asociación Colombiana de Medicina Vascular Angiología Clínica y Laboratorio Vascular
Asociación Colombiana de Medicina del Sueño
Asociación Colombiana de Nefrología Pediátrica
Sociedad Colombiana de Neurología Pediátrica

Asunto: Concepto sobre el proyecto de ley número 075 de 2020 Cámara "Por la cual se regula el ejercicio de las especialidades médicas y quirúrgicas en medicina y se dictan otras disposiciones"

Cordial saludo.

La Asociación Colombiana de Sociedades Científicas – ACSC esta aquí para analizar y apoyar desde su experiencia técnica este proyecto de ley, porque si bien es cierto muchas de las disposiciones propuestas hacen parte del marco legal vigente en salud y educación, se requiere precisar elementos de educación médica de postgrado, del ejercicio profesional en Colombia, del sistema de estímulos para la practica en zonas de alta dispersion y de la practica ilegal de las especialidades.

Como actor idóneo en estos temas, la ACSC esta presta a relacionar como ente consultor y asesor dando el acompañando a todo lo participado con las especialidades médicas en el país.

En seguimiento al compromiso de participación en el análisis del proyecto de ley de referencia, nos permitimos presentar las observaciones que tienen por objeto principal legitimar que las especialidades medico y quirúrgicas sean impartidas por las instituciones de educación superior debidamente acreditadas en el país; que todas las especialidades deben cumplir con los tiempos establecidos, los currículos y anexos técnicos oficiales de cada especialidad en su totalidad; que los especialistas que lleguen del exterior deberan presentar el debido soporte de una institucion equivalente al ministerio de educación nacional que avale la universidad o institución de educación superior de donde se origina el título del país de origen y que ademas debiera presentar la convalidación en el MEN; que la práctica ilegal de las especialidades no deberá en ningún caso ser estimulada y deberá ser sancionada según las leyes vigentes; que para garantizar los estímulos o incentivos que se requieren para la practica en zonas dispersas deberá incluirse la fuente de financiación y mecanismos de asignación; que los especialistas que reciban el beneficio del ICETEX para realización de la especialidad, deberán contraprestar el tiempo equivalente que duro la especialización; fortalecer el observatorio de talento humano para conocer la situación y necesidades actuales y futuras del talento humano en salud y posicionar la participación de las sociedades científicas en los procesos de convalidación, recertificación y en la toma de decisiones en los cambios de las políticas de salud del país.

A continuación presentamos las observaciones al articulado:

Table with 3 columns: TEXTO ORIGINAL, TEXTO PROPUESTO - ACSC, JUSTIFICACION. It contains the text of Article 1 from the project and the proposed modification by ACSC.

Artículo 2. Especializaciones médico quirúrgicas. Son los programas que permiten al médico la profundización en un área del conocimiento específico de la medicina y la adquisición de los conocimientos, desarrollo de actitudes, habilidades y destrezas avanzadas para la atención de pacientes en las diferentes etapas de su ciclo vital, con patologías de los diversos sistemas orgánicos que requieren atención especializada. Para este nivel de formación se requieren procesos de enseñanza-aprendizaje teóricos y prácticos. Lo práctico incluye el cumplimiento del tiempo de servicio en los escenarios de prácticas asistenciales y la intervención en un número de casos adecuado para asegurar el logro de los resultados de aprendizaje buscados por el programa. El estudiante deberá tener el acompañamiento y seguimiento requerido. De conformidad con el artículo 247 de la Ley 100 de 1993, estos programas tendrán un tratamiento equivalente a los programas de maestría.

Artículo 2. Especializaciones médico quirúrgicas. Son los programas impartidos por instituciones de educación superior debidamente acreditadas en el país, que permiten al médico la profundización en un área específica de la medicina y la adquisición de los conocimientos, desarrollo de actitudes, habilidades, destrezas y competencias avanzadas, para la atención de pacientes en las diferentes etapas de su ciclo vital, con patologías de los diversos sistemas orgánicos que requieren atención especializada. Para este nivel de formación se requieren procesos de enseñanza-aprendizaje teóricos y prácticos. Lo práctico incluye el cumplimiento del tiempo de servicio en los escenarios de prácticas asistenciales y la intervención en un número de casos adecuados para asegurar el logro de los resultados de aprendizaje buscados por el programa. El estudiante deberá tener el acompañamiento y seguimiento docente requerido. Y cumpliendo el programa mínimo de la especialidad radicado en el Ministerio de Educación. De conformidad con el artículo 247 de la Ley 100 de 1993, estos programas tendrán un tratamiento equivalente a los programas de maestría.

Observación: la redacción puede inducir a que sean solo por IES acreditadas. La redacción original corresponde fielmente al Artículo 2.5.3.2.6.5. sobre especialidades medicoquirúrgicas en el decreto 1330 del 25 de julio de 2019

| | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|--|--|
| <p>Asociación Latinoamericana de Angriología y Cirugía Vascular Sociedad Colombiana de Cardiología Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva Asociación Colombiana de Otorrinolaringología, Cirugía de Cabeza y Cuello, Maxilofacial y Estética Facial Federación Colombiana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia Sociedad Colombiana de Cirugía Ortopédica y Traumatología Asociación Colombiana de Psiquiatría Sociedad Colombiana de Oftalmología Asociación Colombiana de Cirugía de la Mano Asociación Colombiana de Radiología Asociación Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación Asociación Colombiana de Dermatología Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo Sociedad Colombiana de Urología Asociación Colombiana de Nefrología Asociación Colombiana de Reumatología Sociedad Colombiana de Neurología Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Facial y Rinología Asociación Colombiana de Genética Humana Sociedad Colombiana de Pediatría Asociación Colombiana de Medicina Interna Asociación Colombiana de Trasplante de Órganos Asociación Colombiana de Cirugía Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor Asociación de Médicos Generales de Bolívar Asociación Colombiana de Medicina Aeroespacial Asociación Colombiana de Infectología Sociedad Colombiana de Hematología y Oncología Asociación Colombiana de Endocrinología, Diabetes y Metabolismo Sociedad Colombiana de Psozonálisis Asociación Colombiana de Alergia Asma e Inmunología Sociedad Colombiana de Medicina Familiar Asociación Colombiana de Endoscopia Digestiva Asociación Colombiana de Gastroenterología Asociación Colombiana de Neurología y Cirugía Asociación Colombiana de Otiología y Neurootología Federación Diabetológica Colombiana Asociación Colombiana de Neurociencias Colegio colombiano de Electrofisiología Cardiovascular Asociación Colombiana de Mastología Asociación Colombiana de Cuidado Paliativo Colegio Colombiano de Hemodinamia e Intervencionismo Cardiovascular Asociación Colombiana de Medicina Electrodiagnóstica Asociación Colombiana de Hepatología Sociedad Colombiana de Medicina Preventiva Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátrica Asociación ISPCR Colombia Colegio Colombiano de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica Colegio Asociación Colombiana de Endocrinología, Pediatría Asociación Colombiana de Homeopatía Asociación Colombiana de Trauma Sociedad Colombiana de Especialistas en Medicina Estética Asociación Colombiana de Medicina China y Acupuntura Asociación Colombiana de Terapia Neural Asociación Colombiana de Medicina Osteopática Asociación de Toxicología Clínica Colombiana Asociación Colombiana de Intervencionismo Analgésico y Neuromodulación Asociación Colombiana de Médicos Genetistas Asociación Colombiana de Cirugía Antroposófica Asociación Colombiana de Radioterapia Oncológica Asociación de Medicina del Deporte de Colombia Asociación Colombiana de Coloproctología Asociación Colombiana De Medicina Vascular Angiología Clínica y Laboratorio Vascular Asociación Colombiana de Medicina del Sueño Asociación Colombiana de Nefrología Pediátrica Sociedad Colombiana de Neurología Pediátrica</p> | <p>Artículo 8. Las instituciones pertenecientes al Sistema General de Seguridad Social en Salud que tengan habilitados los servicios especializados en salud deberán vincular especialistas en el área, conforme a los términos establecidos en la presente ley y las disposiciones reglamentarias.</p> <p>Artículo 9. Las asociaciones y sociedades científicas de áreas de la medicina serán organizaciones médico científicas gremiales de carácter privado, actuarán como entes asesores, consultivos, de recertificación, de veeduría del ejercicio de la práctica de las especialidades y podrán ejercer funciones públicas cuando la Ley así lo prevea.</p> <p>Artículo 10. Ejercicio ilegal. El ejercicio de especialidades médicas y quirúrgicas, en áreas de la medicina por fuera de las condiciones establecidas en la presente ley se considera ejercicio ilegal de la medicina.</p> | <p>Artículo 8. Las instituciones pertenecientes al Sistema General de Seguridad Social en Salud que tengan habilitados los servicios especializados en salud deberán vincular especialistas en el área, conforme a los términos establecidos en la presente ley y las disposiciones reglamentarias.</p> <p>Artículo 9. Las asociaciones y sociedades científicas de áreas de la medicina serán organizaciones médico científicas gremiales de carácter privado, actuarán como entes asesores, consultivos, de recertificación, de veeduría del ejercicio de la práctica de las especialidades, podrán participar en la toma de decisiones en los cambios de política de salud en el país y podrán ejercer funciones públicas cuando la Ley así lo prevea.</p> <p>Artículo 10. Ejercicio ilegal. El ejercicio de especialidades médicas y quirúrgicas, en áreas de la medicina por fuera de las condiciones establecidas en la presente ley se considera ejercicio ilegal de la medicina.</p> <p>Ninguna persona podrá realizar actividades de atención en salud o ejercer competencias para las cuales no esté autorizada sin los requisitos establecidos en la presente ley.</p> | <p>Observación: Las convalidaciones deben darse por la equivalencia de créditos, de horas de trabajo asistencial y académico comprobadas (certificadas), investigación y otros parámetros requeridos para los programas académicos en Colombia</p> | <p>Asociación Latinoamericana de Angriología y Cirugía Vascular Sociedad Colombiana de Cardiología Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva Asociación Colombiana de Otorrinolaringología, Cirugía de Cabeza y Cuello, Maxilofacial y Estética Facial Federación Colombiana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia Sociedad Colombiana de Cirugía Ortopédica y Traumatología Asociación Colombiana de Psiquiatría Sociedad Colombiana de Oftalmología Asociación Colombiana de Cirugía de la Mano Asociación Colombiana de Radiología Asociación Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación Asociación Colombiana de Dermatología Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo Sociedad Colombiana de Urología Asociación Colombiana de Nefrología Asociación Colombiana de Reumatología Sociedad Colombiana de Neurología Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Facial y Rinología Asociación Colombiana de Genética Humana Sociedad Colombiana de Pediatría Asociación Colombiana de Medicina Interna Asociación Colombiana de Trasplante de Órganos Asociación Colombiana de Cirugía Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor Asociación de Médicos Generales de Bolívar Asociación Colombiana de Medicina Aeroespacial Asociación Colombiana de Infectología Sociedad Colombiana de Hematología y Oncología Asociación Colombiana de Endocrinología, Diabetes y Metabolismo Sociedad Colombiana de Psozonálisis Asociación Colombiana de Alergia Asma e Inmunología Sociedad Colombiana de Medicina Familiar Asociación Colombiana de Endoscopia Digestiva Asociación Colombiana de Gastroenterología Asociación Colombiana de Neurología y Cirugía Asociación Colombiana de Otiología y Neurootología Federación Diabetológica Colombiana Asociación Colombiana de Neurociencias Colegio colombiano de Electrofisiología Cardiovascular Asociación Colombiana de Mastología Asociación Colombiana de Cuidado Paliativo Colegio Colombiano de Hemodinamia e Intervencionismo Cardiovascular Asociación Colombiana de Medicina Electrodiagnóstica Asociación Colombiana de Hepatología Sociedad Colombiana de Medicina Preventiva Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátrica Asociación ISPCR Colombia Colegio Colombiano de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica Colegio Asociación Colombiana de Endocrinología, Pediatría Asociación Colombiana de Homeopatía Asociación Colombiana de Trauma Sociedad Colombiana de Especialistas en Medicina Estética Asociación Colombiana de Medicina China y Acupuntura Asociación Colombiana de Terapia Neural Asociación Colombiana de Medicina Osteopática Asociación de Toxicología Clínica Colombiana Asociación Colombiana de Intervencionismo Analgésico y Neuromodulación Asociación Colombiana de Médicos Genetistas Asociación Colombiana de Cirugía Antroposófica Asociación Colombiana de Radioterapia Oncológica Asociación de Medicina del Deporte de Colombia Asociación Colombiana de Coloproctología Asociación Colombiana De Medicina Vascular Angiología Clínica y Laboratorio Vascular Asociación Colombiana de Medicina del Sueño Asociación Colombiana de Nefrología Pediátrica Sociedad Colombiana de Neurología Pediátrica</p> | <p>Lo no previsto en la presente ley se registrá por las normas generales para el ejercicio de las profesiones de la salud.</p> <p>Artículo 11. Adiciónese un numeral en el artículo 130 de la ley 1438 de 2011, el cual quedará así: ARTÍCULO 130. INFRACCIONES ADMINISTRATIVAS. La Superintendencia Nacional de Salud impondrá sanciones de acuerdo con la conducta o infracción investigada, sin perjuicio de lo dispuesto en otras disposiciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así:</p> <p>22. Ejercer de manera ilegal las profesiones de la salud de conformidad con las normas que regulan la materia.</p> <p>Artículo 12. El Ministerio de Educación Nacional cumplirá las siguientes obligaciones:</p> | <p>Lo no previsto en la presente ley se registrá por las normas generales para el ejercicio de las profesiones de la salud.</p> <p>Artículo 11. Adiciónese un numeral en el artículo 130 de la ley 1438 de 2011, el cual quedará así: ARTÍCULO 130. INFRACCIONES ADMINISTRATIVAS. La Superintendencia Nacional de Salud impondrá sanciones de acuerdo con la conducta o infracción investigada, sin perjuicio de lo dispuesto en otras disposiciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así:</p> <p>(...)</p> <p>Parágrafo: la infracción sancionable aplica tanto al prestador, como a la institución que permite el ejercicio legal de la medicina y al médico que incurre en dicha conducta.</p> <p>Artículo 12. El Ministerio de Educación Nacional cumplirá las siguientes obligaciones:</p> | <p>(...)</p> |
| <p>Asociación Latinoamericana de Angriología y Cirugía Vascular Sociedad Colombiana de Cardiología Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva Asociación Colombiana de Otorrinolaringología, Cirugía de Cabeza y Cuello, Maxilofacial y Estética Facial Federación Colombiana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia Sociedad Colombiana de Cirugía Ortopédica y Traumatología Asociación Colombiana de Psiquiatría Sociedad Colombiana de Oftalmología Asociación Colombiana de Cirugía de la Mano Asociación Colombiana de Radiología Asociación Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación Asociación Colombiana de Dermatología Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo Sociedad Colombiana de Urología Asociación Colombiana de Nefrología Asociación Colombiana de Reumatología Sociedad Colombiana de Neurología Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Facial y Rinología Asociación Colombiana de Genética Humana Sociedad Colombiana de Pediatría Asociación Colombiana de Medicina Interna Asociación Colombiana de Trasplante de Órganos Asociación Colombiana de Cirugía Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor Asociación de Médicos Generales de Bolívar Asociación Colombiana de Medicina Aeroespacial Asociación Colombiana de Infectología Sociedad Colombiana de Hematología y Oncología Asociación Colombiana de Endocrinología, Diabetes y Metabolismo Sociedad Colombiana de Psozonálisis Asociación Colombiana de Alergia Asma e Inmunología Sociedad Colombiana de Medicina Familiar Asociación Colombiana de Endoscopia Digestiva Asociación Colombiana de Gastroenterología Asociación Colombiana de Neurología y Cirugía Asociación Colombiana de Otiología y Neurootología Federación Diabetológica Colombiana Asociación Colombiana de Neurociencias Colegio colombiano de Electrofisiología Cardiovascular Asociación Colombiana de Mastología Asociación Colombiana de Cuidado Paliativo Colegio Colombiano de Hemodinamia e Intervencionismo Cardiovascular Asociación Colombiana de Medicina Electrodiagnóstica Asociación Colombiana de Hepatología Sociedad Colombiana de Medicina Preventiva Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátrica Asociación ISPCR Colombia Colegio Colombiano de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica Colegio Asociación Colombiana de Endocrinología, Pediatría Asociación Colombiana de Homeopatía Asociación Colombiana de Trauma Sociedad Colombiana de Especialistas en Medicina Estética Asociación Colombiana de Medicina China y Acupuntura Asociación Colombiana de Terapia Neural Asociación Colombiana de Medicina Osteopática Asociación de Toxicología Clínica Colombiana Asociación Colombiana de Intervencionismo Analgésico y Neuromodulación Asociación Colombiana de Médicos Genetistas Asociación Colombiana de Cirugía Antroposófica Asociación Colombiana de Radioterapia Oncológica Asociación de Medicina del Deporte de Colombia Asociación Colombiana de Coloproctología Asociación Colombiana De Medicina Vascular Angiología Clínica y Laboratorio Vascular Asociación Colombiana de Medicina del Sueño Asociación Colombiana de Nefrología Pediátrica Sociedad Colombiana de Neurología Pediátrica</p> | <p>a. Reglamentar el proceso de convalidación, los créditos, horas de competencias respectivas de las especialidades médicas.</p> <p>b. Impartir directrices a las Instituciones de Educación Superior para que en los programas de especialización en salud dispongan de los cupos académicos suficientes para cubrir la demanda de personal médico respectivo conforme a las necesidades de cobertura y calidad respetando siempre la autonomía universitaria. Para tal efecto, el Ministerio de Educación Nacional en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social crearán un registro de especialidades médicas en salud, en donde se publique la oferta de los cupos académicos disponibles y necesarios.</p> <p>c. Fomentar el estudio cualitativo y cuantitativo de las especialidades médicas vigentes y las requeridas en el país, y</p> | <p>a. Reglamentar el proceso de convalidación, los créditos, horas de competencias respectivas de las especialidades médicas. Con la participación de la Sociedad Científica correspondiente a la especialidad en mención, integrado a los procesos de recertificación vigentes.</p> <p>b. Impartir directrices a las Instituciones de Educación Superior debidamente acreditadas, para que en los programas de especialización en salud dispongan de los cupos académicos suficientes para cubrir la demanda de personal médico respectivo conforme a las necesidades de cobertura y calidad respetando siempre la autonomía universitaria. Para tal efecto, el Ministerio de Educación Nacional en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social crearán un registro de especialidades médicas en salud, en donde se publique la oferta de los cupos académicos disponibles y necesarios.</p> <p>c. Alimentar el observatorio de Talento Humano del Ministerio de Salud acerca del número de especialistas, deficit y requerimiento en las diferentes especialidades en el Territorio Nacional.</p> | <p>Observación: Las convalidaciones deben darse por la equivalencia de créditos, de horas de trabajo asistencial y académico comprobadas (certificadas), investigación y otros parámetros requeridos para los programas académicos en Colombia</p> | <p>Asociación Latinoamericana de Angriología y Cirugía Vascular Sociedad Colombiana de Cardiología Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva Asociación Colombiana de Otorrinolaringología, Cirugía de Cabeza y Cuello, Maxilofacial y Estética Facial Federación Colombiana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia Sociedad Colombiana de Cirugía Ortopédica y Traumatología Asociación Colombiana de Psiquiatría Sociedad Colombiana de Oftalmología Asociación Colombiana de Cirugía de la Mano Asociación Colombiana de Radiología Asociación Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación Asociación Colombiana de Dermatología Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo Sociedad Colombiana de Urología Asociación Colombiana de Nefrología Asociación Colombiana de Reumatología Sociedad Colombiana de Neurología Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Facial y Rinología Asociación Colombiana de Genética Humana Sociedad Colombiana de Pediatría Asociación Colombiana de Medicina Interna Asociación Colombiana de Trasplante de Órganos Asociación Colombiana de Cirugía Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor Asociación de Médicos Generales de Bolívar Asociación Colombiana de Medicina Aeroespacial Asociación Colombiana de Infectología Sociedad Colombiana de Hematología y Oncología Asociación Colombiana de Endocrinología, Diabetes y Metabolismo Sociedad Colombiana de Psozonálisis Asociación Colombiana de Alergia Asma e Inmunología Sociedad Colombiana de Medicina Familiar Asociación Colombiana de Endoscopia Digestiva Asociación Colombiana de Gastroenterología Asociación Colombiana de Neurología y Cirugía Asociación Colombiana de Otiología y Neurootología Federación Diabetológica Colombiana Asociación Colombiana de Neurociencias Colegio colombiano de Electrofisiología Cardiovascular Asociación Colombiana de Mastología Asociación Colombiana de Cuidado Paliativo Colegio Colombiano de Hemodinamia e Intervencionismo Cardiovascular Asociación Colombiana de Medicina Electrodiagnóstica Asociación Colombiana de Hepatología Sociedad Colombiana de Medicina Preventiva Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátrica Asociación ISPCR Colombia Colegio Colombiano de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica Colegio Asociación Colombiana de Endocrinología, Pediatría Asociación Colombiana de Homeopatía Asociación Colombiana de Trauma Sociedad Colombiana de Especialistas en Medicina Estética Asociación Colombiana de Medicina China y Acupuntura Asociación Colombiana de Terapia Neural Asociación Colombiana de Medicina Osteopática Asociación de Toxicología Clínica Colombiana Asociación Colombiana de Intervencionismo Analgésico y Neuromodulación Asociación Colombiana de Médicos Genetistas Asociación Colombiana de Cirugía Antroposófica Asociación Colombiana de Radioterapia Oncológica Asociación de Medicina del Deporte de Colombia Asociación Colombiana de Coloproctología Asociación Colombiana De Medicina Vascular Angiología Clínica y Laboratorio Vascular Asociación Colombiana de Medicina del Sueño Asociación Colombiana de Nefrología Pediátrica Sociedad Colombiana de Neurología Pediátrica</p> | <p>d. Definir las especialidades médicas y fijar sus competencias con el fin de establecer: i) las áreas de competencias de ejercicio general de los médicos generales, ii) las áreas de competencias de ejercicio profesional en salud que sean comunes entre especialidades afines, y iii) las áreas competencia de ejercicio profesional exclusivo correspondiente a cada especialidad.</p> <p>Para cumplir las anteriores obligaciones, el Ministerio de Educación Nacional en coordinación con el Ministerio de salud, instalará una mesa de trabajo intersectorial con la Academia Nacional de Medicina y las agremiaciones académicas de todas las áreas médicas que sean comunes entre especialidades afines, y reglamentará lo previsto en el presente artículo en un término no superior a dos (2) años.</p> <p>Artículo 13 Vigencia. La presente ley rige a partir de su expedición y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias excepto las contenidas en la ley 6 de 1991 y la ley 657 de 2001.</p> | <p>d. Definir las especialidades médicas y fijar sus competencias con el fin de establecer: i) las áreas de competencias de ejercicio general de los médicos generales, ii) las áreas de competencias de ejercicio profesional en salud que sean comunes entre especialidades afines, y iii) las áreas competencia de ejercicio profesional exclusivo correspondiente a cada especialidad. iv) el programa mínimo de especialidad requerido para poder graduarse de un programa debidamente acreditado.</p> <p>Para cumplir las anteriores obligaciones, el Ministerio de Educación Nacional en coordinación con el Ministerio de salud, instalará una mesa de trabajo intersectorial con la Academia Nacional de Medicina, sociedades científicas, las agremiaciones académicas de todas las áreas médicas que sean comunes entre especialidades afines, y reglamentará lo previsto en el presente artículo en un término no superior a un (1) año.</p> | <p>Lina María Triana Lloreda Asociación Colombiana de Sociedades Científicas - ACSC Presidente 2020 - 2022</p> |

CONTENIDO

Gaceta número 1239 - miércoles, 4 de noviembre de 2020

SENADO DE LA REPÚBLICA

Págs.

CONCEPTOS JURÍDICOS

Concepto jurídico Ministerio de Hacienda y Crédito Público al texto de ponencia para tercer debate al proyecto de ley número 286 de 2020 Senado y 120 de 2019 Cámara, por la cual se dota a las asociaciones mutualistas de identidad, autonomía y vinculación a la economía del país como empresas solidarias y se establecen otras disposiciones..... 1

Concepto jurídico Federación Nacional de Departamentos al proyecto de ley número 10 de 2020 Senado, 425 de 2020 Cámara, por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a garantizar el derecho fundamental a la salud dentro del Sistema General de Seguridad Social, de conformidad con la Ley 1751 de 2015, y la sostenibilidad del sistema de salud. “Mensaje de Urgencia” 3

Concepto jurídico Fundación Apoyo ante la Muerte Gestacional y Neonatal al proyecto de ley número 191 de 2020 Senado, por medio de la cual se protege la maternidad y se dictan medidas para garantizar un parto digno..... 7

Concepto jurídico Fundación Apoyo ante la Muerte Gestacional y Neonatal al proyecto de ley número 029 de 2020 Senado, por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones” o “Ley de parto digno, respetado y humanizado” 11

Concepto jurídico Asociación Colombiana de Sociedades Científicas al proyecto de ley número 075 de 2020 Cámara, por la cual se regula el ejercicio de las especialidades médicas y quirúrgicas en medicina y se dictan otras disposiciones..... 14

LA COMISION SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA. - Bogotá D.C., a los veintisiete (27) días del mes de octubre del año dos mil veinte (2020) - En la presente fecha se autoriza la publicación en Gaceta del Congreso de la República, las siguientes Consideraciones:

COMENTARIOS: ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS - ACSC.
REFRENDADO POR: DOCTORA, LINA MARÍA TRIANA LLOREDA PRESIDENTA
NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: N° 75/2020 SENADO.
TÍTULO DEL PROYECTO: "POR MEDIO DE LA CUAL SE FOMENTA EL ACCESO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR PARA DEPORTISTAS DE ALTO RENDIMIENTO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".
NÚMERO DE FOLIOS: ONCE (11) FOLIOS
RECIBIDO EN LA SECRETARÍA DE LA COMISIÓN SÉPTIMA DEL SENADO EL DÍA: MARTES VEINTISIETE (27) DE OCTUBRE DE 2020.
HORA: 11:00 A.M.

Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5° del artículo 2° de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,


JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA