



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprensa.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXX - N° 282

Bogotá, D. C., jueves, 15 de abril de 2021

EDICIÓN DE 30 PÁGINAS

DIRECTORES:

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

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

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

PROYECTOS DE ACTO LEGISLATIVO

PROYECTO DE ACTO LEGISLATIVO NÚMERO 35 DE 2021 SENADO

por el cual se modifican los artículos 45 y 65 de la Constitución Política estableciendo el derecho fundamental a la alimentación y a no padecer hambre.

PROYECTO DE ACTO LEGISLATIVO NÚMERO ____ DE 2021

“Por el cual se modifican los artículos 45 y 65 de la Constitución Política estableciendo el derecho fundamental a la alimentación y a no padecer hambre”.

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA

DECRETA:

Artículo 1º. Modifíquese el artículo 45 de la Constitución Política, el cual quedará así:

Artículo 45. El adolescente tiene derecho a la protección y a la formación integral, así como a recibir una alimentación adecuada y acorde a las necesidades nutricionales para su correcto desarrollo.

El Estado y la sociedad garantizan la participación activa de los jóvenes en los organismos públicos y privados que tengan a cargo la protección, educación y progreso de la juventud.

Artículo 2º. Modifíquese el artículo 65 de la Constitución Política, el cual quedará así:

Artículo 65. Toda persona goza del derecho a un mínimo de alimentación y nutrición adecuada, y a no padecer hambre. El Estado garantizará progresivamente estos derechos y promoverá condiciones de seguridad alimentaria y soberanía alimentaria en el territorio nacional.

La producción de alimentos gozará de la especial protección del Estado. Para tal efecto, se otorgará prioridad al desarrollo integral de las actividades agrícolas, pecuarias, pesqueras, forestales y agroindustriales, así como también a la construcción de obras de infraestructura física y adecuación de tierras.

De igual manera, el Estado promoverá la investigación y la transferencia de tecnología para la producción de alimentos y materias primas de origen agropecuario, con el propósito de incrementar la productividad, dando prioridad a las formas de producción de alimentos que estén acorde con una dieta saludable y que generen un menor impacto ambiental.

La parte general del Plan Nacional de Desarrollo deberá incluir un capítulo en el que se especifiquen las acciones que adelantará el Gobierno

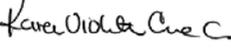
nacional, en coordinación con los demás órganos del Estado, para materializar lo establecido en este artículo.

Artículo 3º. Luego de la promulgación de este acto legislativo, el Congreso de la República tendrá hasta un (1) año para aprobar la ley estatutaria que desarrolle este derecho.

Artículo 4º. Vigencia. El presente Acto Legislativo rige a partir de su promulgación y deroga todas las normas que le sean contrarias.

De los Honorables Congresistas,

 Julián Peinado Ramírez Representante a la Cámara Departamento de Antioquia	 Alejandro Vega Pérez Representante a la Cámara Departamento del Meta
 Juan Carlos Lozada Vargas Representante a la Cámara Bogotá D.C.	 CARLOS ARDILA ESPINOSA Representante a la Cámara Departamento del Putumayo
 ELCY CHICHI QUINTERO ROMERO Representante a la Cámara Dpto Cesar	 ALVARO HENRY MONEDERO RIVERA

Representante a la Cámara por el Valle del Cauca	
 Oscar Sanchez León Representante a la Cámara Departamento de Cundinamarca	 Andrés David Calle Aguas Representante a la Cámara Departamento de Córdoba
 KAREN VIOLETTE CURE CORCIONE Representante a la Cámara. Departamento de Bolívar	 Jennifer Kristin Arias Falla Representante a la Cámara Departamento del Meta
 Jezmi Lizeth Barraza Arraut Representante a la Cámara Departamento del Atlántico	 ÁNGELA MARÍA ROBLEDO GÓMEZ Representante a la Cámara


MARGARITA MARÍA RESTREPO ARANGO
 Representante a la Cámara
 Departamento de Antioquia


SECRETARIA GENERAL (ART.139 Y SUS LEY 5A DE 1992 Y DECRETO LEGISLATIVO N.417/2020)

El día 29 del mes MARZO del año 2021 se radicó en este despacho el proyecto de ley N°. Acto Legislativo N°. 35 , con todos y cada uno de los requisitos constitucionales y legales.
H.R. JULIÁN PEINADO RAMÍREZ, ALEJANDRO VEGA PÉREZ, JUAN CARLOS LOZADA VARGAS, CARLOS ARDILA ESPINOSA, ELOY CHIGCH QUINTERO, ALVARO HENRY MONEDERO RIVERA, OSCAR SANCHEZ LEÓN, ANDRÉS DAVID CALLE AGUAS, KAREN VIOLETTE CURE CORCIONE, JENNIFER KRISTIN ARIAS FALLA, JEZMI LIZETH BARRAZA ARRAUT, ÁNGELA MARÍA ROBLEDO GÓMEZ, MARGARITA MARÍA RESTREPO

SECRETARIO GENERAL

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. Objeto del proyecto de acto legislativo

El presente acto legislativo busca elevar a rango constitucional el derecho humano a la alimentación y a no padecer hambre, poniendo a Colombia a la altura de los mandatos establecidos en normas internacionales de derechos humanos que han desarrollado este derecho y permitiendo que el país avance en desarrollos normativos acordes con los instrumentos internacionales de derechos humanos que el Estado ha ratificado. Así, se propone modificar el artículo 65 de la Constitución Política de Colombia para elevar a rango constitucional los derechos a la alimentación y nutrición adecuada, y a no padecer hambre. Así mismo, se crea un mandato específico para que el Estado garantice estos derechos. Por otro lado, el Acto Legislativo 287 de 2020 Cámara pretende modificar el artículo 45 de la constitución, para establecer el mismo derecho para los adolescentes.

2. Conveniencia del proyecto

De acuerdo con el Reporte Global sobre Crisis Alimentarias 2020, en 2019 se presentó el nivel más alto de inseguridad alimentaria aguda – es decir, aquella en que “(...) la incapacidad de una persona para consumir alimentos adecuados pone en peligro inmediato su vida o sus medios de subsistencia”¹ – desde que el informe comenzó a producirse en 2017. Aproximadamente 135 millones de personas se encuentran en ese nivel de inseguridad alimentaria, mientras que otros 183 millones están en riesgo de llegar a ese nivel². Aunque el reporte se hizo antes de que la enfermedad causada por el COVID-19 se convirtiera en una pandemia, en este se sostiene lo siguiente:

“La pandemia probablemente devastará los medios de subsistencia y la seguridad alimentaria, especialmente en contextos de fragilidad y particularmente para las personas más vulnerables que trabajan en los sectores agrícolas y no agrícolas informales. Una recesión global probablemente interrumpa las cadenas de suministro de alimento”.

¹ Global Network Against Food Crises & Food Security Information Netwok. (21 de abril de 2020). El Informe mundial sobre las crisis alimentarias revela su magnitud, mientras la COVID-19 plantea nuevas amenazas para los países vulnerables. Disponible en: <http://www.fao.org/news/story/es/item/1271897/code/>

² Global Network Against Food Crises & Food Security Information Netwok. (2020). The Global Report on Food Crises 2020. Disponible en: https://www.fsainplatform.org/sites/default/files/resources/files/GRFC_2020_ONLINE_200420.pdf

Según la Organización Mundial para la Alimentación y la Agricultura (por su sigla en inglés FAO), en Colombia padecieron hambre al menos 2,4 millones de personas en el trienio 2016-2018 y la baja talla para la edad afecta a medio millón de niños menores de 5 años³.

Por su parte, la última Encuesta Nacional de Situación Nutricional de Colombia, ENSIN 2015⁴ es reveladora sobre la precariedad del panorama sobre el acceso a alimentos y el disfrute del derecho a la alimentación por parte de la población colombiana. Los datos revelan que más de la mitad de los hogares colombianos continúa con dificultades para conseguir alimentos, en la medida en que el 54.2% de ellos se encuentran en inseguridad alimentaria.

De igual modo, esta Encuesta revela que ocho de cada diez hogares de población indígena y cinco de cada diez del resto de la población se encuentran en inseguridad alimentaria, así como seis de cada diez hogares liderados por mujeres y cuatro de cada diez liderados por hombres tienen este mismo problema.

Con respecto a la población entre 13 y 17 años rango de edad en el que se demanda mayor consumo de alimentos ricos en energía, proteínas y micronutrientes, sector de la población a la cual se dirige una parte importante de este proyecto legislativo, la ENSIN revela que la desnutrición crónica afecta a uno de cada diez adolescentes, especialmente a los indígenas en un 36,5%, a los más pobres de la población en un 14,9% y a quienes viven en zonas rurales en un 15,7%. Además, se encontró que uno de cada cinco adolescentes (17,9%) presenta un exceso de peso derivado del consumo de alimentación que aporta pocos nutrientes.

Como se pretende con este proyecto para Colombia, muchos otros Estados han realizado un reconocimiento explícito del derecho a la alimentación constitucionalmente. Países como Brasil, Ecuador, Guatemala, Nicaragua, Guyana, Panamá, Haití y Suriname han realizado un reconocimiento explícito del derecho a la alimentación constitucionalmente. Otros países como Honduras, Brasil, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Guatemala, Panamá, Bolivia, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay lo han constitucionalizado como componente de otros derechos o circunscribiéndolo a poblaciones de especial protección.

Constitucionalizar el derecho a la alimentación implica adoptar dos normas diferentes. Por un lado, una que puede clasificarse como derecho de segunda generación, es decir un derecho económico, social y cultural, de realización progresiva que es el *derecho a una alimentación*

³ FAO. El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. Protegerse frente a la desaceleración y el debilitamiento de la economía. 2019. Disponible en: <http://www.fao.org/3/ca5162es/ca5162es.pdf>

⁴ Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Instituto Nacional de Salud y Universidad Nacional de Colombia. Encuesta Nacional de Situación Nutricional. Bogotá, 2015.

adecuada. Por otro lado, uno que en el marco de clasificación de los derechos en Colombia se denominaría como fundamental que es el *derecho fundamental a No padecer hambre*-

La relevancia de este proyecto en que al consagrar este derecho como fundamental establece la obligación para el estado construir políticas públicas en torno al desarrollo del mismo, es decir, de destinar recursos tanto políticos, económicos y administrativos que contribuyan a concretar el fin para el cual fue promulgado el derecho⁵.

Este Congreso ha intentado en otras ocasiones constitucionalizar este derecho, aunque las iniciativas no han logrado completar la totalidad de debates requeridos. Es por ello que, se recogen elementos de esas discusiones previas para nutrir este proyecto, y teniendo en cuenta que este ya ha sido radicado en ocasiones anteriores en donde surgió hasta siete debates, se recogieron las actas de dichas discusiones para concretar el articulado que hoy se presenta⁶.

De esta forma desde el año 2011 fecha en la cual un proyecto de ley con la misma finalidad alcanzó a surtir 7 debates, se introdujo que este no podía ser sujeto de una sola modificación al artículo 65, pues era necesario establecerlo también como un derecho de los adolescentes en el artículo 45, pues bien es cierto que este se introduce en el artículo 44 como un derecho fundamental este es solo exigible para los niños y niñas, por lo que se requiere extender la protección a este otro grupo poblacional.

Al introducir ambas modificaciones estamos estableciendo que el derecho fundamental a la alimentación es un derecho universal, *erga omnes* y que las políticas que se construyan a su alrededor deberán estar al alcance de todas las personas.

3. Derecho humano a la alimentación y nutrición adecuadas: alcance y contenidos

Desde sus primeros abordajes hasta la actualidad se han producido diversos desarrollos en torno a las miradas sobre el derecho humano a la alimentación. A partir de un abordaje holístico, organizaciones internacionales como FIAN⁷ han reconceptualizado el derecho a la alimentación adecuada como derecho humano a la alimentación y nutrición adecuadas (DHANA), con el objetivo de resaltar la importancia del componente nutricional, más allá del enfoque medicalizado y restrictivo que le ha sido dado tradicionalmente por otros enfoques. Así mismo, y reconociendo que este derecho debe interpretarse desde la comprensión de su intrínseca relación con el proceso alimentario y conceptos como la

⁵ Ver: Velasco Cano, N., & Llano, J. V. (2016). Derechos fundamentales: Un debate desde la argumentación jurídica, el garantismo y el comunitarismo. *Novum Jus: Revista Especializada en Sociología Jurídica y Política*, Vol. 10, no. 2 (jul.-dic. 2016); p. 35-55.

⁶ Ver: Gacetas del Congreso 199/12, 254/12, 45/12, 199/12, 997/11, 63/12, 145/12, 958/11, 60/12, 908/11, 898/11, 908/11, 1013/11, 814/11, 705/11, 519/11, 585/11

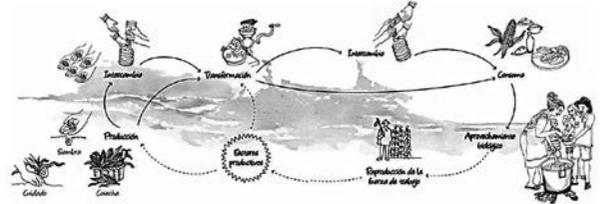
⁷ FIAN es la sigla de Food First Action Network, organización no gubernamental internacional con estatus consultivo ante Naciones Unidas. Ver: www.fian.org.

soberanía alimentaria y las autonomías alimentarias, la denominación de adecuadas se señala en plural, para significar la importancia de dar respuesta a las necesidades específicas de cada colectivo humano, en tanto no hay una sola alimentación y nutrición, sino que éstas se deben corresponder con las especificidades de cada pueblo. Esta mirada también apunta a entender que la garantía de este derecho debe superar una mirada antropocéntrica, pues la protección ambiental y los derechos de la naturaleza también son indispensables para garantizar el DHANA de esta y de las futuras generaciones.⁸ Como derecho humano, además, la alimentación se interrelaciona y es interdependiente con otros derechos.

Otro de los elementos a destacar es la importancia de reconocer la alimentación como proceso, lo cual se contraponen a la mirada según la cual se suele caer en el error de creer que lo alimentario se reduce al acto de comer. Esta percepción favorece la violación misma del derecho, pues enaltece visiones precarias o asistencialistas, desdibujando la discusión de fondo sobre los problemas estructurales que llevan al hambre y la malnutrición, sus causas, sus responsables y su perpetuación.

La alimentación concebida desde una perspectiva de derechos implica que no se reduce a exigir o garantizar el acto de comer o de cubrir las necesidades alimentarias y nutricionales de un individuo o un colectivo humano. Por supuesto, en situaciones de emergencia, este es un factor importante, pero el Derecho humano a la alimentación y nutrición adecuada es mucho más complejo, dado que hace referencia a la alimentación como proceso.

Gráfico 1. La alimentación como proceso



Fuente: FIAN Colombia. La exigibilidad del Derecho Humano a la Alimentación. Qué es y cómo hacerla, 2015, p.17.

⁸ Morales Juan Carlos y Carvajal Carolina. *Sin tierra, sin alimento y con el espejismo del agua represada: análisis de las violaciones del derecho humano a la alimentación y nutrición adecuadas en el caso del Proyecto Hidroeléctrico del Quimbo*, 2020. FIAN Colombia (sin publicar).

Como se observa en la figura, el proceso alimentario implica la concepción de su circularidad y da cuenta de la transacción física y económica junto con los intercambios culturales, sociales, políticos, de poder, ambientales, cosmogónicos y de conocimientos. De esta manera, el proceso alimentario tiene múltiples fases, que incluyen:

- i. Producción: es la forma primaria como se consigue un alimento, donde también se consideran mecanismos de obtención, tales como la pesca, la cría, la caza, la recolección, entre otros. En la caracterización de estos mecanismos es fundamental ver quiénes se encargan de estas labores, cómo lo hacen, cuál es la relación que tienen con los factores productivos, si lo que producen ayuda a su alimentación vía autoconsumo, si están protegidos y si reciben apoyo por parte del Estado para la producción de alimentos.
- ii. Intercambio de alimentos: se da por mecanismos de mercado, pero también mediante las redes solidarias y comunitarias, vía parentesco y vecindad, que suelen tomar una mayor relevancia en los momentos de crisis. Es importante identificar qué productos circulan por esta vía no monetaria en formas y momentos culturales o sociales específicos, tales como celebraciones, ritos de paso, etc., pues forman parte del primer acervo cultural que suele romperse cuando hay violaciones al derecho.
- iii. Transformación: contempla el proceso efectuado en los hogares, previo al consumo, incluyendo la transmisión de conocimientos asociados a su preparación como los saberes gastronómicos y culinarios. Así mismo, las transformaciones artesanales a pequeña escala y las del sector industrial.
- iv. Consumo, uso o aprovechamiento biológico del alimento: esto es lo que se conoce como nutrición y tiene que ver con los mecanismos de acceso a los alimentos (físico o económico), la frecuencia en que aquellos que son nutricionalmente adecuados son ingeridos, la condición de salud de quien se alimenta, la salubridad del entorno físico, ambiental y humano, los faltantes o excesos nutricionales que pueden determinar una nutrición insuficiente o una malnutrición.

Cuando la alimentación y la nutrición son adecuadas, reconstruyen o regeneran las condiciones vitales que, entre otras cosas, nos permiten, mediante nuestra fuerza de trabajo, salud e inteligencia, mantener en marcha de nuevo dicho proceso alimentario en condiciones de dignidad. En este punto es clave insistir en lo adecuado de la alimentación y no solo desde una perspectiva de lo inmediato, sino que también a largo plazo.

Desde esta mirada amplia e integral, y desde el reconocimiento de la circularidad del proceso alimentario, es también necesario integrar la comprensión de los sistemas productivos. Se trata de ver que los componentes que integran dichos sistemas no solo tocan factores bióticos,

técnicos (el cómo se produce) o de resultados (medibles desde la eficacia y eficiencia), sino que responden a estructuras socioculturales, ambientales, económicas y políticas, y con ellas, a las formas de pensar y organizar el territorio.

4. Instrumentos de derecho internacional

El primer instrumento de derecho internacional en el que se hace referencia a la alimentación como un derecho es la **Declaración Universal de Derechos del Hombre** – en adelante DUDH – de 1948, la cual, en su artículo 25, establece que como parte del “(...) derecho a un nivel de vida adecuado que (...) asegure, la salud y el bienestar (...)” toda persona debe tener asegurado, entre otros elementos, “(...) la alimentación (...)”. En esta declaración, la temática se aborda forma general.

El **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** – en adelante PIDESC – es el instrumento internacional que desarrolla con mayor profundidad este derecho. Su artículo 11 trae dos numerales orientados a plantear las obligaciones específicas de los Estados respecto al tema. En el primer numeral, en un sentido similar al del artículo 25 de la DUDH, se reconoce la alimentación como parte del “(...) derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado (...)”, además de crear el mandato para los Estados de tomar “(...) las medidas apropiadas para asegurar la efectividad de este derecho (...)”.

En el segundo numeral, se establece que los Estados parte reconocen, de manera específica, “(...) el derecho fundamental de toda persona a estar protegida contra el hambre (...)”. A renglón seguido, se establece que se deberán tomar las medidas necesarias para:

- a) “Mejorar los métodos de producción, conservación y distribución de alimentos mediante la plena utilización de los conocimientos técnicos y científicos, la divulgación de principios sobre nutrición y el perfeccionamiento o la reforma de los regímenes agrarios de modo que se logren la explotación y la utilización más eficaces de las riquezas naturales;
- b) “Asegurar una distribución equitativa de los alimentos mundiales en relación con las necesidades, teniendo en cuenta los problemas que se plantean tanto a los países que importan productos alimenticios como a los que los exportan”.

De esta forma, el PIDESC reconoce explícitamente el derecho objeto de este proyecto de acto legislativo, además de crear obligaciones específicas para los Estados, encaminando su labor a materializarlo. Es necesario llamar la atención sobre un punto: el derecho a estar protegido contra el hambre es el único clasificado como fundamental por este Pacta; lo que muestra su relevancia.

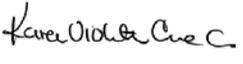
<p>Otros instrumentos internacionales consagran el derecho referido a poblaciones específicas. En ese sentido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Convención sobre los Derechos del Niño establece en su artículo 24 “(...) el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud (...)”, el cual será garantizado por el Estado a través de, entre otras medidas, “(...) combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente”. • La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer considera como una problemática a resolver “(...) el hecho de que en situaciones de pobreza la mujer tiene un acceso mínimo a la alimentación (...)” y establece como una obligación de los Estados parte el asegurar para la mujer “(...) una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia (...)”. • La Convención sobre el Derecho de las Personas con Discapacidad, en términos similares a la DUDH, establece que los Estados parte “(...) reconocen el derecho de las personas con discapacidad a un nivel de vida adecuado para ellas y sus familias, lo cual incluye alimentación (...)”. <p>De igual forma, hay declaraciones internacionales y resoluciones de la ONU así como instrumentos de carácter regional que tocan el derecho a la alimentación. Entre estos últimos, resalta, por su relevancia regional, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador" reconoce en su artículo 12 el derecho a la alimentación, y lo desarrolla en dos numeral:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. “Toda persona tiene derecho a una nutrición adecuada que le asegure la posibilidad de gozar del más alto nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual. 2. Con el objeto de hacer efectivo este derecho y a erradicar la desnutrición, los Estados partes se comprometen a perfeccionar los métodos de producción, aprovisionamiento y distribución de alimentos, para lo cual se comprometen a promover una mayor cooperación internacional en apoyo de las políticas nacionales sobre la materia” <p>Existen por otra parte diferentes instrumentos de derecho internacional no vinculantes, con los que se ha logrado crear un marco de desarrollo e interpretación de este derecho. Estos son, principalmente, aquellos instrumentos producidos por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura – FAO, por sus siglas en inglés –, la Comisión</p>	<p>de Derechos Humanos de las Naciones Unidas y el Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (por su sigla en inglés CESCR). Vale la pena resaltar la Declaración Sobre el Derecho al Desarrollo de 1986 según la cual “<i>Los Estados deben adoptar, en el plano nacional, todas las medidas necesarias para la realización del derecho al desarrollo y garantizarán, entre otras cosas, la igualdad de oportunidades para todos en cuanto al acceso a los recursos básicos, la educación, los servicios de salud, los alimentos, la vivienda, el empleo y la justa distribución de los ingresos (...)</i>” (art.8).</p> <p><i>Igualmente la Declaración Universal Sobre la Erradicación del Hambre y la Malnutrición (1974) refiere que</i></p> <p><i>“todos los hombres, mujeres y niños tienen el derecho inalienable a no padecer de hambre y malnutrición a fin de poder desarrollarse plenamente y conservar sus capacidades físicas y mentales (...) Los gobiernos tienen la responsabilidad fundamental de colaborar entre sí para conseguir una mayor producción alimentaria y una distribución más equitativa y eficaz de alimentos entre los países y dentro de ellos. Los gobiernos deberían iniciar inmediatamente una lucha concertada más intensa contra la malnutrición crónica y las enfermedades por carencia que afectan a los grupos vulnerables y de ingresos más bajos”.</i></p> <p>Así mismo Las “Directrices voluntarias en apoyo de la realización progresiva del derecho a una alimentación adecuada en el contexto de la seguridad alimentaria nacional” aprobadas en 2004, son pertinentes pues tienen como objetivo central orientar a los Estados en sus esfuerzos de lograr la realización progresiva del derecho a una alimentación adecuada.</p> <p>Igualmente la Declaración de Naciones Unidas sobre los derechos de los campesinos y de otras personas que trabajan en las zonas rurales hace referencia en el artículo 15 al derecho que tienen los campesinos a la alimentación, a no padecer hambre y a la soberanía alimentaria, que comprende el derecho a una alimentación saludable y culturalmente apropiada, producida mediante métodos ecológicamente racionales y sostenibles, y el derecho a definir sus propios sistemas de alimentación y agricultura.⁹</p> <p>Por su parte, el Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales se ha pronunciado en varias oportunidades en relación con el alcance del derecho a la alimentación y en su</p> <p>⁹ Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración sobre los derechos de los campesinos y de otras personas que trabajan en las zonas rurales. 2018. A/RES/73/165</p>
<p>Observación General Número 12 de 1999 define el derecho a la alimentación adecuada como aquel que:</p> <p><i>“se ejerce cuando ejerce cuando todo hombre, mujer o niño, ya sea sólo o en común con otros, tiene acceso físico y económico, en todo momento, a la alimentación adecuada o a medios para obtenerla. El Derecho a la Alimentación adecuada no debe interpretarse, por consiguiente, en forma estrecha o restrictiva asimilándolo a un conjunto de calorías, proteínas y otros elementos nutritivos concretos. El Derecho a la Alimentación adecuada tendrá que alcanzarse progresivamente. No obstante, los Estados tienen la obligación básica de adoptar las medidas necesarias para mitigar y aliviar el hambre tal como se dispone en el párrafo 2 del artículo 11, incluso en caso de desastre natural o de otra índole”¹⁰.</i></p> <p>Esta Observación también señaló que el derecho a una alimentación adecuada está inseparablemente vinculado a la dignidad inherente de la persona humana y es indispensable para el disfrute de otros derechos humanos consagrados en la Carta Internacional de Derechos Humanos¹¹.</p> <p>En cuanto a las obligaciones de los Estados en relación con la garantía de este derecho esta Observación destaca la obligación principal de adoptar medidas para lograr progresivamente el pleno ejercicio del derecho lo “más rápidamente posible” además de comprometerse a adoptar medidas para garantizar que toda persona tenga acceso al mínimo de alimentos esenciales suficientes inocuos y nutritivamente adecuados para protegerla contra el hambre.</p> <p>Así mismo, entendido como derecho humano específica que el derecho a la alimentación adecuada impone al Estado las obligaciones de respetar (abstenerse de adoptar medidas que impidan el acceso), proteger (velar porque terceros no priven a las personas del ejercicio de este derecho) y realizar (que comprende por un lado, la obligación de facilitar condiciones para el acceso y utilización por parte de la población de los recursos y medios que aseguren sus medios de vida incluida su seguridad alimentaria; y por otro, la obligación de hacer efectivo el derecho cuando una persona o grupo está en incapacidad de acceder al derecho)¹².</p> <p>Finalmente, el último informe de la Relatora Especial para el derecho a la alimentación Hilal Elver publicado este año, destaca que a pesar del objetivo de “hambre cero” y lucha contra la malnutrición previsto para 2030, la realización del derecho a la alimentación sigue siendo</p> <p>¹⁰ CESCR. Observación General No.12. Documento E/C.12/1999/5 ¹¹ Ibidem. Párr. 4. ¹² Ibidem. Párr. 15</p>	<p>una realidad lejana, cuando no imposible, para demasiadas personas. Al respecto señala que los Estados siguen haciendo caso omiso a los derechos económicos, sociales y culturales, sobre todo el derecho a la alimentación. Indica que hay 170 países que son parte del PIDESC y sin embargo tan solo 30 países han reconocido expresamente el derecho en la constitución. Añade que los Estados son garantes de derechos y todas las personas son titulares de estos más no receptores pasivos de caridad por lo que es una obligación de los Estados garantizar unas instituciones que posibiliten la exigibilidad del derecho a la alimentación¹³.</p> <p>Como se advierte, además de las normas e instrumentos internacionales que establecen obligaciones y referentes relevantes frente al Estado colombiano en relación con las garantías del derecho a la alimentación, se está en mora de avanzar hacia la constitucionalización de este derecho y de garantizar su carácter fundamental en relación con la población más vulnerable.</p> <p>Finalmente es importante mencionar que la jurisprudencia de la Corte Constitucional en varias sentencias se ha referido al derecho a la alimentación adecuada, a veces en pronunciamientos directos sobre el conjunto de componentes que integran el derecho a la alimentación, y en otras oportunidades aplicando el concepto de conexidad con los derechos fundamentales. Aunque los pronunciamientos son numerosos, se pueden destacar a modo de ejemplo las sentencias que han hablado sobre el derecho a la alimentación de los niños y niñas¹⁴, la importancia del derecho en los entornos educativos¹⁵, la alimentación para comunidades rurales¹⁶ y víctimas de desplazamiento forzado¹⁷, la garantía de este derecho para personas privadas de la libertad¹⁸ y la amplia jurisprudencia de los derechos sociales en el estado colombiano, entre otras.</p> <p>5. Conclusión</p> <p>Es relevante, entonces, avanzar en la constitucionalización de lo dispuesto en el presente proyecto de acto legislativo para responder a las disposiciones internacionales que ha tratado la materia y avanzar en la materialización de un país que no padezca el flagelo del hambre.</p> <p>Por supuesto una modificación constitucional, en sí misma, no conjurará el problema sin embargo dará paso a: una ley estatutaria que regule la materia y que deberá ser aprobada por</p> <p>¹³ Consejo de Derechos Humanos. Asamblea General de Naciones Unidas. Informe de la Relatora Especial sobre el derecho a la alimentación, Hilal Elver. Perspectiva crítica de los sistemas alimentarios, las crisis alimentarias y el futuro del derecho a la alimentación 2020. A/HRC/43/44. ¹⁴ Ver entre otras sentencia T-029/2014 y T-302/2017 ¹⁵ Ver sentencia T-273-7/2014 y T-457/2018 sobre programa de alimentación escolar. ¹⁶ Ver sentencias T-606/2015 sobre pescadores y T-622/2016 sobre comunidades negras del río Atrato. ¹⁷ Ver sentencia T-367 de 2010 ¹⁸ Ver entre otras sentencias: T-388/2013, T-762/2015 y T-260/2019.</p>

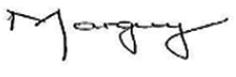
el Congreso de la República posterior a la entrada en vigencia del presente Acto Legislativo, y al trabajo conjunta de todo el engranaje estatal para avanzar en llevar a cabo lo que aquí se dispone.

Así mismo, considerando la situación derivada por la pandemia, será necesario que la ley estatutaria que desarrolle este derecho fundamental contemple mecanismos dirigidos de manera específica a conjurar la situación actual en materia alimentaria. Por esto, se invita a los miembros del Congreso de la República a acompañar la presente iniciativa.

De los Honorables Congresistas,

 Julián Peinado Ramírez Representante a la Cámara Departamento de Antioquia	 Alejandro Vega Pérez Representante a la Cámara Departamento del Meta
 Juan Carlos Lozada Vargas Representante a la Cámara Bogotá D.C.	 CARLOS ARDILA ESPINOSA Representante a la Cámara Departamento del Putumayo

 ELOY CHICHI QUINTERO ROMERO Representante a la Cámara Dpto Cesar	 ALVARO HENRY MONEDERO RIVERA Representante a la Cámara por el Valle del Cauca
 Oscar Sanchez León Representante a la Cámara Departamento de Cundinamarca	 Andrés David Calle Aguas Representante a la Cámara Departamento de Córdoba
 KAREN VIOLETTE CURE CORCIONE Representante a la Cámara. Departamento de Bolívar	 Jennifer Kristin Arias Falla Representante a la Cámara Departamento del Meta
	

Jezmi Lizeth Barraza Arraut Representante a la Cámara Departamento del Atlántico	ÁNGELA MARÍA ROBLEDO GÓMEZ Representante a la Cámara
 MARGARITA MARÍA RESTREPO ARANGO Representante a la Cámara Departamento de Antioquia	



SECRETARIA GENERAL (ART.139 Y SUS LEY 5A DE 1992 Y DECRETO LEGISLATIVO N.417/2020

El día 29 del mes MARZO del año 2021 se radicó en este despacho el proyecto de ley N°. Acto Legislativo N°. 35 , con todos y cada uno de los requisitos constitucionales y legales.

H.R. JULIÁN PEINADO RAMÍREZ, ALEJANDRO VEGA PÉREZ, JUAN CARLOS LOZADA VARGAS, CARLOS ARDILA ESPINOSA, ELOY CHICHI QUINTERO, ALVARO HENRY MONEDERO RIVERA, OSCAR SANCHEZ LEÓN, ANDRÉS DAVID CALLE AGUAS, KAREN VIOLETTE CURE CORCIONE, JENNIFER KRISTIN ARIAS FALLA, JEZMI LIZETH BARRAZA ARRAUT, ÁNGELA MARÍA ROBLEDO GÓMEZ, MARGARITA MARÍA RESTREPO

SECRETARIO GENERAL

SECCIÓN DE LEYES

SENADO DE LA REPÚBLICA – SECRETARÍA GENERAL – TRAMITACIÓN LEYES

Bogotá D.C., 29 de marzo de 2021

Señor Presidente:

Con el fin de repartir el Proyecto de Acto Legislativo No. 35/21 Senado “POR EL CUAL SE MODIFICAN LOS ARTÍCULOS 45 Y 65 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA ESTABLECIENDO EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA ALIMENTACIÓN Y A NO PADECER HAMBRE”, me permito remitir a su despacho el expediente de la mencionada iniciativa, presentada el día de hoy ante la Secretaría General del Senado de la República por el Honorables Representantes, JULIÁN PEINADO RAMÍREZ, ALEJANDRO VEGA PÉREZ, JUAN CARLOS LOZADA VARGAS, CARLOS ARDILA ESPINOSA, ELOY CHICHI QUINTERO, ALVARO HENRY MONEDERO RIVERA, OSCAR SANCHEZ LEÓN, ANDRÉS DAVID CALLE AGUAS, KAREN VIOLETTE CURE CORCIONE, JENNIFER KRISTIN ARIAS FALLA, JEZMI LIZETH BARRAZA ARRAUT, ÁNGELA MARÍA ROBLEDO GÓMEZ, MARGARITA MARÍA RESTREPO ARANGO La materia de qué trata el mencionado Proyecto de Ley es competencia de la Comisión PRIMERA Constitucional Permanente del Senado de la República, de conformidad con las disposiciones Constitucionales y Legales.

GREGORIO ELJACH PACHECO
Secretario General

PRESIDENCIA DEL H. SENADO DE LA REPÚBLICA – MARZO 29 DE 2021

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

CÚMPLASE

EL PRESIDENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

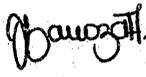
ARTURO CHAR CHALJUB
SECRETARIO GENERAL DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

GREGORIO ELJACH PACHECO

PROYECTOS DE LEY

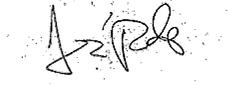
PROYECTO DE LEY NÚMERO 430 DE 2021 SENADO

por medio de la cual se ordena la expedición de un lineamiento de atención integral y humanizada de la muerte y el duelo gestacional y neonatal en instituciones de salud, y se dictan otras disposiciones – “Ley Brazos Vacíos”.

<p style="text-align: center;">PROYECTO DE LEY No. 430 DE 2021</p> <p style="text-align: center;">“POR MEDIO DE LA CUAL SE ORDENA LA EXPEDICIÓN DE UN LINEAMIENTO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y HUMANIZADA DE LA MUERTE Y EL DUELO GESTACIONAL Y NEONATAL EN INSTITUCIONES DE SALUD, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES – “LEY BRAZOS VACÍOS”</p> <p style="text-align: center;">EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA DECRETA</p> <p>Artículo 1º. Objeto. La presente ley tiene por objeto establecer la obligación al Ministerio de Salud y Protección Social, de expedir un Lineamiento de atención integral y humanizada de la muerte y el duelo gestacional y neonatal aplicable a las instituciones y actores del sistema de salud en Colombia, y garantizar el seguimiento a su implementación mediante los entes territoriales, que garantice en todo momento una atención de calidad a la mujer y las familias que afrontan la muerte de sus hijos/as durante la gestación, el parto o dentro de los primeros 28 días de vida tras el nacimiento, desde la óptica de la humanización, el respeto de la dignidad humana, el cuidado de la salud mental, y la efectividad de los derechos constitucionales y legales de la familia y, especialmente de la mujer y del recién nacido en caso de muerte neonatal que son atendidos en las instituciones prestadoras de servicios de salud.</p> <p>Artículo 2º. Principios.</p> <p>2.1. Respeto de la dignidad humana: El Estado reconoce que las mujeres gestantes y sus hijos/as que fallezcan en gestación o dentro de los 28 días posteriores al nacimiento, son un fin en sí mismo y, por tal condición, son merecedores de trato digno y respetuoso por parte de todos los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud.</p> <p>2.2. Humanización en la atención. La atención en salud a las familias y especialmente a la mujer en duelo por muerte gestacional y neonatal estará centrada en la persona y en la garantía del derecho fundamental a la salud en todas las dimensiones del ser humano (física, mental, emocional, social y espiritual), con respeto a sus creencias, principios y valores. Ninguna familia en duelo por muerte gestacional o neonatal y especialmente la mujer gestante o puérpera, podrá ser objeto de maltrato psicológico o físico durante la atención del embarazo, parto o postparto, o cuidados intensivos neonatales. Los prestadores de servicios de salud deberán ofrecer un trato digno, empático y respetuoso a la familia en duelo y especialmente a la mujer y a su hijo/a fallecido/a, durante todo el periodo de atención hospitalaria.</p> <p>2.3. Autonomía de la mujer: Ninguna mujer podrá ser sometida a procedimientos no consentidos durante la atención médica, el proceso de parto o postparto de su hijo/a fallecido en gestación o durante el parto, salvo que exista un diagnóstico médico que lo justifique. Cualquier procedimiento, en estos procesos, estará</p>	<p>debidamente acompañado por profesionales capacitados para brindar apoyo en el proceso de duelo inherente.</p> <p>2.3. Información: La familia en duelo y en especial la mujer que es atendida en instituciones de salud en casos de muerte gestacional o neonatal, tiene derecho a recibir información veraz, comprensible, oportuna, suficiente, adecuada y basada en evidencia, así como apoyo idóneo en duelo, durante toda la atención hospitalaria, relativa a todos los procedimientos, alternativas y trámites con respecto a ella y/o a su hijo/a muerto/a durante la gestación o en la etapa neonatal. Se garantizará la existencia de un proceso de consentimiento informado con claridad, asertividad, oportunidad, cantidad y calidad suficiente, a lo largo de todo el proceso de atención en salud.</p> <p>2.4. Privacidad: La familia en duelo y en especial la mujer que es atendida en la institución de salud en casos de muerte gestacional o neonatal, tienen derecho a un ambiente de protección, e intimidad, durante las fases de parto, recuperación y el alojamiento hospitalario, los cuales serán parte de un programa de atención en duelo, en estos casos.</p> <p>2.5. Igualdad: Todas las mujeres y familias que afrontan la muerte de sus hijos/as en gestación o en etapa neonatal, tienen derecho a ser atendidas y acompañadas bajo criterios de humanización, dignidad, respeto y cuidado de su salud física, mental, emocional, social y espiritual, sin ningún tipo de discriminación o diferenciación.</p> <p>2.6. Promoción y cuidado de la salud mental: La familia en duelo y en especial la mujer que es atendida en la institución de salud en casos de muerte gestacional o neonatal tiene derecho a gozar de asistencia psicosocial idónea y calificada durante toda la permanencia en la institución hospitalaria y posterior al egreso de la misma, independiente del número de semanas de gestación que tuviera en el momento de la muerte.</p> <p>2.7. Calidad e idoneidad profesional. Los establecimientos y servicios de salud deberán estar centrados en la familia y la mujer que afronta la muerte de su hijo en gestación o en etapa neonatal, y ser apropiados desde el punto de vista médico y psicológico con altos estándares profesionales, éticos y de calidad. Ello requiere, entre otros, personal de la salud formado en abordaje y acompañamiento del duelo por muerte gestacional y neonatal y una evaluación oportuna durante toda la estancia hospitalaria y después de ella, de la calidad de los servicios ofrecidos y la satisfacción de los usuarios.</p> <p>2.8. Libertad de creencias y multiculturalidad: La atención de la muerte gestacional y neonatal deberá llevarse a cabo desde un enfoque de derechos y teniendo en cuenta la multiculturalidad del país, de una manera transversal. Es esencial que se tengan en cuenta las necesidades que tiene cada mujer y familia de acuerdo a su propia cosmovisión, creencias, y necesidades culturales y psicológicas, y se garantice el derecho de las personas a una atención que responda a éstas.</p>
<p>Artículo 3º. Definiciones:</p> <p>1. Muerte Gestacional. Para efectos de la presente ley, se entenderá por Muerte Gestacional, el cese de las funciones vitales del feto, en cualquier momento de la gestación, parto, y en todo caso antes de encontrarse completamente separado de la mujer gestante, y que no hubiere sobrevivido a la separación siquiera un instante.</p> <p>2. Muerte Neonatal: Se considera que ocurre una muerte neonatal, cuando se produce el cese de las funciones vitales del hijo/a, entre el nacimiento con vida, independientemente de las semanas de gestación en el momento del parto y los primeros 28 días de vida postnatal.</p> <p>3. Duelo por muerte gestacional y neonatal: Para los efectos de la presente ley se entenderá como el proceso adaptativo emocional que afronta una familia cuyo hijo/a ha muerto en gestación, durante el parto o dentro de los 28 días posteriores al nacimiento.</p> <p>Artículo 4º. Lineamiento de atención en casos de muerte gestacional y neonatal. El Ministerio de Salud, dentro de los 6 meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, deberá expedir, desarrollar y mantener vigente un Lineamiento de atención a la familia y la mujer en casos de muerte gestacional y neonatal en instituciones prestadoras de servicios de salud, que en desarrollo de los principios establecidos en el artículo 2º. de la presente ley, brinde al talento humano en salud un estándar mínimo de prácticas en orden a garantizar a las familias en proceso de duelo y especialmente a la mujer, una atención humanizada así como el cuidado de su salud integral con énfasis en salud mental desde una perspectiva de prevención y atención de calidad, así como de garantía de sus derechos humanos y constitucionales.</p> <p>Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social en articulación con el Ministerio de Educación, una vez expedido el Lineamiento de que trata el presente artículo, deberá:</p> <p>a. Promover la realización de capacitaciones al talento humano en salud, de los servicios de atención ginecoobstétrica, Cuidado neonatal en todos los niveles de complejidad: básico, intermedio e intensivo, sobre duelo por muerte gestacional y neonatal y en especial sobre el Lineamiento del que trata el presente artículo.</p> <p>b. Fomentar la inclusión de la temática de duelo gestacional y neonatal, en los currículum de pregrados y postgrados en las carreras del sector de la salud, especialmente en las relacionadas con Psicología, Medicina y Enfermería.</p> <p>Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá efectuar el seguimiento a la implementación del Lineamiento de que trata el presente artículo, a través de los entes territoriales, y sus Secretarías Departamentales, Municipales o</p>	<p>Distritales de Salud quienes a su vez están en el deber de monitorear y garantizar su implementación en la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud tanto públicas como privadas, así como gestionar el desarrollo de capacidades de dichas instituciones y competencias del talento humano en salud, directivos y administrativos en la atención humanizada del duelo gestacional y neonatal.</p> <p>Artículo 5º. Lineamiento interno en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, tanto públicas como privadas, deberán adoptar el Lineamiento que expida el Ministerio de Salud y Protección Social a que hace referencia el artículo 3º. de la presente ley, o generar uno propio, incluyendo, como mínimo, los criterios y parámetros que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social en su lineamiento.</p> <p>Artículo 6º. Día Nacional de la concienciación sobre la muerte gestacional y neonatal. Créase el "Día Nacional de la Concienciación sobre la Muerte Gestacional y Neonatal" que se celebrará el 15 de octubre de cada año.</p> <p>Parágrafo 1. Se insta a todas las organizaciones públicas y privadas, a promover acciones que sensibilicen e involucren a toda la sociedad en torno al impacto de este tipo de muerte, la necesidad de promover cambios en la atención en salud y de garantizar los derechos de las familias y mujeres en duelo por muerte gestacional y neonatal.</p> <p>Artículo 6º. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga cualquier disposición que le sea contraria.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;">  <p>MAURICIO GÓMEZ AMÍN Senador de la República</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>MARTHA P. VILLALBA HODWALKER Representante a la Cámara</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;">  <p>JEZMI BARRAZA ARRAUT Representante a la Cámara Departamento del Atlántico Partido Liberal Colombiano</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>GABRIEL ELASCO Senador de la República</p> </div> </div>


VICTORIA SANDINO SIMANCA HERRERA
 Senadora de la República


FABIAN CASTILLO SUAREZ
 Senadora de la República


JOSÉ AULO POLO NARVAEZ
 Senador de la República

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

"POR MEDIO DE LA CUAL SE ORDENA LA EXPEDICIÓN DE UN LINEAMIENTO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y HUMANIZADA DE LA MUERTE Y EL DUELO GESTACIONAL Y NEONATAL EN INSTITUCIONES DE SALUD, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES – "LEY BRAZOS VACÍOS"

I. INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de ley parte de las evidencias y resultados de la investigación denominada "Humanización en la atención ante una muerte gestacional y neonatal: Recomendaciones al Ministerio de Salud y Protección Social para la construcción de un lineamiento." Reporte realizado por: Gómez M., Muñoz A.M., y Caballero J.A. (2020) para optar por el título de Magíster en Gestión Pública de la Universidad de los Andes, el cual contó con la supervisión de la Dra. Ana María Peñuela, Asesora del Despacho del Ministro de Salud y Protección Social.

Adicionalmente este proyecto se sustenta en: i) Evidencia empírica y científica recopilada para los efectos del presente proyecto, por la UTL del Senador Mauricio Gómez Amin. ii) Información estadística y experiencias aportadas por la entidad sin

¹ Gómez M., Muñoz A.M., y Caballero J.A. (2020) en "Humanización en la atención ante una muerte gestacional y neonatal: Recomendaciones al Ministerio de Salud y Protección Social para la construcción de un lineamiento." Universidad de los Andes. Escuela de Gobierno. Trabajo de grado para optar por el título de Magíster en Gestión Pública. Mayo de 2020. Bogotá. D.C. En: <https://repositorio.uniandes.edu.co/bitstream/handle/1992/48643/a833249.pdf?sequence=1>

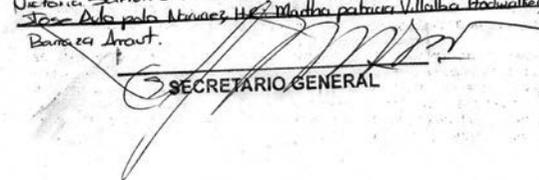
SENADO DE LA REPUBLICA

Secretaría General (Art. 139 y ss Ley 5ª de 1.992)

El día 6 del mes Abril del año 2021

se radicó en este despacho el proyecto de ley N° 430 Acto Legislativo N° _____, con todos y

cada uno de los requisitos constitucionales y legales por: Hs. Mauricio Gómez Amin, Rafael Jaime Urbán Orcampo, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, José Aulo Polo Narvaez, Hs. Madlen Patricia Villalba Hernández, Tezmi Ramirez Amant.


SECRETARIO GENERAL

ánimo de lucro JIC Fundación de apoyo ante la muerte gestacional y neonatal, que actualmente brinda en Colombia y Latinoamérica acompañamiento a familias en duelo por la muerte de sus hijos/as en gestación o en el periodo neonatal.

Es importante indicar que esta iniciativa cuenta con la revisión y el aval de los siguientes expertos:

- **Juanita Cajiao Nieto:** Psicóloga (Universidad de los Andes), Doctora en Medicina e investigación traslacional (Universidad de Barcelona), especialista en Psicología de la parentalidad durante el desarrollo (Universidad de Padua-Italia), Máster en psicología y psicopatología perinatal e infantil (Universidad de Valencia- España). Con más de 15 años de experiencia en el trabajo clínico, educativo y social con familias, bebés y profesionales de la primera infancia. Experta en duelo gestacional y neonatal.
- **Susana Bueno Lindo:** Médica Ginecobstetra. Consultora nacional para la humanización del parto. Docente universitaria en el área de humanización en la atención perinatal. Directora del primer "Diplomado Parto Humanizado y Seguro, una mirada integral y basada en la evidencia" con la Fundación Universitaria Ciencias de la Salud (FUCS) dirigido a profesionales de la salud. Conferencista a nivel nacional sobre humanización del parto. Voluntaria de ASOREDIPAR (Asociación de la red interétnica de Parteras y Parteros del Chocó). Doula.
- **Paulo Daniel Acero Rodríguez:** Psicólogo (Universidad Nacional de Colombia), especialista en resolución de conflictos (Universidad Javeriana), Máster en Integración de personas con discapacidad (Universidad de Salamanca), Tanatólogo (Instituto Superior de Teología Pastoral – Puerto Rico), Investigador principal del grupo muerte y duelo de la Universidad Manuela Beltrán, Director Ejecutivo de los Tribunales Deontológicos y Bioéticos de Psicología en el Colegio Colombiano de Psicólogos – Colpsic, autor de 11 libros dentro de los que figura "La vida después de la muerte de un hijo" (2018).
- **María Azucena Niño Tovar:** Médica y cirujana, Especialista en Pediatría (UIS), Especialista en Neonatología (Universidad del Valle), Especialista en Bioética (Universidad El Bosque), Especialista en Bioética Pediátrica (Children's Mercy Bioethics Center en afiliación con Universidad de Missouri, Kansas City), Profesora Dpto. Pediatría de la Universidad Industrial de Santander, Coordinadora del Comité de Ética de la Asociación Colombiana de Neonatología (ASCON) desde 2019, neonatóloga del Hospital Universitario de Santander y Neonatóloga bioeticista de la Clínica San Luis (Bucaramanga).
- **Myriam Patricia Pardo Torres:** Enfermera, Doctora En Ciencias de la Salud de la Escuela Nacional de Salud Pública de la Habana, Especialista en Enfermería Materno Perinatal Universidad Nacional de Colombia.

Actualmente profesora asociada Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá.

- **Carolina Guantes:** (España) Enfermera especialista en ginecología y obstetricia. Matrona de profesión con experiencia en varios países incluyendo a Colombia, liderando proyectos de humanización en salas de partos y servicios de atención ginecobstétrica. Actualmente se desempeña como consultora contratista de la UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas).
- **Diana María del Valle:** Médica Cirujana, Magíster en ciencias biomédicas de la Universidad de Los Andes, Doula, Asesora de lactancia, formada en yoga y salud prenatal y posnatal. Desde hace 8 años se desempeña como médica de urgencias ginecobstétricas de la Clínica Palermo.

II. OBJETO DEL PROYECTO DE LEY

El proyecto de ley que se pone a consideración del Honorable Congreso de la República tiene por objeto:

1. La imposición de la obligación al Ministerio de Salud y Protección Social de expedir en el marco de sus competencias, un lineamiento de atención humanizada a la muerte y el duelo gestacional y neonatal, aplicable a todos los actores del sector salud responsables de brindar la atención a las mujeres y las familias en casos de muerte gestacional y neonatal, que estandarice y establezca criterios objetivos de intervención, abordaje y acompañamiento, basados en la evidencia y en las mejores prácticas, y que tenga como foco promover el mayor bienestar posible, físico y mental de las familias y especialmente de la mujer cuyo hijo/a fallece en gestación o dentro de los primeros 28 días de vida, en el marco de los principios de la humanización, la atención digna, la promoción y prevención de la salud mental, la equidad, la privacidad, la autonomía de la mujer y la información. Y la promoción de la formación para el talento humano en salud en duelo gestacional y neonatal, y sobre el lineamiento que se expida, de manera que su implementación sea efectiva.
2. La obligación para las instituciones prestadoras de servicios de salud, tanto públicas como privadas, de adoptar el lineamiento expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social, o generar uno propio, incluyendo, como mínimo, los criterios y parámetros de atención que defina el Ministerio en el lineamiento que emita.
3. La creación del día nacional de la Concienciación de la muerte gestacional y neonatal, en Colombia.

III. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con el informe "Una tragedia olvidada: La carga mundial de la mortalidad fetal" (UNICEF, 2020) en el cual se establecieron las primeras estimaciones conjuntas de mortalidad fetal de UNICEF, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Grupo Banco Mundial y la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, cerca de dos millones de bebés nacen muertos cada año –o uno cada 16 segundos

El informe concluye que, a pesar de los avances realizados desde 2000, los mortinatos no han disminuido tan rápidamente como la mortalidad materna y neonatal, y si continúan las tendencias actuales, se producirán otros 19 millones de mortinatos antes de 2030. También podrían ocurrir más de 200.000 mortinatos adicionales durante los próximos 12 meses en 117 países de ingresos bajos y medianos debido a las graves afectaciones relacionadas con el COVID en los servicios de atención médica.

La pérdida de un bebé en gestación o al poco tiempo de nacer va mucho más allá de la pérdida de la vida. Tiene un impacto traumático y duradero en las mujeres y sus familias de todo el mundo, que a menudo padecen un profundo sufrimiento psicológico y el estigma de su entorno social.

Al respecto el director de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, ha afirmado:

"Dar la bienvenida al mundo a un bebé debería ser un momento de gran alegría, pero a diario, en lugar de alegría, miles de madres y padres sufren una tristeza insostenible cuando sus hijos nacen muertos.

(...)
"No hay un golpe que afecte tanto a una familia y que, a la vez, sea tan invisible en la sociedad que la pérdida de un bebé sobre todo en los últimos meses de gestación".

(...)
La tragedia de la mortalidad fetal demuestra la importancia de reforzar y mantener los servicios esenciales de la salud (...)"²

En ese sentido, adquiere vital importancia darle no sólo visibilidad a un hecho que es poco reconocido y validado, como es el intenso dolor que produce la muerte de un hijo en gestación o al poco tiempo de nacer, sino además garantizar unos derechos mínimos a la mujer y la familia en duelo que es atendida por el sistema de salud, de manera que no se generen afectaciones adicionales a la existente y puedan afrontar esa circunstancia dolorosa de una manera digna, respetuosa, y en donde el cuidado de su salud mental tenga un papel primordial.

Mientras en Colombia sigan reportándose muertes gestacionales y neonatales, es deber de la autoridad nacional competente en materia de política pública en salud,

² OMS. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS. Recuperado el 17 de marzo de 2021 En: <https://www.who.int/es/news/item/08-10-2020-one-stillbirth-occurs-every-16-seconds-according-to-first-ever-joint-un-estimates>

esto es, el Ministerio de Salud y Protección Social, garantizar a la mujer y las familias que afrontan dicha situación una atención integral en salud y de calidad, que sea respetuosa de sus derechos y valores.

La Carta Política establece en su artículo 49 la garantía de acceso para todas las personas a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Por su parte el art. 43 explícitamente dispone que la mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades, y **que la mujer durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado**. El art. 42 establece que la honra, la dignidad y la integridad de la familia son inviolables. El artículo 13º. por su parte establece que el Estado tiene la obligación de promover la igualdad real y efectiva de las personas que por su condición se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta. El artículo 15º. establece que todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y el Estado debe hacer respetar dicho derecho.

Por su parte la Ley 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones, establece en su artículo 2º. que el derecho a la salud comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud, y el Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo de tal derecho, de manera integral, comprendiendo el ámbito físico como mental.

Esos derechos constitucionales y legales deberían ser garantizados a la mujer y las familias que afrontan la muerte de su hijo/a en la gestación, parto y post parto en cualquier institución hospitalaria del país.

Lamentablemente, como se expondrá y fundamentará a lo largo de la presente exposición de motivos, se evidencia que:

- i) En las instituciones públicas y privadas de salud están llevándose a cabo prácticas contrarias a la humanización, la dignidad y el bienestar emocional de la mujer y la familia que afrontan la muerte de sus hijos en el proceso de gestación o período neonatal.
- ii) **No existe ningún instrumento legal o de política pública en Colombia que establezca puntualmente a las instituciones prestadoras de servicios de salud un estándar mínimo de atención y acompañamiento en dichos casos.**
- iii) La mayoría de las instituciones de salud del país no cuentan con lineamientos o un marco operativo de atención específico de la muerte y el duelo gestacional y neonatal y tampoco están obligadas a adoptarlos.
- iv) El talento humano en salud a cargo de la atención en casos de muerte gestacional y neonatal no cuenta con formación homogénea en abordaje del duelo por muerte gestacional y neonatal.

Todo lo cual hace que el tipo de atención que se brinda quede al criterio subjetivo de cada profesional de la salud, generando intervenciones y prácticas inadecuadas e incluso violatorias de derechos y creadoras de desigualdades materiales entre mujeres y familias que afrontan la muerte de su hijo/a en gestación o etapa neonatal.

Por esta razón resulta urgente hacer correctivos y establecer una política pública para trazar un lineamiento nacional y unos estándares de educación del talento humano en salud sobre este tema, que se traduzcan en mejoría de la atención en salud no solo desde el punto de vista tecnocientífico sino desde la perspectiva de humanización.

De aprobarse esta iniciativa legislativa, estaríamos dando un gran paso como país y como sociedad frente a un problema de salud pública que hoy se presenta en todo el país, y que hasta la fecha se encuentra desatendido, logrando con ello:

1. Mejorar la calidad de la atención en salud, desde la perspectiva de la humanización, dignidad, respeto y cuidado de la salud integral con énfasis en la salud mental y la dimensión espiritual y social de las familias y mujeres que afrontan la muerte de sus hijos/as en gestación o en etapa neonatal, en las instituciones de salud del país.
2. Estandarizar y garantizar una atención equitativa a las familias y las mujeres en duelo por muerte gestacional y neonatal, en las diferentes instituciones de salud del país, a través de un instrumento de política pública basado en la evidencia.
3. Minimizar el riesgo de secuelas psicológicas en las familias y las mujeres que afrontan muerte gestacional y neonatal, asociados al tipo de atención recibida en la institución de salud en el momento de la muerte, favoreciendo con ello una adecuada elaboración del proceso de duelo, todo lo cual está sustentado en evidencia científica.
4. Garantizar en el momento de la atención en salud, la efectividad de los derechos humanos, constitucionales y legales de las familias y las mujeres en duelo por muerte gestacional y neonatal.
5. Generar conciencia y visibilidad en la ciudadanía y las organizaciones públicas y privadas, sobre el impacto que tiene la muerte gestacional y neonatal en las familias y la mujer.

Consideramos que este proyecto de ley, es fundamental e indispensable para cumplir con el deber superior del sistema de salud y, en general, de la política: garantizar el bienestar integral de los ciudadanos, en este caso, de las familias y las mujeres que afrontan a diario la muerte de sus hijos en etapa gestacional o neonatal, y que de acuerdo con lo evidenciado, están siendo objeto de prácticas deshumanizantes que atentan contra sus derechos, su dignidad, honra y la de sus hijos/as fallecidos.

Por último, es importante precisar que el proyecto ha sido denominado "Brazos Vacíos", en tanto dichas palabras son utilizadas por los mismos padres en duelo en todo el mundo, describen el dolor que se sufre ante la pérdida de un hijo/a en gestación o al poco tiempo de nacer, luego de haberlo anhelado, esperado, haber proyectado un futuro, y de un momento a otro quedarse sin nada, tan solo con la cuna vacía y una gran soledad, sumada a la poca validación y deficiente atención del entorno familiar, social y sanitario.³

IV. FUNDAMENTO JURÍDICO DEL PROYECTO

IV.1. Fundamentos Constitucionales

- **Artículo 13:** "Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. (...) El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan."
- **Artículo 15.** "Todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar (...), y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar."
- **Artículo 42:** "El Estado y la sociedad garantizan la protección integral de la familia. (...) La honra, la dignidad y la intimidad de la familia son inviolables."
- **Artículo 43:** "La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación. Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado. (...)"
- **Artículo 49:** "Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud."

IV.2. Fundamentos y referentes legales y reglamentarios

³ https://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2015/05/Brazos_vacios.pdf
<https://bidequinduelo.org/wp-content/uploads/2018/03/6-Duelo-perinatal.pdf>
<https://www.reporteindigo.com/plensa/sociedad-dia-madres-sindrome-brazos-vacios-muerte-hijo/>
<https://duelogestacionalyperinatal.com/2017/05/08/el-dia-de-la-madre-cuando-termina-los-brazos-vacios/>
<https://saludprimero.mx/2020/05/08/madres-de-brazos-vacios-la-maternidad-invisible/>
https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/BPPP_2015/Estrategia_Parto_y_Salud_Reprod_ultima/BPPP_PARTO_Pais_Vasco_2.pdf

Colombia, conllevando a que el abordaje se realice conforme el criterio subjetivo de cada profesional de la salud, lo que hace que en muchos casos su actuación no sea la adecuada, y se generen incluso prácticas deshumanizantes y contrarias a los derechos de la mujer y la familia, que pueden afectar e incidir en la correcta evolución de su duelo¹⁰.

Sobre este particular el Ministerio de Salud y Protección Social coincide con esta exposición, al manifestar que:

"La tendencia habitual del personal de salud es centrarse en los cuidados físicos, de modo que el cuidado emocional de las personas que se ven afectadas por el fallecimiento de un bebé, antes, o durante su nacimiento resulta insuficiente".¹¹

VI. NECESIDAD DE UN LINEAMIENTO DE ATENCIÓN HUMANIZADA DE LA MUERTE Y EL DUELO GESTACIONAL Y NEONATAL EN COLOMBIA

VI.1. Deficiencias en la calidad de la atención en casos de muerte gestacional y neonatal en Colombia - Prácticas deshumanizantes y violentas contra la mujer y la familia en duelo.

Humanizar la atención en salud implica centrar la atención en las personas, desde las dimensiones física, mental, emocional, social y espiritual, con respeto a sus derechos humanos, creencias, principios y valores. De acuerdo con Isaza, S. (2015), hablar de humanización en salud implica comprender que la "atención en salud" no se reduce únicamente al tratamiento médico de personas enfermas sino a todas aquellas acciones desplegadas por el profesional que puedan afectar positivamente los determinantes de la salud de una persona, lo cual requerirá no sólo la capacidad de observar e interpretar las necesidades físicas de quien acude para ser atendido, sino también sus necesidades intelectuales, afectivas, emocionales y espirituales.

Por oposición a lo anterior, una atención deshumanizante en el ámbito de la salud corresponderá a la privación o despojo de las cualidades o atributos que diferencian a las personas como seres humanos, de otros seres vivos y que, al ser tratados como objetos o animales, se les considera incapaces de sentir algo más que dolor

Pública. Mayo de 2020. Bogotá D.C. En: <https://repositorio.unianimas.edu.co/bitstream/handle/1992/48643/0/833249.pdf?sequence=1>
¹⁰ De acuerdo con un estudio realizado por Pastor, Romero, Hueso, Lillo, Vacas-Jaén y Rodríguez (2011), la tendencia habitual de los profesionales es centrarse en los cuidados físicos evadiendo el aspecto emocional en un intento de disminuir su propia angustia. Por ello ponen en marcha diferentes mecanismos, actitudes y comportamientos en la vivencia de estas situaciones, lo que hace que su actuación no sea en muchas ocasiones la más correcta, reaccionando de manera distante y negando la gravedad de la pérdida sobre todo en gestaciones tempranas. Se hace evidente la falta de estrategias, de destrezas y de recursos de los profesionales entrevistados para afrontar estas situaciones y dar respuesta a las demandas de los padres. No son conscientes de que una actitud profesional inadecuada puede incidir en la correcta evolución del duelo de los padres y se sienten poco preparados para establecer una relación empática.
¹¹ Ministerio de Salud y Protección Social. Radicado No. 202121200334771 "Información Salud muerte fetal y perinatal" de fecha 1 de Marzo de 2021.

físico, alejando el ejercicio de la medicina de toda sensibilidad humana (Brusco, 2015). Según Gafo, J (2014), la deshumanización en salud implica: "1. La conversión del paciente en un objeto y el descuido de su dimensión emotiva; 2. La ausencia de calor humano en la relación de atención, revelando indiferencia; 3. La falta de autonomía de quien es atendido para tomar decisiones, convirtiéndose en un sujeto pasivo de lo que sucede en torno a él" (Referenciado en Bermejo J.C., 2015).

De acuerdo con la investigación de Gómez.M., Muñoz A.M., y Caballero J.A. (2020), uno de los aspectos más recurrentes en los relatos de las mujeres cuyo hijo/a ha fallecido en gestación o en periodo neonatal es la experiencia frente al trato recibido en la institución de salud en la que fueron atendidas y las secuelas emocionales que les dejó dicha experiencia, teniendo en cuenta además que en ese momento las familias y en especial las mujeres se encuentran en una situación de gran vulnerabilidad.

El siguiente testimonio recogido en el estudio anteriormente referido, corresponde al caso de Sandra Marcela R., madre ubicada en la ciudad de Cali, quien a los cinco meses y medio de gestación dio a luz a su hijo Emiliano en una Institución hospitalaria de carácter público en esa ciudad. Este difícil relato se constituye en una de las evidencias más importantes sobre prácticas deshumanizantes y violencia obstétrica en caso de muerte gestacional:

"(...) ella me dijo te voy a hacer un tacto entonces me metió la mano y le dijo a los 2 estudiantes "así se hace un parto" y yo sentí que empezó a voltearme al bebe y empezó a sacármelo y yo empecé a llorar y le dije: Nooo, no me lo saque, que está haciendo, ¿por qué me está sacando a mi bebé? y ella me dijo: él va está muerto, entonces yo empecé a llorar y le dije noo deme a mi bebé, yo estaba medio sentada y veía cómo lo iba sacando, yo estaba llorando y le decía: ¿él se me va a morir? y me dijo: él ya está muerto y si está vivo dura unos minutos no más (...).
 (...) me dejaron con toda mi parte de abajo desnuda y con mi hijo muerto envuelto en una bata dentro de un plátan, en un pasillo al frente de la sala de maternidad, esperando, sola. Todo el mundo nos miraba, yo nada más me acuerdo de verle la cara a todas las embarazadas y yo no podía parar de llorar, con mi bebé muerto en mis brazos, viendo cómo nacían todos los otros bebitos llorando (...). Me dejaron ahí más o menos una hora mientras toda la gente pasaba por mi lado y se quedaban mirando con morbo, yo lo único que trataba de hacer era cubrir a mi chiquitito, él no se merecía eso y yo tampoco".¹²

Este caso, junto a otros testimonios sobre la percepción de la calidad de la atención en la institución de salud en el momento de la muerte del bebé recopilados por Gómez M., Muñoz A.M., y Caballero J.A. (2020), así como información recopilada

¹² Entrevista semiestructurada, Sandra Marcela R., 21 semanas de gestación, Cali, 25 de febrero de 2020.

por JIC Fundación de Apoyo ante la muerte gestacional y neonatal, y por la UTL del Senador Mauricio Gómez, evidencian grandes deficiencias en la atención en casos de muerte gestacional y neonatal, correspondientes a prácticas deshumanizantes, varias de ellas que se encuadran dentro del concepto de violencia obstétrica, y que son contrarias a la dignidad y los derechos de la mujer que da a luz a su hijo sin vida.

Dentro de dichas prácticas identificadas se encontraron las siguientes:

1. No brindar autonomía para toma de decisiones relacionadas con aspectos clínicos de la mujer o relacionadas con el bebé fallecido.
2. No ofrecer información clara sobre los hechos y procedimientos a realizar y/o realizar procedimientos sin consentimiento previo sin existir justificación para ello.¹³
3. Comunicación del diagnóstico o de la muerte restándole valor a la muerte y el impacto emocional de tal hecho; sin ningún tipo de tacto o consideración en la forma en que se comunica la noticia; delegando de manera sucesiva entre distintos profesionales de la salud, la responsabilidad de dar la noticia.¹⁴
4. Ausencia total de privacidad al llevar a cabo el parto en presencia de personas distintas al personal de salud.¹⁵
5. Ubicar a la madre en duelo durante el parto, recuperación y hospitalización, junto a madres con sus recién nacidos vivos teniendo que escuchar su llanto e incluso presenciar su nacimiento y amamentamiento.¹⁶

¹³ "Mi hijo iba a nacer y al nacer iba a morir, yo lloraba mucho y por llorar, la hemorragia, el dolor, me desmaye y recuerdo que la médica me pegaba en la cara y me decía: rápido despierte que aquí no tenemos tiempo para que usted se desmaye. Yo no tenía fuerzas para quitarla de encima y le decía por favor no me pegue en la cara doctora." Testimonio de Erika R. mamá de Sara. Aportado por JIC Fundación de apoyo ante la muerte gestacional y neonatal. 29 de marzo de 2021.
¹⁴ (...) sus palabras textuales que fueron agresivas para mi modo de ver fueron: el corazón dejó de latir y entonces tiene que ir a que le saquen eso porque se puede infectar, (...)unas palabras muy digo yo inhumanas" (Entrevista semiestructurada, Cindy Taliama M., Bogotá 1nueve de febrero de 2020)
 (...) entra la pediatra de mi hijo y le digo cómo está mi niño y me dice: (habla con mal genio) Como quiere que esté? y yo le pregunté: ¿cómo se está alimentando? y me dice: ¿Usted no sabe que él se va a morir? (...) (Entrevista semiestructurada, Diana Constanza R., Bogotá, 24 de febrero de 2020).
 (...) todos estaban completamente perdidos y todos iban por un lado y por el otro y nadie sabía mucho que hacer, entonces además de la incertidumbre que tiene uno como mamá, los profesionales de la salud están aún más perdidos y asustados que nosotros, entonces pues me atendió mucha gente y me pasaban de una persona a otra y nadie era capaz de decirme qué mi bebé había muerto. (Entrevista semiestructurada, Sandra C., 38 semanas de gestación. Bogotá, 25 de febrero de 2020)
¹⁵ (...) espero 6 horas y presencié más de 15 partos llorando eso ha sido lo más difícil de mi proceso para la superación del duelo marco mi vida ese momento solá, viendo como todos los bebés nacían a mi alrededor y yo con mi bebé muerta rodando por toda la sala de partos" Testimonio de Erika R. mamá de Sara. Aportado por JIC Fundación de apoyo ante la muerte gestacional y neonatal. 29 de marzo de 2021.
¹⁶ (...) alrededor del espacio donde yo estaba haciendo mi parto escuchaba todo el tiempo bebés llorando ehhh o sea es evidente tú estás en la misma sala de partos y es psicológicamente muy fuerte saber que tú tienes que pasar por ese mismo dolor de parto de dolores pero tú bebe nunca va a llorar y estás escuchando bebés llorando todo el tiempo alrededor tuyo". (Entrevista semiestructurada, Sindy C., Bogotá 18 de febrero de 2020)

6. Prohibir el acompañamiento por parte de algún familiar.

7. Tratar al bebé que ha muerto o va a morir como un objeto o como un desecho biológico, con términos como "producto", "desecho", "aborto", "feto", "óbito", "mortinato", "material".¹⁷

8. No entregar el cuerpo del bebé para sus exequias o rituales funerarios, pese a haberlo solicitado, manifestando que al tener menos de 22 semanas no es posible y no brindar información sobre ese derecho.¹⁸

9. Negar a la madre, el padre y/o la familia próxima, la posibilidad de ver, sostener, despedirse, vestir o tomar fotografías al hijo/hija que va a morir o ha muerto, recomendarles no hacerlo o abstenerse de brindarles información y orientación al respecto.¹⁹

(...) algo que también me parece terrible fue la cuestión que tengamos que compartir como los espacios con las otras mamitas, porque para uno es devastador, escuchar el llanto de otros niños, porque de hecho uno por meses dura que no quiere ni ver un bebé, porque en ese momento es más chocante estar ahí en ese momento ehh (...)" (Entrevista semiestructurada, Martha Isabel R., Bogotá 19 de febrero de 2020)
¹⁷ (...) no me gustó tampoco como se expresan respecto al bebé (...) escuché que para los doctores era el producto y pues eso es doloroso porque para uno de papá sigue siendo su bebé sigue siendo su hijo (...) es como si fuera cualquier cosa que se desecha y ya, además mi bebé ya estaba de 39 semanas. (Entrevista semiestructurada, Martha Isabel R., Bogotá 19 de febrero de 2020)
 (...) cuando empieza a mirarme y hablar de lo técnico empieza a referirse muy despectivamente a mi bebé, hubo un momento en que yo desde el desconcierto le decía: ¿qué va a pasar con mi bebé? y ella me miró como, sus palabras fueron estas: A ver mamita que no entiendes, su bebé no pesa ni 200 gramos, pues si ella se muere pues es un aborto, porque ahí no hay nada, (...)" (Entrevista semiestructurada, Sindy C., Bogotá 18 de febrero de 2020)
 "Cuando pasé por el servicio de psicología me impactó también (...) en ese momento me dijo: yo no sé porque a ti te duele tanto la pérdida de esos fetos, (...) yo decía para mí no son fetos para mí son mis hijos." (Entrevista semiestructurada, Fernanda O., Bogotá 26 de febrero de 2020)
 "(...) siempre se habló: de mi hijo como si fuera un tumor, fue absolutamente desobligante por parte de la del personal médico" (Entrevista semiestructurada, Danise Maireth S., Bogotá 17 de febrero de 2020)
 "(...) en el momento que el niño ya no está con vida ya no es tratado como un bebé, sino como un objeto. Entonces es como el niño objeto que se llevan allá como a la nevera, lo envuelven en la tela más terrible de la historia y luego lo custodian como si fuera un órgano que me extirparan (...) siento que en ese momento fue oblitivizado mi bebé (...)" (Entrevista semiestructurada, Sandra C., Bogotá, 25 de febrero de 2020).
¹⁸ (...) Luego una enfermera llegó con dos frascos separados para poner ahí a mis niños, si no tiene más de 21 semanas dejan para estudio "los fetos", como ellos los llaman, los dejan para estudio, yo muchas veces me di lágrimo porque yo me imaginaba qué hicieron con ellos, con mis hijos, si los picaron en pedacitos y los dejaron para estudio (llanto), eso es algo que duele. (...) si son mis hijos pues ¿por qué porque no me los entregan? yo los pedí, pero me dijeron que eran protocolos desde el Ministerio de Salud, que menos de 21 semanas no entregan los cuerpositos, pero yo sé ahora que a otras mamás si se los han entregado después de los estudios (se limpia las lágrimas). (Entrevista semiestructurada, Fernanda O., Bogotá 26 de febrero de 2020)
¹⁹ (...) me hubiera gustado que los médicos hubieran sido claros conmigo acerca de los procedimientos cómo iba a ser, (...) de mis opciones con tiempo, por ejemplo que me hubieran dicho, tú vas a tener la posibilidad de ver a tu bebé, lo vas a querer ver, vas a querer que tu esposo lo vea, vas a querer que tu familia lo vea, tal vez vas a tener que tomar la decisión de si enviaron a patología tu bebé, ve pensando, tú que vas a decidir, vas a querer cremarla que vas a hacer para la exposición del cuerpo, (...) debió haberse asesorado acerca de tanto procedimiento como de mis opciones y no, no fue así, porque todo fue como que me iba entrando a

<p>10. No brindar apoyo psicológico oportuno durante la atención, ni después de ella.^{20 21}</p> <p>11. No hacer ningún tipo de seguimiento post-egreso a la madre en duelo, ni valorar la aparición de dificultades en la salud mental asociados con el postparto y la pérdida, como depresión.</p> <p>12. No brindar información y opciones para el manejo de la lactancia posterior a la muerte del bebé.²²</p> <p>13. No actualizar en las bases de datos de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o de las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud el evento de muerte gestacional y neonatal, conllevando a que más adelante se llame a las madres a hacer seguimiento del bebé y su perfil de vacunación.²³</p> <p><i>medida que iba pasando y siempre preguntando y no había claridad de hecho, entre los profesionales no hay claridad entre ellos inclusive.</i> (Entrevista semiestructurada, Sindy Brigitte C., Bogotá 18 de febrero de 2020) <i>"No me lo dejaron tocar en ese momento ni ninguno de los siete días que estuve vivo, yo soñaba con tomarme foto en su incubadora, pero nunca me dejaron. (...) entré a donde lo tenían y todavía estaba conectado y sonaban todos los pitos y las cosas de fondo, y el bebé ya muerto ahí, yo decía, pero por qué no lo desconectan, (...) todo el mundo salió a correr, la médica se puso a llorar y salió corriendo, las enfermeras también y en ese momento me quedé yo con mi hijo ahí y yo decía qué hago, lo alzo, no lo alzo, etc. No había una sola enfermera que me dijera qué hacer desde lo humano. (...)".</i> (Entrevista semiestructurada, Angela María M., 12 de febrero de 2020).</p> <p>²⁰ (...) en ningún momento se trató la parte emocional que es muy muy importante (...) y ni a mi compañero ni a mi nos brindaron apoyo psicológico (...). (Denise Maireth S., Bogotá 17 de febrero de 2020) (...) nunca había un psicólogo, no, hasta que salía a pedir control como tal, pero no nunca tuve acompañamiento psicológico. Yo creo que uno en ese momento hubiera necesitado una persona que lo guíe a uno, (...) si hace mucha falta ese acompañamiento // (...). (Entrevista semiestructurada, Martha Isabel R., 19 de febrero de 2020)</p> <p>²¹ En una encuesta realizada por JIC Fundación a 69 mujeres de varias ciudades de Colombia, el 53,6% informó que durante la estancia en el hospital, ningún profesional de la salud mental se había acercado para brindarle apoyo e información sobre el proceso de duelo.</p> <p>²² (...) cuando salí nunca me dijeron vas a seguir lactando o sea te va a salir leche o esto o lo otro, nunca me dijeron que tomara nada tampoco (...) entonces tampoco tuve como ese acompañamiento de que hacer, que puedo hacer con esa leche o como puedo disminuir esa: el flujo el flujo lácteo entonces pues también fue muy doloroso porque entonces sales del hospital y el cuerpo también te está recordando, ya entonces lo que hice fue pueros remedios caseros de la abuela porque nunca me dijeron que hacer para ir secando la leche." (Entrevista semiestructurada, Martha Isabel R., Bogotá 19 de febrero de 2020)</p> <p>²³ (...) a unas semanas del fallecimiento de mi bebé me estaban llamando para decirme porque no había vuelto a los controles, lo que se evidencia una terrible desorganización en donde ni siquiera tienen en cuenta la historia clínica (...). (Denise Maireth S., Bogotá 17 de febrero de 2020) (...) me llamaban para recordarme queee no olvidara las vacunas, pero yo le dije es que mi hija ya murió, eso era lo único que me llamaban para eso de resto (...), yo le dije: ¿es que eso no está en sistema?, o sea ¿no leen la historia clínica que mi hija está muerta (...)? nosotros no miramos eso, eso no está en el sistema me dijeron". (Entrevista semiestructurada, Tatiana Milena R., Bogotá 16 de febrero de 2020) (...) yo no sé si es que en el sistema no les queda o qué pero digamos a mí a los pocos días del parto me llaman de Colsubsidio a decirme manita porque no has traído a tu bebé a control y yo como así yo de una yo me puse a llorar en el teléfono privada, porque no pude no pude y mi esposo fue el que habló y yo me pregunto cómo así (...) la verdad como tres meses llamándome por lo mismo (...). (Entrevista semiestructurada, Martha Isabel R., Bogotá 19 de febrero de 2020)</p>	<p>14. No estar informados previamente de los detalles de la historia para acercarse a la madre o padre del hijo/hija que ha muerto, reiterando preguntas innecesarias sobre la muerte, generando con ello revictimización.²⁴</p> <p>15. Utilización de expresiones por parte del personal de la salud, que le quitan importancia a lo sucedido, tales como "usted es joven puede tener más hijos", "el tiempo lo cura todo", "siquiera ahora y no cuando estuviera más grande".²⁵</p> <p>16. Entregar el estudio de necropsia sin la explicación y soporte adecuado para comprender el resultado y tener apoyo psicológico frente al impacto que pueda significar ese momento.²⁶</p> <p>17. Ningún o escaso acompañamiento, o seguimiento oportuno al estado de salud mental de la madre y el padre, posterior al egreso.</p> <p>18. Abordajes distintos dependiendo del profesional a cargo o de la Institución de Salud.²⁷</p> <p>19. Desconocimiento de la evidencia del impacto de la muerte gestacional o neonatal en las familias y la mujer que la afrontan.</p> <p>Este listado recoge la difícil realidad que atraviesan muchas mujeres y familias en Colombia, y que para efectos del presente proyecto de ley se traduce en el problema público que debe ser corregido a través de la orden al Ministerio de Salud y Protección Social de expedición de un lineamiento nacional de</p> <p>²⁴ después más adelante fue cuando me suben a la habitación. Cuando cuando me suben a la habitación, llaman a un camillero (...) cuando estaba en el ascensor fue que el camillero me dice como: mamá entonces ya lista para jugar fútbol con su bebé me hace el comentario yo en ese momento no le dije nada pero pues obviamente en ese momento que uno ya está todo destruido pues mal como, no sé si la historia no decía como o no tenía alguna señal y te dijera: Oiga acabo de tener un bebé que nació muerto pues pero él no lo hizo por mal yo entiendo que no lo hizo por mal pero eso es por falta de o por desconocimiento, o sea, el camillero no estaba informado (...). (Entrevista semiestructurada, Sandra C. Bogotá, 25 de febrero de 2020)</p> <p>²⁵ Me dijo: no china su bebé ya se murió, igual está muy joven y va a tener otro, después me dijo con qué va a planificar (...) volvió y me dijo como: pero igual debe planificar está muy joven para que tener hijos en este mundo" (Entrevista semiestructurada, Jennifer G., Bogotá 24 de febrero de 2020).</p> <p>²⁶ (...) Luego al mes siguiente fui a recoger la necropsia y me la entregaron por ventanilla, todo el relato de mi hijo, de su muerte, de que lo abrieron, no hubo un acompañamiento, alguien que se sentara conmigo, cuando eso debió haber tenido un psicólogo dando soporte emocional y el médico que hizo la necropsia explicándome qué pasó, que encontraron y que no, pero nadie. La leí viniendo en el taxi de camino desde la clínica hasta aquí. (Entrevista semiestructurada, Angela María M., 12 de febrero de 2020)</p> <p>²⁷ "...no es un trato médico estandarizado porque depende mucho del profesional, la dependencia de la institución, (...) yo pude evidenciar después de ver tantos médicos que el trato dependía del médico entonces, no es como una calidad de servicio estándar (...) recibí atención muy buena de algunos profesionales como una atención muy mala e hiriente e incluso de maltrato psicológico por parte de otros (...) y esos días jamás se olvidarán y que de hecho te genera secuelas, porque digamos te tardas un tiempo en poder hacer un perdón con los con los médicos. (...) hay un vacío muy grande de los procedimientos a seguir y entonces se subjetiviza todo y el profesional actúa de acuerdo a lo que cree que es mejor y no lo que comprobado por la ciencia por los estudios se sabe que es lo mejor, entonces tú vas a encontrar desde quién te dice es mejor que no veas a tu bebé como de quienes saben que para el proceso de duelo es importante verlo, vas a encontrar doctores de todo tipo pero, pero pues no debería ser así cuando tú tienes un procedimiento claro, el procedimiento se cumple independientemente de las opiniones del nivel del hospital o de la personalidad del profesional." (Entrevista semiestructurada, Sindy Brigitte C., Bogotá 18 de febrero de 2020)</p>
<p>atención en salud y acompañamiento a madres y padres que han perdido su hijo/hija durante la gestación o durante los 28 primeros días de vida y la promoción de la formación de los profesionales de salud en atención al duelo por muerte gestacional y neonatal.</p> <p>Es preciso indicar que la atención humanizada parte de la garantía misma de efectividad de los derechos humanos del paciente y de su familia, razón por la que se hace tan importante dotar de herramientas y promover las competencias en el saber, el hacer y el ser, en quienes en las instituciones de salud deben hacerse cargo de la atención de las muertes en etapa gestacional y neonatal con el fin de que dichos momentos del duelo sean abordados de forma apropiada. En este punto la Subdirectora de Enfermedades no transmisibles del Ministerio de Salud indicó lo siguiente:</p> <p>"(...) hay una enorme necesidad de herramientas y desarrollo de capacidades para los actores del sistema que abordan las pérdidas perinatales, también para los gestores de políticas, (...) creo que debe existir una orientación técnica basada en la evidencia, en este sentido creo que es importante porque finalmente es una situación que genera muchas dificultades de abordaje para los profesionales de la salud porque además quienes lo deben hacer no son sólo los psicólogos de los servicios, ni los psiquiatras de enlace, sino los profesionales que atienden directamente las necesidades materno perinatal, entonces debe hacerlo el ginecobstetra, debe hacerlo la enfermera que trabaja allí, deben hacerlo los instrumentadores, debe hacerlo el perinatólogo, el pediatra; entonces todos estos profesionales deben contar con herramientas en salud mental para abordar las exigencias del duelo y sus impactos en la salud".²⁸</p> <p>Teniendo en cuenta lo anterior, y dado que a la fecha el Ministerio no ha expedido ninguna política o lineamiento al respecto, es preciso instar a esa autoridad para que diseñe un instrumento que permita hacer cambios que mejoren la calidad de la atención desde la óptica de la humanización y de la salud mental, estandarizando las prácticas más importantes, con fundamento en evidencia.</p> <p>VI.2. La atención en salud inadecuada en el momento de la muerte gestacional o neonatal puede agravar los efectos negativos de tipo psicológico para la mujer y la familia en duelo, convirtiéndose en un factor de riesgo para la salud mental.</p>	<p>De acuerdo con Aiyelaagbe, Scott, Holmes, Lane, & Heazell, (2017), los efectos de la muerte perinatal no solo se limitan a la angustia emocional resultante de la muerte del hijo/hija, sino que también tienen implicaciones biomédicas y psicológicas profundas. En igual sentido, Cacciatore, J. (2017), indica que los efectos sociales y emocionales de la muerte perinatal son relevantes, y muchas familias informan niveles clínicos de síntomas de ansiedad, depresión y estrés post- traumático al menos cuatro años después de la pérdida.</p> <p>Dentro de los hallazgos de Youngblut et al. (2017) se encontró que:</p> <p>"Las reacciones iniciales de los padres a la muerte de su hijo incluyen incredulidad y conmoción, seguidas de fuertes reacciones emocionales, síntomas somáticos, dificultades en la interacción social y un desafío al significado de la vida. Burden y col. (2016) en una revisión sistemática del impacto de la muerte fetal en los padres encontró que los padres suprimieron su dolor y recurrieron al uso de sustancias mientras que las madres se enfocaron en la imagen corporal y la calidad de vida. Aunque la intensidad del dolor de los padres puede disminuir con el tiempo (Alam et al., 2012; Meert et al., 2011; Stroebe et al., 2013), algunos padres continúan llorando por sus bebés e hijos fallecidos durante muchos años, a menudo más tiempo que los adultos privados de otros miembros de la familia. O'Leary y Warland (2013), en padres entrevistados entre los 68 y 81 años de edad y cuyo bebé murió en el primer mes de vida, encontraron que el dolor de los padres persistió durante 5 o más décadas. Algunos investigadores informan un duelo complicado (persistentes síntomas de respuesta al estrés crónico que incluyen anhelo intenso por el difunto, conmoción, incredulidad, ira, amargura) que dura más de 6 meses después de la muerte e interfiere con el funcionamiento diario. (Zhang, El-Jawahri y Prigerson, 2006). Hogan, Greenfield y Schmidt (2001) encontraron que los padres dentro de los 3 años de la muerte de su hijo tenían más dolor que los padres 3 o más años después de la muerte. El dolor de los padres se mantuvo en 1 y 2 años después de la muerte fetal (Rubin & Malkinson, 2001), y estuvo presente 50 a 70 años después de la muerte (O'Leary & Warland, 2013). Stroebe y col. (2013) y Caeymaex et al. (2013) encontraron poca o ninguna relación entre la intensidad del dolor y el tiempo transcurrido desde la muerte del niño".</p> <p>Por su parte Fonseca-Gonzalez (2010) [citado por Páez-Cala ML, Arteaga-Hernández LF, 2019] indica que una atención y acompañamiento deficientes, a los padres durante el proceso de muerte de su hijo recién nacido les ocasiona crisis emocionales que a su vez pueden desencadenar la pérdida de la salud psicológica. En ese sentido, una atención al duelo de buena calidad puede</p>

²⁸ Entrevista semiestructurada a Nubia Bautista, Subdirectora de enfermedades no transmisibles del Ministerio de Salud y Protección Social, 17 de marzo de 2020. Recopilada y citada por Gómez M., Muñoz A.M., y Caballero J.A. (2020) en "Humanización en la atención ante una muerte gestacional y neonatal: Recomendaciones al Ministerio de Salud y Protección Social para la construcción de un lineamiento." Universidad de los Andes, Escuela de Gobierno. Trabajo de grado para optar por el título de Magister en Gestión Pública. Mayo de 2020. Bogotá D.C. En: <https://repositorio.uniandes.edu.co/bitstream/handle/1992/48643/u833248.pdf?sequence=1>

mitigar los efectos psicológicos como consecuencia de la pérdida²⁹ y prevenir patologías psicoemocionales para la mujer y la familia.

De acuerdo con lo que indica la Subdirectora de Enfermedades no transmisibles del Ministerio de Salud y Protección Social:

"Si el abordaje de los servicios de salud ante una muerte gestacional o neonatal no es adecuado, se genera un factor de riesgo para la salud mental de quien afronta esa situación, y dicho problema se presenta en mayor medida cuando ese abordaje se realiza por el personal de salud desde sus propios recursos y percepciones personales."³⁰

En ese sentido, en casos de muerte gestacional o neonatal, una atención en salud de buena calidad a quienes afrontan el duelo de ese hijo/a, debe garantizar que el centro sea la persona, y el cuidado que se le brinde sea integral, esto es tanto física como emocionalmente, de manera que el abordaje de los profesionales de la salud con los que esa mujer o familia tengan contacto, se convierta en un factor de protección a nivel psicoemocional, en lugar de constituir un factor de riesgo para la salud mental.

Así las cosas, de existir un lineamiento que brinde herramientas a los profesionales en salud para desplegar una atención bajo criterios objetivos y basados en evidencia, que garanticen la promoción, prevención y cuidado de la salud mental de quienes afrontan esta experiencia, especialmente las mujeres que son atendidas en la institución.

VI.3. En el ordenamiento jurídico colombiano no existen lineamientos ni políticas puntuales para la atención integral que debe brindarse a las mujeres y familias que afrontan la muerte de su hijo/a en etapa gestacional o neonatal, en la institución de salud.

²⁹ Dentro de dichos efectos se encuentran los siguientes:
 (i) Desórdenes de alimentación y de sueño, así como enfermedades crónicas, y disminución en la calidad de vida (Camacho-Avila, et al., 2019)
 (ii) Culpa, vergüenza, arrepentimiento, miedo, estigma y la sensación de querer morir (Davidson, 2018).
 (iii) Afectaciones para la relación de pareja (Albuquerque, Pereira, & Narciso, 2016), (Davidson, 2018), aspecto que no se evidencia en otras tipologías de duelo, lo cual puede verse relacionado con una falta de acompañamiento idóneo (Fonseca-Gonzalez, 2010, citado por Páez-Cala ML, Arteaga-Hernández LF., 2019)
 (iv) Cambios y dificultades a nivel familiar relacionados con excesiva sobre protección respecto de hijos sobrevivientes o hijos posteriores (Camacho-Avila, et al., 2019), (Davidson, 2018).
 (v) Altos niveles de ansiedad para ambos padres, frente a embarazos posteriores (Davidson, 2018).
 (vi) Complicaciones del duelo donde se presenta sintomatología depresiva, vergüenza, desvalorización del autostima e ideas de suicidio frecuentes (López, 2010)
³⁰ Entrevista semiestructurada a Nubia Bautista, Subdirectora de enfermedades no transmisibles del Ministerio de Salud y Protección Social. 17 de marzo de 2020. Recopilada y citada por Gómez M., Muñoz A.M., y Caballero J.A. (2020) en "Humanización en la atención ante una muerte gestacional y neonatal: Recomendaciones al Ministerio de Salud y Protección Social para la construcción de un lineamiento." Universidad de los Andes, Escuela de Gobierno. Trabajo de grado para optar por el título de Magister en Gestión Pública. Mayo de 2020. Bogotá D.C. En: <https://repositorio.uniandes.edu.co/bitstream/handle/1992/48643/6/833249.pdf?sequence=1>

Dentro de la revisión efectuada en el ordenamiento colombiano, no se encontró ninguna ley que haga referencia específica a parámetros de atención de la muerte y el duelo gestacional y neonatal.

A nivel reglamentario tampoco se encontró evidencia al respecto. Lo único que hace referencia a la muerte perinatal y neonatal es el Protocolo de Vigilancia en Salud Pública frente a mortalidad perinatal y neonatal tardía (Instituto Nacional de Salud, 2016), documento que no refiere criterios de atención de la madre y el padre en duelo en la institución de salud, dado que su propósito es como lo dice su nombre, realizar vigilancia de tipo epidemiológico y organizar los datos de muerte fetal intrauterina y neonatal, con lo cual la única indicación que realiza es el ofrecimiento de la necropsia y la realización de una entrevista posterior a la muerte con el fin de recopilar datos que lleven a conocer los antecedentes y las causas de la misma, dejando de lado cualquier referencia al abordaje o acompañamiento de la familia y la mujer en el momento de la muerte gestacional o neonatal.

Ahora bien, no obstante en Colombia existen orientaciones de política pública tales como la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos, el Anexo Técnico Calidad y humanización de la atención en salud a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes, la Guía operativa para la valoración de la calidad y humanización de las atenciones de protección específica y detección temprana a mujeres gestantes, niños y niñas en la Ruta Integral de Atenciones – RIA, la Resolución 3280 de 2018 (Ruta Integral de Atención para la población materno perinatal)³¹, la Resolución 4886 de 2018 por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental, la Resolución 3100 de 2019 y el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud 2016-2021, en ninguna de esas políticas se hace referencia a parámetros y criterios de atención en casos de muerte gestacional o neonatal y los criterios de abordaje de la mujer y de la familia en duelo.

Tampoco existe, como ya se ha precisado, un lineamiento o política específica que establezca a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del país y los profesionales que laboran en ellas, un 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), como sí existe respecto de mujeres gestantes, niños y niñas, en donde se brindan pautas para materializar la atención integral en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014), lo cual claramente está generando una evidente desigualdad.

Como bien lo refiere Páez-Cala ML, Arteaga-Hernández LF. (2019), al referirse a la ausencia de dichos lineamientos en Colombia, esto:

"(...) demuestra un sistema de atención desligado, que responde a una mirada lineal, causa - efecto, que aún no logra visualizar a los actores y dilemas humanos existentes más allá de las cifras".

³¹ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. COLOMBIA. Resolución 3280 de 2018. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normalidad_Nuevo/Resoluc%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf

De acuerdo con lo anterior, lo que se evidencia es que si bien el derecho a la salud incluye el recibir atención "integral e integrada y humanizada" en salud mental y "atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental" (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018) **no existen pautas de actuación en Colombia en materia de atención integral en caso de muerte gestacional y neonatal**, lo cual se considera un factor determinante en el desarrollo de prácticas deshumanizantes en la atención, en casos de muerte gestacional o neonatal, que afectan el bienestar emocional de dichas madres y padres.

VI.4. La mayoría de las Instituciones prestadoras de servicios de salud no cuentan con protocolos o lineamientos internos específicos para la atención del duelo de las familias y de la mujer que afronta la muerte de su hijo/a en gestación, intraparto o en periodo neonatal.

Actualmente coexisten de forma autónoma más de 10,051 IPS en el país entre públicas y privadas y 70 aseguradoras (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016) con objetivos dispersos y formas distintas de proceder y atender casos de muerte y duelo por muerte gestacional o neonatal, sin que haya aún articulación en ese aspecto por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

Dentro de la investigación realizada por Gómez M., Muñoz A.M., y Caballero J.A. (2020), de 10 instituciones de salud (9 en Bogotá y una en Cali) a las cuales se les solicitó información sobre existencia de lineamientos o guías internas específicas para la atención de eventos de muerte gestacional o neonatal, sólo una institución de carácter público en Bogotá, indicó tenerlo y lo aportó; 3 se negaron a aportar información oponiendo reserva y las demás aportaron guías, protocolos o procedimientos que no hacen referencia a criterios de abordaje y acompañamiento a las familias y la mujer específicos para casos de muerte gestacional o neonatal.³²

Adicionalmente desde la UTL del Senador Mauricio Gómez se requirió información al respecto a **21 instituciones** de salud públicas y privadas en todo el país, solicitando indicar entre otros puntos, si "La Institución de Salud cuenta con reglamento, lineamiento, procedimiento interno o guía, frente a la atención en casos de muerte fetal y neonatal y el acompañamiento al duelo en esos casos específicos? En caso de contar con ello solicitamos por favor adjuntarlo a su respuesta"

A la fecha de radicación del proyecto se han recibido 7 respuestas correspondientes a instituciones de salud (6 de carácter público y 1 de carácter privado) de diferentes ciudades principales del país, de las cuales **solo 2 tienen un procedimiento o protocolo interno específico** para estos casos que contemple no solo criterios de atención médica sino emocional relacionados con la muerte gestacional y neonatal y lo que debe tenerse en cuenta para brindar un apoyo adecuado.

³² Anexo No. 4, Op. Cit. 1

De las demás instituciones, una manifestó que la atención a las familias y la mujer en casos de muerte gestacional y neonatal se lleva a cabo de conformidad con el Protocolo de Vigilancia Epidemiológica expedido por el Instituto Nacional de Salud -INS (Ministerio de Salud, 2016). -documento que como se indicó en el numeral 6.3. de esta exposición de motivos, tiene por objeto dar lineamientos sobre la recopilación de datos de mortalidad, dejando de lado cualquier pauta para la atención del duelo de la familia y la mujer en la institución de salud en el momento de la muerte de su hijo/a en gestación o a los pocos días de nacer; 2. Protocolo de Cuidado, Paliativo (que no hace ninguna referencia a la muerte gestacional o neonatal), y un Protocolo de intervención en crisis (que en ninguno de sus apartes se refiere a las particularidades del abordaje de la familia y la mujer en casos de muerte gestacional y neonatal y cómo intervenir).

Otra, indicó igualmente que solo cuenta para dichos casos con el Protocolo de Vigilancia Epidemiológica expedido por el INS, es decir que tampoco cuenta con protocolo o guía de atención integral ante muerte gestacional.

Otras manifestaron tener procedimientos asociados, sin embargo al verificar ninguno se refería puntualmente a los criterios de abordaje y acompañamiento de muerte y duelo gestacional y neonatal, a los que se viene haciendo referencia en esta exposición.

Teniendo en cuenta lo anterior, se corroboró como en cada Institución el abordaje de la situación es distinto, y en la gran mayoría de ellas no se cuenta con una guía o lineamiento interno específico que permita que en casos de muerte gestacional y neonatal las intervenciones se realicen de forma integral, con base en criterios objetivos y estandarizados no solo para los aspectos médicos sino psicológicos, lo que **lleva a confirmar la necesidad de un lineamiento nacional que sea aplicable a todas las instituciones de salud públicas o privadas del país, de manera que se reduzca la variabilidad de los abordajes y se garantice el derecho a la igualdad entre las distintas familias y mujeres que son atendidas en estas circunstancias.**

VII. NECESIDAD DE FORMACIÓN ESPECÍFICA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD QUE LABORAN EN LAS IPS Y TIENEN CONTACTO CON LA MUJER Y LA FAMILIA EN DUELO.

Abordar la muerte de un bebé en etapa gestacional y neonatal es una tarea delicada, que requiere de una atención diferencial e integral (Páez-Cala, Arteaga-Hernández 2019) lo que implica formación adecuada por parte de los profesionales de la salud que entran en contacto con la madre y la familia en duelo, pues la literatura evidencia que las interacciones negativas se generan predominantemente con el personal que no ha recibido formación específica en duelo perinatal (Aiyelaagbe, Scott, Holmes, Lane, & Heazell, 2017), 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 padre (Pastor, Romero, Hueso, Lillo, Vacas-Jaén, Rodríguez-Tirado, 2011).

Dentro de la investigación realizada por Gómez M., Muñoz A.M., y Caballero J.A. (2020), de las 10 instituciones de salud a las cuales se les solicitó información sobre formación en duelo por muerte gestacional y neonatal (duelo perinatal), siete (7) instituciones dieron respuesta y de estas solo una (1) manifestó brindar formación a su personal en esa área específica.

Por otra parte, de la información requerida por esta UTL a las instituciones de salud para los efectos de este proyecto, se evidenció que el personal de ginecología y neonatología no tiene formación específica en duelo por muerte gestacional y neonatal, o en duelo perinatal. De las 6 respuestas recibidas, solo una institución manifestó que el personal se encontraba capacitado en dicha temática. Las demás instituciones manifestaron no tener capacitaciones al respecto o tener sólo en aspectos generales de humanización o duelo.

Teniendo en cuenta lo anterior, se considera que es preciso promover un entrenamiento específico a todos los profesionales de la salud que tienen o tendrán a su cargo la atención a la madre y el padre que afrontan la muerte de un bebé (Banerjee, Kaur, Ramaiah, Roy & Aladangady 2016), de manera que puedan comprender con claridad cómo abordar de manera precisa y correcta la muerte gestacional o neonatal, que tiene implicaciones distintas de abordaje con respecto a otros duelos por muerte y que al no ser adecuadamente atendida puede conllevar a prácticas contrarias a la evidencia y a las garantías de la mujer y la familia que afronta la muerte de su hijo/a en gestación, parto o dentro de los primeros 28 días de vida.

Para ello se propone que en una acción articulada entre el Ministerio de Salud y Protección Social, y el Ministerio de Educación se promueva dicha formación tanto en las instituciones de salud, como en las Universidades.

VIII. REVISIÓN COMPARADA

• **Puerto Rico (2016):** Ley Núm. 184 de 8 de diciembre de 2016. "Ley para el establecimiento y la elaboración del protocolo uniforme a ser implementado en las instituciones hospitalarias y de salud para el manejo de la pérdida de un embarazo en etapa temprana y, de una muerte fetal o neonatal."

• **Argentina (2014):** Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. "Recomendaciones para el manejo del embarazo y el recién nacido en los límites de la viabilidad" dedican un capítulo sobre conductas sugeridas ante la muerte feto-neonatal. En el documento señalan que el protocolo de actuación debe cumplir con un marco físico y personal, de manera que se garantice un espacio físico que brinde intimidad a la madre y al padre ante este tipo de sucesos y una atención adecuada por parte del personal, en especial en el uso del lenguaje (Ministerio De Salud De Argentina, 2014).

• **Chile:** Proyecto de Ley "Ley Dominga", apoyado por la Senadora Marcela Sabat. Busca que todas las instituciones de salud, sin distinguir si son privadas o públicas, cuenten con un protocolo frente al duelo perinatal, para un mejor manejo médico y apoyo psicológico para la madre y el resto de la familia.³⁴

IX. NECESIDAD DE CREACIÓN DEL DÍA NACIONAL DE LA CONCIENCIACIÓN SOBRE LA MUERTE GESTACIONAL Y NEONATAL

El presidente Ronald Reagan declaró por primera vez el Mes de la Concienciación sobre la Pérdida del Embarazo y la Infancia el 15 de octubre de 1988. Cuando lo hizo manifestó:

"Cuando un niño pierde a sus padres, se les llama huérfanos. Cuando un cónyuge pierde a su pareja, se le llama viudo o viuda. Cuando los padres pierden a sus hijos, no hay una palabra para describirlos. Este mes reconoce la pérdida que experimentan tantos padres en los Estados Unidos y en todo el mundo. También está destinado a informar y proporcionar recursos para los padres que han perdido a sus hijos debido a un aborto espontáneo, embarazo ectópico, embarazo molar, mortinatos, defectos de nacimiento, S.M.S.L y otras causas.

Ahora, por lo tanto, yo, Ronald Reagan, presidente de los Estados Unidos de América, por la presente proclamo el mes de octubre como el Mes de Concienciación sobre el Embarazo y la Pérdida Infantil. Hagó un llamado a la gente de los Estados Unidos para que observen este mes con programas, ceremonias y actividades conmemorativas".³⁵

A partir de allí en muchos países del mundo comenzó a oficializarse el 15 de octubre como el Día Mundial de Concienciación de la muerte gestacional y neonatal, tales como Canadá, Australia, Irlanda, Italia, Reino Unido, España, Chile, Argentina, entre muchos otros.

El reconocimiento de esa fecha ha buscado crear conciencia entre la sociedad sobre la importancia de reconocer este tipo de duelo, muy invisibilizado y minimizado, además de llamar a los gobiernos a trabajar en políticas públicas para favorecer los derechos de estas madres y padres en el proceso hospitalario.

En el estudio que realizó la Revista Médico-Científica The Lancet en el 2016 "Acabando con las muertes intrauterinas prevenibles" que ya se ha citado anteriormente, se resaltan las consecuencias que el estigma y el tabú provocan en las familias que transitan por este duelo tan silenciado.

³⁴ https://www.instagram.com/ley_dominga_chile/

³⁵ NILMDS: En: <https://www.nowilaymedownstoleep.org/> Recuperado el 18 de marzo de 2020.

• **Holanda (2016).** Protocolo nacional de atención "National Standards for Bereavement Care following Pregnancy Loss", el cual refiere cuatro temas específicos que direccionan la manera como se debe integrar la atención, del servicio: el cuidado del duelo, la infraestructura hospitalaria necesaria para atender y recibir estos casos, los bebés y sus padres, para asegurar que reciban cuidado paliativo y cuidados de fin de vida de alta calidad acorde a sus necesidades y deseos y finalmente, el personal sanitario para garantizar que todo el equipo al cuidado de la salud tenga acceso a educación y entrenamiento en manejo de duelo y cuidados de fin de vida de acuerdo a sus roles y responsabilidades. (Holanda, Health Service Executive 2016).

• **Reino Unido. (2017)** la iniciativa denominada "The National Bereavement Care Pathway (NBCP) for Pregnancy and Baby Loss" fue promovida por el Departamento de Salud del país, apoyada a su vez por un grupo de parlamentarios y posteriormente delegada por el gobierno a la organización Sands³³. Dicha iniciativa promueve que dentro del Sistema Nacional de Salud (NHS por sus siglas en inglés) se apliquen los principios de atención en duelo a la madre y el padre que sufren casos de este tipo dentro de los centros prestadores de salud, dichos principios recalcan por ejemplo: un plan de atención en duelo que proporcione continuidad durante todo el proceso, incluso en procesos de gestación posteriores; formación en duelo para el personal médico, claridad en la información proporcionada a madres y padres para recibir apoyo emocional por parte de especialistas en salud mental, habitaciones de duelo disponibles en todos los centros de salud y un sistema para notificar a todos los miembros del personal que laboran en el centro de salud en caso de una pérdida, entre otros aspectos (Reino Unido, NHS 2017).

• **Extremadura (España) (2015).** Protocolo "Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad". Al personal médico se le exige completar un programa formativo obligatorio que le permite conocer las dinámicas del duelo en estos casos, la manera como debe ser utilizado el lenguaje y la información que se debe proveer a la madre y al padre. Dicho protocolo también señala la necesidad de ofrecer la información completa sobre la situación del bebé y/o la gestante y las causas y razones médicas que llevaron al deceso, generando la posibilidad permanente de que la madre y el padre sean escuchados y atendidos (Gobierno De Extremadura. Santos R., Yáñez A., Otero M., 2015).

• **Cataluña (España).** Departamento de Salud de Cataluña. "Guía de acompañamiento al duelo perinatal". Establece una base de cuidados y lineamientos para el personal de salud en materia del proceso de duelo y recuperación de los pacientes. Asimismo, resaltan la necesidad de ofrecer recursos psicosociales a la madre y el padre que sufren situaciones de este tipo, haciendo énfasis en el estado de salud mental y en los posibles efectos emocionales que puedan ocasionarse a partir de la muerte gestacional o neonatal. (Cataluña, 2016)

³³ <https://www.sands.org.uk/> Consultado el 2 de mayo 2020.

El duelo por la muerte gestacional y neonatal es un duelo desautorizado y silenciado es común, por lo que el dolor de los padres tras la muerte de su bebé no es reconocido por los profesionales sanitarios, sus familias o la sociedad. En un estudio llevado a cabo para esta serie de artículos, alrededor de la mitad de los 3.503 padres en duelo sentían que su comunidad creía que los padres "deben olvidarse de su bebé muerto y tener otro".

Esto conlleva a que muchos padres supriman su duelo en público, y las mujeres cuyo bebé murió se sientan socialmente aisladas e infravaloradas. El estigma y el tabú agrava el trauma para las familias que viven en soledad su duelo. Estas ideas dañinas y erróneas deben enfrentarse mediante la concienciación y la educación.

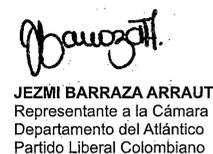
El propósito es entonces, que así como en varios países se conmemora oficialmente este día, en Colombia se involucre a toda la sociedad en torno al impacto de este tipo de muerte, la necesidad de promover cambios en la atención en salud en estos casos y la importancia de garantizar los derechos de las familias y mujeres en duelo por muerte gestacional y neonatal.

X. PROPOSICIÓN

Con fundamento en lo expuesto, en mi condición de miembro del Congreso de la República y en uso del derecho consagrado en el artículo 152 de la Constitución Política de Colombia, me permito poner a consideración del Honorable Congreso, este proyecto de Ley.


MAURICIO GÓMEZ AMÍN
Senador de la República


MARTHA P. VILLALBA HODWALKER
Representante a la Cámara


JEZMI BARRAZA ARRAUT
Representante a la Cámara
Departamento del Atlántico
Partido Liberal Colombiano


GABRIEL ELASCO
Senador de la República

Victoria Sandino Simanca Herrera
VICTORIA SANDINO SIMANCA HERRERA
Senadora de la República

Fabian Castillo Suarez
FABIAN CASTILLO SUAREZ
Senadora de la República

José Aulo Polo Narvaez

JOSÉ AULO POLO NARVAEZ
Senador de la República

REFERENCIAS

- Ministerio de Salud y Protección Social. Radicado No. 20212120034771 "Información Salud muerte fetal y perinatal" de fecha 1 de Marzo de 2021.
- Albuquerque, S., Pereira, M., & Narciso, I. (2016). Couple's Relationship After the Death of a Child: A Systematic Review. *Journal of Child and Family Studies*, 25(1), 30-53. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007/s10826-015-0219-2>
- 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*, Vol.37(1), 931-936. Recuperado de <https://bit.ly/2T0JGAG>
- Ávila-Morales & Juan Carlos. (2017). La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional latreia, Vol.30(1), 216-229.
- Banco Mundial. (2019). Tasa de mortalidad, neonatal (por cada 1.000 nacidos vivos). Recuperado de <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.DYN.NMRT?view=chart>
- Barreto, C., & Sánchez, J. (2019). Duelo perinatal: Revisión teórica. Universidad Minuto de Dios.
- Banerjee, J., Kaur, C., Ramaiah, S., Roy, R., & Aladagandy, N. (2016). Factors influencing the uptake of neonatal bereavement support services – Findings from two tertiary neonatal centres in the UK. *BMC Palliative Care*, 15(1), 54. Recuperado de <https://bit.ly/2P9LQgh>
- Brusco, A. (2015). La humanización del mundo de la salud, desafío y compromiso. En Tarrarón A. y Calderón I. *La Humanización En Salud: Tarea Inaplazable*. Ed. San Pablo.
- Bermejo, J. (2018). *Counselling Humanista: Cómo humanizar las relaciones de ayuda*. Editorial San Pablo, Madrid.
- Cacciatore, J. (2017). 'She used his name': provider trait mindfulness in perinatal death counselling. *Estudios de Psicología*, 38(3), 639-666. Recuperado de <https://bit.ly/2HPBCO9>
- Camacho-Ávila, M., Fernández-Sola, C., Jiménez-López, F. R., Granero-Molina, J., Fernández-Molina, I. M., Martínez-Artero, L., & Hernández-Padilla, J. M. (2019). Experience of parents who have suffered a perinatal death in two Spanish hospitals: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 512. Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.uniandes.edu.co:8080/ehost/detail/detail?vid=0&sid=6bda9cb-5eab-4fc4-8d49-fa61bfe23155%40sessionmgr4008&bdata=JmVhbm9ZXMmc2I0ZT1hG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=140452954>
- Cassidy P., Blasco Ch., Contreras M., Llavore M., Cassidy J., Quintana R., Steen S., Fernández F., García C., Roncallo P. (2018). Atención al parto en casos de muerte intrauterina en el segundo y tercer trimestre: Aspectos psicosociales y clínicos de la atención hospitalaria. Documento de Consulta. *Revista Muerte y Duelo Perinatal*, No. 4. Recuperado de <http://www.umamanita.es/atencion-al-parto-en-casos-de-muerte-intrauterina-en-el-segundo-y-tercer-trimestre-aspectos-psicosociales-y-clinicos-de-la-atencion-hospitalaria-documento-de-consulta>
- Cataluña (2016). Generalitat de Catalunya, Departamento de Salud. Guía de acompañamiento al duelo perinatal. En: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3323/guia_acompa%20C3%B1amiento_duelo_p%20rinatal_2016_gas.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Cahill C. (2017). Repositioning ethical commitments: Participatory action research as a relational praxis of social change. *ACME: An International E-Journal for Critical Geographies*, 6(3), 360-373.
- Congreso De La República (2013). Ley 1616 DE 2013, Ley de Salud Mental. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DI/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
- Frøen JF, Friberg IK, Lawn JE, et al, for The Lancet Ending Preventable Stillbirths Series study group. Stillbirths: progress and unfinished business. *Lancet* 2016; 387: 574-86; *Lancet* 2016; 387: 574-86 Published Online January 18, 2016 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00818-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00818-1)
- Heazell AE, Siassakos D, Blencowe H, et al, for The Lancet Ending Preventable Stillbirths Series study group, with The Lancet Ending Preventable Stillbirths Investigator Group. Stillbirths: economic and psychosocial consequences. *Lancet* 2016; 387: 604-16 Published Online January 18, 2016 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00836-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00836-3)
- Flenady V, Wojcieszek AM, Middleton P, et al, for The Lancet Ending Preventable Stillbirths study group and The Lancet Stillbirths in High-Income Countries Investigator Group. Stillbirths: recall to action in high-income countries. *Lancet* 2016; 387: 691-702 Published Online January 18, 2016 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00954-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00954-X)
- Bernis L, Kinney K, Belizan JM, et al, for The Lancet Ending Preventable Stillbirths Series study group with The Lancet Ending Preventable Stillbirths Series Advisory Group. Stillbirths: ending preventable deaths by 2030. *Lancet* 2016; 387: 703-16 Published Online January 18, 2016 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00954-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00954-X)
- DANE. (S.f). Estadísticas Vitales nacimientos y defunciones. Recuperado de: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/nacimientos-y-defunciones>
- Davidson, D. (2018). The need for bereavement support following perinatal loss. *Bereavement Care*, 37(1), 31-34. Recuperado de <https://www.tandfonline-com.ezproxy.uniandes.edu.co:8443/doi/full/10.1080/02682621.2018.1444316?scroll=top&needAccess=true>
- Fals Borda, O. (2008). Orígenes universales y retos actuales de la IAP: Investigación- Acción Participativa. *Político*, N. 38, 73-90. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/anpol/article/view/79283>
- Fonseca-González M. (2010). 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, México DF.
- Holanda. Health service executive. (2016). National Standards for Bereavement Care Following Pregnancy Loss and Perinatal Death. Recuperado de <https://www.hse.ie/eng/services/news/medial/pressrel%20nationalstandardsbereavementcare%20.html>
- Instituto Nacional De Salud. Semana epidemiológica 12 (17 al 23 de marzo de 2019). En *Boletín Epidemiológico Semanal* (2019), Recuperado de <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinesEpidemiologicos/2019%20Bolet%20Epidemiologico%20C3%B3gico%20semana%2012.pdf>
- Instituto Nacional De Salud. Semana epidemiológica 09 (23 al 29 de febrero de 2020). En *Boletín Epidemiológico Semanal* (2020), Recuperado de https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinesEpidemiologicos/2020_Bolet%20Epidemiologico_semana_9.pdf
- Instituto Nacional de Salud (2016). Protocolo de vigilancia en salud pública, Mortalidad perinatal y neonatal tardía. Recuperado de <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO%20Mortalidad%20perinatal%20neonatal.pdf>

SENADO DE LA REPUBLICA

Secretaría General (Art. 139 y ss Ley 5ª de 1.992)

El día 6 del mes Abril del año 2021

se radicó en este despacho el proyecto de ley

Nº. 430 Acto Legislativo Nº. _____, con todos y

cada uno de los requisitos constitucionales y legales

por: Hs: *Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.*

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

Mauricio Gomez Amig, Gabriel Jaime Velasco Ormazabal, Victoria Sandino Simanca Herrera, Fabian Castillo Suarez, Jose Aulo Polo Narvaez Hs: Michela Patricia Villalba Hochwiler, Tezma Benaviz Arriat.

SECRETARIO GENERAL

<http://www.umamanita.es/atencion-al-parto-en-casos-de-muerte-intrauterina-en-el-segundo-y-tercer-trimestre-aspectos-psicosociales-y-clinicos-de-la-atencion-hospitalaria-documento-de-consulta>

- Cataluña (2016). Generalitat de Catalunya, Departamento de Salud. Guía de acompañamiento al duelo perinatal. En: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3323/guia_acompa%20C3%B1amiento_duelo_p%20rinatal_2016_gas.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Cahill C. (2017). Repositioning ethical commitments: Participatory action research as a relational praxis of social change. *ACME: An International E-Journal for Critical Geographies*, 6(3), 360-373.
- Congreso De La República (2013). Ley 1616 DE 2013, Ley de Salud Mental. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DI/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
- Frøen JF, Friberg IK, Lawn JE, et al, for The Lancet Ending Preventable Stillbirths Series study group. Stillbirths: progress and unfinished business. *Lancet* 2016; 387: 574-86; *Lancet* 2016; 387: 574-86 Published Online January 18, 2016 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00818-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00818-1)
- Heazell AE, Siassakos D, Blencowe H, et al, for The Lancet Ending Preventable Stillbirths Series study group, with The Lancet Ending Preventable Stillbirths Investigator Group. Stillbirths: economic and psychosocial consequences. *Lancet* 2016; 387: 604-16 Published Online January 18, 2016 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00836-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00836-3)
- Flenady V, Wojcieszek AM, Middleton P, et al, for The Lancet Ending Preventable Stillbirths study group and The Lancet Stillbirths in High-Income Countries Investigator Group. Stillbirths: recall to action in high-income countries. *Lancet* 2016; 387: 691-702 Published Online January 18, 2016 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00954-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00954-X)
- Bernis L, Kinney K, Belizan JM, et al, for The Lancet Ending Preventable Stillbirths Series study group with The Lancet Ending Preventable Stillbirths Series Advisory Group. Stillbirths: ending preventable deaths by 2030. *Lancet* 2016; 387: 703-16 Published Online January 18, 2016 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00954-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00954-X)
- DANE. (S.f). Estadísticas Vitales nacimientos y defunciones. Recuperado de: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/nacimientos-y-defunciones>
- Davidson, D. (2018). The need for bereavement support following perinatal loss. *Bereavement Care*, 37(1), 31-34. Recuperado de <https://www.tandfonline-com.ezproxy.uniandes.edu.co:8443/doi/full/10.1080/02682621.2018.1444316?scroll=top&needAccess=true>
- Fals Borda, O. (2008). Orígenes universales y retos actuales de la IAP: Investigación- Acción Participativa. *Político*, N. 38, 73-90. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/anpol/article/view/79283>
- Fonseca-González M. (2010). 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, México DF.
- Holanda. Health service executive. (2016). National Standards for Bereavement Care Following Pregnancy Loss and Perinatal Death. Recuperado de <https://www.hse.ie/eng/services/news/medial/pressrel%20nationalstandardsbereavementcare%20.html>
- Instituto Nacional De Salud. Semana epidemiológica 12 (17 al 23 de marzo de 2019). En *Boletín Epidemiológico Semanal* (2019), Recuperado de <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinesEpidemiologicos/2019%20Bolet%20Epidemiologico%20C3%B3gico%20semana%2012.pdf>
- Instituto Nacional De Salud. Semana epidemiológica 09 (23 al 29 de febrero de 2020). En *Boletín Epidemiológico Semanal* (2020), Recuperado de https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinesEpidemiologicos/2020_Bolet%20Epidemiologico_semana_9.pdf
- Instituto Nacional de Salud (2016). Protocolo de vigilancia en salud pública, Mortalidad perinatal y neonatal tardía. Recuperado de <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO%20Mortalidad%20perinatal%20neonatal.pdf>

- Isaza, S. (2015). La humanización del mundo de la salud, desafío y compromiso. En Tarrarón A. y Calderón I. *En La Humanización En Salud: Tarea Inaplazable*. Ed. San Pablo. Prólogo Pág. 11
- López García de Madinabielita, Ana Pía. (2011). Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(1), 53-70. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000100005&lng=es&lng=es
- Lawn JE, Blencowe H, Walswa P, et al, for The Lancet Ending Preventable Stillbirths Series study group with The Lancet Stillbirth Epidemiology Investigator Group. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet* 2016; 387: 587-603 Published Online January 18, 2016 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00837-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00837-5)
- Mejías M. del. C. (2012) Duelo perinatal: Atención Psicológica en los primeros momentos. *Revista Científica Hígya*, N. 79. Colegio de Enfermería de Sevilla. Recuperado de <http://www.colegioenfermeriasevilla.es/Publicaciones/Higya/Higya79.pdf#page=52>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (s.f). Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS Plan de capacitación sectorial. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/01-pais-mias-capacitacion-sectorial.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (s.f). Lineamientos para el Mejoramiento de la calidad de la gestión en el sistema de salud. En Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud 2016-2021. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/02-lineamientos-calidad.pdf>
- Ministerio de Salud de Argentina. (2014). Recomendaciones para el manejo del embarazo y el recién nacido en los límites de la viabilidad. 58-76. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000513cont-viabilidad.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2014). La humanización en los lineamientos del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS). Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/La%20Humanizaci%C3%B3n%20en%20los%20lineamientos%20PNMCS.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2014) Anexo técnico Calidad y humanización de la atención en salud a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Calidad-y-humanizacion.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2015). Certificación de las Defunciones F

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Boletin-6-salud-mental-2018.pdf>

- Monroy C., Daniel A. (2017). Nudges y decisiones inconscientes: sesgo de statu quo y políticas públicas en Colombia. *Desafíos*, 29 (1), 211-247. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3596/359650871007>
- OMS. (2004). Invertir en salud mental. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
- OMS. (2018). Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental "Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Recuperada de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34074>
- ONU. "Una tragedia olvidada carga mundial de la mortalidad fetal", United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME), "A Neglected Tragedy: The global burden of stillbirths", United Nations Children's Fund, New York, 2020.
- Páez-Cala ML, Arteaga-Hernández LF. (2019) Duelo por muerte perinatal. Necesidad de una atención diferencial e integral. *Revista Umanizalez*, 19(1):32-45. Recuperado de <http://revistas.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/articulo/view/2853/4848>
- 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/riaev/v19n6/es_18.pdf
- 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
- Puerto Rico. Asamblea Legislativa. Ley 184 de 2016. Recuperado en: <http://www.lexjuris.com/lexlex/Leyes2016/lex/2016184.htm>
- Rengel C. (2010). Plan de cuidados de enfermería para la pérdida perinatal y el aborto. *Enfermería Docente*, 91, 37-43. Recuperado de <http://www.index-f.com/edocente/91pdf/91-037.pdf>
- Sonstegard L, Kowalski K, Jennings B. (1987). Kowalski k. Perinatal loss and bereavement. *Crisis and Illness in Childbearing (Women's Health)*, Vol 3, 25-42.
- Subred Sur E.S.E. (2020). Protocolo Manejo Integral Del Duelo HOS-SME-PT-02 V2. Remitida a esta consultoría como respuesta a derecho de petición.
- Reino Unido. (2017). National Bereavement Care Pathway for Pregnancy and Baby Loss. Recuperado de <https://nbcpathway.org.uk/>
- Rojas-Bernal LA, Castaño-Pérez GA, Restrepo-Bernal DP. (2018) Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *Rev CES Med*, 32(2), 129-140.
- Royal College of Obstetricians and Gynecologists. (2010). Late Intrauterine Fetal Death and Stillbirth. *Green-top Guideline*, 55. United Kingdom.
- UNICEF (2020). "Una tragedia olvidada: carga mundial de la mortalidad fetal", United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME), "A Neglected Tragedy: The global burden of stillbirths", United Nations Children's Fund, New York, 2020.
- United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME), "Levels & Trends in Child Mortality: Report 2019, Estimates developed by the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation", United Nations Children's Fund, New York, 2019.
- UNICEF, Devine, S, Taylor, G (2018) Cada vida cuenta: la urgente necesidad de poner fin a las muertes de los recién nacidos. UNICEF https://www.unicef.org/spanish/publications/files/Every_Child_Alive_The_urgent_need_to_end_newbo_m_deaths_SP.pdf
- Uma Manita. (s.f.). Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal. Recuperado de https://www.elpartoenuestro.es/sites/default/files/recursos/documentos/epen_y_umamanita_-_guia_para_la_atencion_a_la_muerte_perinatal_y_neonatal.pdf
- World Health Organization. (2001). The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope. Recuperado de https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1
- Youngblut, J. M., Broolen, D., Glaze, J., and Yoo, Ch. (2017). Parent Grief 1-13 Months After Death in Neonatal and Pediatric Intensive Care Units. *J Loss Trauma*, 22(1): 77-96. doi:10.1080/15325024.2016.1187049.

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

Bogotá D.C., 6 de abril de 2021

Señor Presidente:

Con el fin de repartir el Proyecto de Ley No. 430/21 Senado "POR MEDIO DE LA CUAL SE ORDENA LA EXPEDICIÓN DE UN LINEAMIENTO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y HUMANIZADA DE LA MUERTE Y EL DUELO GESTACIONAL Y NEONATAL EN INSTITUCIONES DE SALUD, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES – "LEY BRAZOS VACÍOS", me permito remitir a su despacho el expediente de la mencionada iniciativa, presentada el día de hoy ante la Secretaría General del Senado de la República por los Honorables **Senadores** MAURICIO GÓMEZ AMÍN, GABRIEL JAIME VELASCO OCAMPO, VICTORIA SANDINO SIMANCA HERRERA, FABIAN CASTILLO SUAREZ, JOSÉ AULO POLO NARVAEZ, H.R. MARTHA PATRICIA VILLALBA HODWALKER, JEZMI BARRAZA ARRAUT. La materia de que trata el mencionado Proyecto de Ley es competencia de la Comisión **SEPTIMA** Constitucional Permanente del Senado de la República, de conformidad con las disposiciones Constitucionales y Legales.

GREGORIO ELJACH PACHECO
Secretario General

PRESIDENCIA DEL H. SENADO DE LA REPÚBLICA – ABRIL 6 DE 2021

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

CÚMPLASE

EL PRESIDENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

ARTURO CHAR CHALJUB
SECRETARIO GENERAL DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

GREGORIO ELJACH PACHECO

PROYECTO DE LEY NÚMERO 434 DE 2021
SENADO

por medio del cual se crea el Plan Nacional de Salud Rural para el buen vivir y se dictan otras disposiciones.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

CONTENIDO

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS	5
1. MARCO NORMATIVO Y POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD, RURALIDAD Y PUEBLOS ÉTNICOS	5
1.1 ANTECEDENTE INTERNACIONAL SOBRE LOS DERECHOS DEL CAMPESINADO	5
1.2 DERECHO A LA SALUD Y LA DISPUTA NORMATIVA EN COLOMBIA	6
2. CONTEXTO DE SALUD EN LA RURALIDAD COLOMBIANA	11
2.1 CRISIS DE LA RURALIDAD EN COLOMBIA	11
2.2 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN RURAL: RURALIDADES Y DIVERSIDADES EN COLOMBIA	12
2.2.1 <i>La población rural y campesina en Colombia</i>	13
2.2.2 <i>Mujeres rurales y campesinas, y enfoque de género</i>	15
3. CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA	20
3.1 ANTECEDENTE HISTÓRICO RECIENTE	20
3.2 LA CRISIS DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO	21
3.3 LA CRISIS DE LA RED PÚBLICA HOSPITALARIA	23
3.4 LA POLÍTICA RECIENTE EN SALUD PARA LA RURALIDAD EN COLOMBIA	24
3.5 LOS SISTEMAS DE SALUD PROPIOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS	27
3.6 LA SALUD EN LOS PUEBLOS NARP (NEGROS, AFRODESCENDIENTES, RAIZALES Y PALENQUEROS)	29
4. EL PLAN NACIONAL DE SALUD RURAL PARA EL BUEN VIVIR	31
4.1 LA SALUD RURAL: EL APRENDIZAJE EN LAS FARC	31
4.2 EL PLAN NACIONAL DE SALUD RURAL EN EL ACUERDO DE PAZ	31
4.3 POR QUÉ UN PLAN NACIONAL DE SALUD RURAL PARA EL BUEN VIVIR	33
4.4 PROPUESTA DE PLAN NACIONAL DE SALUD RURAL DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	33
5. PRESENTACIÓN DEL CONTENIDO DEL PROYECTO	34
6. IMPACTO FISCAL	

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. Marco normativo y política pública en salud, ruralidad y pueblos étnicos

1.1 Antecedente internacional sobre los derechos del campesinado

El 28 de septiembre de 2018 la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la Declaración de los Derechos de los campesinos y de otras personas que trabajan en las zonas rurales, la cual fue aprobada por la tercera comisión encargada de asuntos sociales, humanitarios y culturales. Dentro de los argumentos para su aprobación se encuentra el reconocimiento de la situación de vulnerabilidad de las comunidades campesinas debido al cambio climático, la pobreza rural, y factores económicos y productivos que les afectan. Esta declaración contempla un marco normativo que permitirá a los países formular y desarrollar políticas, planes y programas específicos dirigidas a mejorar y dignificar las condiciones de vida de las comunidades campesinas.

Algunos de los artículos que contiene la declaración son los siguientes:

- Los Estados respetarán, protegerán y harán efectivos los derechos de los campesinos y de otras personas que trabajan en las zonas rurales (Artículo 2)
- Los campesinos y otras personas que trabajan en las zonas rurales tienen derecho a disfrutar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales que se reconocen en la carta de las Naciones Unidas, la declaración Universal de derechos humanos, y todos los demás instrumentos internacionales de derechos humanos, sin ningún tipo de discriminación en el ejercicio de sus derechos por motivos de origen, nacionalidad, raza, color, linaje, sexo, idioma, cultura, estado civil, patrimonio, discapacidad, edad, opinión política o de otra índole, religión, nacimiento o situación económica, social o de otro tipo. (Artículo 3)
- Los Estados adoptarán todas las medidas apropiadas para erradicar todas las formas de discriminación de las campesinas y otras mujeres que trabajan en las zonas rurales y para promover su empoderamiento de manera que puedan disfrutar plenamente, en pie de igualdad con los hombres, de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales y obrar por el desarrollo económico, social, político a cultural del ámbito rural, participar en él y aprovecharlo con total libertad. (Artículo 4)
- Los campesinos y otras personas que trabajan en las zonas rurales tienen derecho a una alimentación adecuada y el derecho fundamental a estar protegidos contra el hambre (Artículo 11)

<ul style="list-style-type: none"> • Los campesinos y otras personas que trabajan en las zonas rurales, con independencia de que sean trabajadores temporarios, de temporada o migrantes, tienen derecho a trabajar en condiciones laborales seguras y saludables, a participar en la aplicación y el examen de las medidas de seguridad y salud, a escoger a sus representantes de seguridad y salud, y a sus representantes en los comités de seguridad y salud, y poner en práctica medidas de prevención, reducción y control de los peligros y riesgos (...) (Artículo 14) • Los campesinos y otras personas que trabajan en las zonas rurales tienen derecho a la conservación y protección del medio ambiente y de la capacidad productiva de sus tierras, así como de los recursos que utilizan y gestionan (Artículo 18) • Los campesinos u otras personas que trabajan en las zonas rurales son titulares de los derechos humanos al agua potable, salubre, limpia, y al saneamiento, que son esenciales para disfrutar plenamente de la vida a través de todos los derechos humanos y la dignidad humana. (Artículo 21) • Los campesinos u otras personas que trabajan en las zonas rurales tienen derecho a la seguridad social, que incluye los seguros sociales. (Artículo 22) • Los campesinos u otras personas que trabajan en las zonas rurales tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. También tienen derecho a acceder, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales a sanitarios (Artículo 23) • Los campesinos y otras personas que trabajan en las zonas rurales tienen derecho a una vivienda adecuada, a mantener un hogar y una comunidad seguros en que puedan vivir en paz y dignidad, y el derecho a no ser discriminados (Artículo 24). <p>Dentro de los 49 países que se abstuvieron de votar a la declaración se encuentra Colombia, quien en cabeza del gobierno actual no emitió respuesta frente al apoyo para la declaración, lo cual permite evidenciar una vez más los vacíos existentes frente al apoyo y la disposición real de adoptar las medidas necesarias que permitan buscar las soluciones necesarias para una verdadera transformación del campo que beneficie a las comunidades en primera instancia, y que a pesar que la declaración no es vinculante, si puede impulsar el fortalecimiento de iniciativas que mejoren las condiciones de los territorios rurales.</p> <p>1.2 Derecho a la salud y la disputa normativa en Colombia</p> <p>Según la Corte Constitucional, el derecho a la salud implica el acceso oportuno, eficaz, de calidad y en igualdad de condiciones a todos los servicios, facilidades, establecimientos y bienes que se requieran para garantizar. De igual manera, comprende la satisfacción de otros derechos vinculados con su realización efectiva como ocurre con el saneamiento básico, el agua potable y la alimentación adecuada, por lo que se define el derecho a la Salud, como:</p>	<p>[...] el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud.</p> <p>Este derecho debe ser garantizado en todo el territorio nacional, tanto en las zonas urbanas, como rurales del país, sin embargo, esta condición no se ve reflejada del todo en la ruralidad. Aunque es claro que la salud no puede entenderse sólo como atención médica, existe una brecha significativa entre lo urbano y rural propia del ejercicio centralista que potencia la inversión pública en las zonas urbanas, desatendiendo las necesidades de la población rural. La evidencia de lo anterior se observa, solo por mencionar un aspecto, en la existencia de una precaria red de servicios de salud en las zonas rurales y en las cabeceras municipales de los municipios de más baja categoría.</p> <p>Para la población rural, el artículo 64 de la Constitución Política determinó que:</p> <p>Es deber del Estado promover el acceso progresivo a la propiedad de la tierra de los trabajadores agrarios, en forma individual o asociativa, y a los servicios de educación, salud, vivienda, seguridad social, recreación, crédito, comunicaciones, comercialización de los productos, asistencia técnica y empresarial, con el fin de mejorar el ingreso y calidad de vida de los campesinos". (Artículo 64, Constitución Política de Colombia)</p> <p>Con la expedición de la Ley 10 de 1990 y la Ley 60 de 1993, se dio inicio al proceso de fortalecimiento y descentralización del servicio público en salud, así como la asignación de competencias tanto a las entidades territoriales como a la Nación; posteriormente, con la expedición de la Ley 100 de 1993, se creó el Sistema General de Seguridad Social Integral, como medida de implementación de una política de aseguramiento mediante las EPS. De acuerdo al propósito establecido en esta Ley, el sistema general de seguridad social fue creado con el fin de garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana.</p> <p>En ese camino de transformaciones, de acuerdo a los propósitos del Estado Social de Derecho, como república unitaria, descentralizada, es emitida la Ley 152 de 1994, y la Resolución 5165 de 1994 del Ministerio de Salud y la Protección Social, la Nación y las entidades territoriales fueron orientadas a elaborar, aprobar, ejecutar, seguir, evaluar, y controlar sus acciones en salud, mediante un plan de desarrollo, que involucre las orientaciones de los diferentes sectores sociales, y el desarrollo territorial.</p> <p>En el año 2001, es expedida la Ley 715, la cual define la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones, las competencias de la Nación y las entidades territoriales en materia de salud, entre otros aspectos, así como y establece la obligatoriedad de estas entidades para priorizar, de acuerdo a la situación y condiciones de salud en el territorio, las acciones que debe desarrollar en correspondencia a sus competencias en materia de salud pública.</p> <p>En el año 2007 se expide la Ley 1122 que crea el Consejo de Seguridad Social en Salud, así como los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, los cuales debían operar como órganos de rectoría y control para reglamentar las disposiciones constitucionales en la materia a través de actos</p>
<p>administrativos. La herramienta para llevar a cabo esta tarea es a través de un plan de atención básica, que debe contar con la participación de las comunidades, bajo la dirección del Consejo Territorial (Departamental y/o Municipal) de Seguridad Social en Salud, el cual tendría una vigencia pro – tempore por los dos años siguientes a la entrada en vigencia de la Ley. Una vez cesó la existencia de este Consejo, los recursos fueron girados directamente a las entidades territoriales certificadas en salud (Departamentos y algunos municipios de 1,2 y 3 categoría) (Congreso de la República, 2001).</p> <p>A su vez, durante esta vigencia fue expedido el Plan Nacional de Salud 2007 – 2010, a través del decreto 3039 del 2007, el cual integró el mandato establecido en la Constitución Política sobre el derecho a salud buscando mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población. Definió prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud de acuerdo a los indicadores, políticas de salud, tratados y convenios internacionales, así como la determinación de responsabilidades en materia de salud pública a cargo de la Nación, las entidades territoriales y demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), y que deben complementarse con las acciones propuestas en el Plan Nacional de Desarrollo y los Planes de desarrollo territorial (MinSalud, 2007).</p> <p>Sobre el derecho a la salud y debido a la grave crisis del sistema expresadas en un desbordamiento del número de tutelas, la Corte Constitucional promulgó en el año 2008 la Sentencia 7-760 que consagra de forma definitiva, la prioridad del derecho a la salud dentro de cualquier acción del Estado en esta materia. La Corte ordenó a todas las entidades del sistema a corregir las fallas en salud pública, la obligatoriedad de la prestación de los servicios, la garantía del adecuado flujo de recursos, la unificación de los Planes Obligatorios de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado, la actualización del Plan Obligatorio de Salud, entre otras medidas.</p> <p>Para responder a las órdenes de la Corte, el Gobierno del entonces Álvaro Uribe Vélez, declara a finales del año 2009 la emergencia en salud que buscaba, entre otras medidas, un salvamento a las EPS con ajustes a los protocolos del personal de salud, mayores restricciones al acceso a los servicios, mayor gasto de bolsillo a través de endeudamiento y uso de cesantías, cubrir la quiebra del Fondo de Solidaridad y Garantías, así como ubicar la responsabilidad de la crisis del sistema en los supuestos abusos de los pacientes.</p> <p>En el 2010, la misma Corte tumba la declaratoria de Emergencia Social dada por el Gobierno de Uribe. Iniciado el gobierno de Juan Manuel Santos sale a la luz pública la corrupción por parte de la EPS y entes territoriales como los famosos recobros fraudulentos, lo que llevó a un nuevo intento de reforma al sistema de salud a través de la expedición de la Ley 1438 del 2011, por medio de la cual se intentó reformar el SGSSS. Su objetivo fue fortalecer la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad civil para el mejoramiento de la salud. Con esta ley se pretendía la universalización del aseguramiento, la unificación del plan de beneficios y la portabilidad o prestación de servicios en cualquier lugar del país, preservando la sostenibilidad financiera del sistema que fue el aspecto de mayor relevancia en esta Ley (Congreso de la República, 2011). Nuevamente el criterio del riesgo financiero lanza por la borda cualquier propósito de la Ley en cumplimiento de la Sentencia.</p>	<p>En el artículo 6° la Ley 1438 de 2011, fue determinado que el Ministerio de la Protección Social debía elaborar un Plan Decenal de Salud Pública a través de un proceso amplio de participación social de acuerdo con la organización, las modalidades y las formas establecidas en el Decreto 1757 de 1994 (MinSalud, 1994). Se establece que en el PDSP deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental; así mismo, que debe incluir los objetivos, las metas, las acciones, los recursos, los responsables, los indicadores de seguimiento y los mecanismos de evaluación. El Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de las competencias otorgadas por el Decreto 4107 de 2011, aprueba en mayo de 2011 el proceso técnico para formular y adoptar el Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 - 2021.</p> <p>El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 – 2021, pretende sentar las bases para mejorar las condiciones de vida de la población y los indicadores de salud en el marco de los determinantes sociales, incluyendo políticas internacionales, compromisos y convenios suscritos por el país, tanto con los países fronterizos, como en el ámbito internacional, entre los que tiene primordial relevancia el de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).</p> <p>Para el año 2011, estalla el escándalo de Saludcoop y se ordena su liquidación. Esta empresa era para aquel momento la EPS más grande y poderosa de Colombia. El rápido crecimiento de esta empresa llamó la atención de los organismos de control. En efecto, se halló que se utilizaban los recursos de destinación específica a la salud con otros fines, especialmente en inversiones para la formación de otras empresas de este grupo.</p> <p>Los escándalos empezaron a salir a la luz con casos como los de CaféSalud, Cruz Blanca, Coomeva, entre otras. La concentración de usuarios de Saludcoop y su desmantelamiento, dejó adicionalmente a más de 11 mil trabajadores desempleados, y redes enteras de IPS a la deriva, y agudizó aún más la desatención y las barreras de acceso a los servicios de salud, ya que no existía en el país otra EPS que pudiera suplir las demandas que atendía esta empresa.</p> <p>Ante toda esta crisis y una gran presión social por parte de trabajadores y trabajadoras de la salud, organizaciones sociales, gremiales, y sectores críticos de la Academia a causa de los retrasos en el cumplimiento de la Sentencia 7-760 de la Corte; en el año 2015 se promulga la Ley 1751 Estatutaria de Salud, que es el resultado de una mediación entre los agentes del sistema, la obstinación del gobierno en mantener el SGSSS y quienes exigían una reforma estructural al sistema de salud.</p> <p>La Ley 1751 elimina los comités técnico-científicos quienes determinaban qué entraba y salía dentro del Plan de Atención, y que habían sido denunciados por haberse integrado bajo los intereses de las EPS, ordena la prestación completa e integral de los servicios fundamentales sin que exista alguna barrera financiera o administrativa, elimina barreras en la afiliación, establece un conjunto de sanciones por negación de servicios y sienta las bases para la política pública de atención en salud de la que derivaría la Política de Atención Integral en Salud (PAIS).</p>

<ul style="list-style-type: none"> • <u>Legislativa</u> <p>Ley 21 de 1991: Por medio de la cual se aprueba el Convenio número 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, adoptado por la 76a. reunión de la Conferencia General de la O.I.T., Ginebra 1989.</p> <p>Ley 100 de 1993: Por medio del cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se adoptan otras disposiciones.</p> <p>Ley 691 de 2001: Mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia.</p> <p>Ley 1751 de 2015 Ley estatutaria en salud: Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Esta ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regular y establecer sus mecanismos de protección; de igual forma, establece que el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Decretos y Resoluciones:</u> <p>Resolución 5165 de 1994: Por medio de la cual se expiden los criterios, parámetros y procedimientos metodológicos para la elaboración y seguimiento de los planes sectoriales y de descentralización de la salud en los Departamentos y Distritos.</p> <p>Decreto 1757 de 1994: Por el cual se organiza y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 4 del Decreto - Ley 1298 de 1994.</p> <p>Resolución 2358 de 1998: por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.</p> <p>Art. 77 del Decreto 1292 de 1994: Acuerdo 117 de 1998 CNSSS Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.</p> <p>Resolución 412 de 2000: Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública</p> <p>Decreto 330 de 2001: Por el cual se expiden normas para la constitución y funcionamiento de Entidades Promotoras de Salud, conformadas por cabildos y autoridades tradicionales indígenas.</p> <p>Decreto 1011 de 2006: Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p>	<p>Resolución 425 de 2008: Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Corte Constitucional</u> <p>Sentencia T-025 de 2004: Tutela los derechos de la población en condición de desplazamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>CONPEP y Política Pública</u> <p>Acuerdo 326 de 2005: Por medio del cual se adoptan algunos lineamientos para la organización y funcionamiento del Régimen Subsidiado de los pueblos indígenas</p> <p>Conpes 3550 de 2008: Lineamientos para la formulación de la política integral de salud ambiental con énfasis en los componentes de calidad de aire, calidad de agua y seguridad química.</p> <p>Conpes 113 de 2008: Política nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN).</p> <p>Plan Decenal de Salud 2012 – 2021 “La salud en Colombia la construyes tú”: Fija los lineamientos de política pública, técnicos y administrativos para el impulso del sector Salud durante los 10 años siguientes a su expedición. Dentro de los principales objetivos del Plan Decenal de Salud 2012-2021 se encuentran:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alcanzar mayor equidad en salud. 2. Mejorar las condiciones de vida y salud de la población. 3. Cero tolerancias con la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad evitables. <hr/> <p>2. Contexto de salud en la ruralidad colombiana</p> <p>2.1 Crisis de la ruralidad en Colombia</p> <p>El contexto rural colombiano está caracterizado por una marcada concentración de la propiedad de la tierra, contrastado con amplias situaciones de pobreza y acompañado de factores económicos y políticos que configuran una diversidad de contradicciones sociales. Esta concentración de la tierra ha ocasionado a su vez que las condiciones adecuadas de desarrollo social para el campo se vean obstaculizadas, además de ser una de las causas del difícil acceso a los recursos necesarios para la producción de alimentos, los fenómenos de desplazamiento forzado, los impactos ambientales producto de los conflictos por el uso del suelo, y la deficiente presencia institucional que garantice el desarrollo de programas dirigidos al alcance del bienestar de las comunidades en los territorios más apartados y de difícil acceso en el país, así como de la falta de oferta de servicios que garanticen las necesidades básicas.</p>
<p>Adicional al problema de la concentración de la tierra, se encuentra la falta de soluciones reales al narcotráfico que han ocasionado una profundización del fenómeno de la violencia que aún no se resuelve, y que termina por aislar aún más a las comunidades rurales. La persistente idea de buscar solución a los cultivos de uso ilícito a través de mecanismos como la aspersión aérea, y la falta de garantías para una sustitución voluntaria acompañada del desarrollo de programas que garanticen condiciones de vida y sustento económico suficientes, suman elementos que repercuten sobre la salud de las comunidades en la ruralidad.</p> <p>Es así como las condiciones de salud prevalentes para la ruralidad colombiana, encuentran también una relación directa con algunos de los factores históricos que originan el conflicto armado, y que bien están reconocidos dentro del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera, por ello la necesidad de la integralidad del abordaje en salud en conjunto con otros temas que hacen parte de la Reforma Rural Integral, y la solución al problema de las drogas ilícitas, como una de las garantías para lograr una verdadera transformación del campo que dignifique la vida de las comunidades.</p> <p>Adicionalmente, los problemas ambientales derivados del modelo extractivo y del uso de monocultivos a gran escala, la deficiente infraestructura de vías y carreteras, la contaminación de fuentes hídricas, la corrupción en la inversión de obras públicas, y el recrudecimiento de la violencia y persecución contra líderes y lideresas sociales, son algunos de los factores que inciden sobre el estado de salud de las personas. Este tipo de problemáticas generan la afectación sobre la salud física y mental de las poblaciones rurales que requiere de un enfoque y abordaje de la salud distintos, en donde se tenga en cuenta la generación de saberes propios y ancestrales de las comunidades que han buscado dar respuesta a sus necesidades en medio del abandono estatal, pero también para el rescate y conservación de prácticas culturales originadas en medio de sus contextos característicos.</p> <p>Como punto de partida, se hace entonces necesario comprender la caracterización actual de la población rural, teniendo en cuenta la multiculturalidad existente y las persistentes brechas entre el campo y la ciudad.</p> <p>2.2 Caracterización de la población rural: ruralidades y diversidades en Colombia</p> <p>No existe una ruralidad, existen ruralidades. La tendencia de asociar a la población rural con un patrón socio cultural determinado es un error. Hay tantas ruralidades como poblaciones, etnias, territorios y pueblos existen en Colombia. Se hará a continuación un intento de caracterización de algunas de estas ruralidades, sus problemas en cuanto a salud y el reconocimiento de sus propios desarrollos y maneras de enfrentar los problemas en este ámbito.</p>	<p>2.2.1 La población rural y campesina en Colombia</p> <p>De acuerdo a la información contenida en el tercer Censo Nacional Agropecuario – CNA -, la población rural en Colombia está compuesta por alrededor de 5.1 millones de personas, 2 millones de personas menos que las registradas en el Censo General de 2005, lo cual significa que la migración rural-urbana ha sido considerablemente alta. Esto se debe, en parte, a condiciones de conflicto armado ocasionando desplazamientos o despojos forzados, factores económicos asociados a bajo índice de desarrollo local, falta de oportunidades y problemas asociados al desempleo y falta de garantía de servicios básicos que ha obligado que la población se traslade a las zonas urbanas, bien sea cabeceras municipales o grandes ciudades en busca de otras oportunidades (DANE, 2016).</p> <p>Para el año 2015, la población rural abarca cerca del 80% del territorio nacional rural, lo que evidencia la dispersión en su ubicación, y el 37.6% se encuentra en situación de pobreza multidimensional, evidenciada en las dificultades de acceso en materia de educación, <u>salud</u>, trabajo y condiciones de habitabilidad (servicios de agua potable y saneamiento básico) (DANE, 2016).</p> <p>El aseguramiento en salud, y las barreras de acceso en salud, si bien entre sí no muestran una brecha significativa, evidencian que en las zonas rurales se tiene mayores dificultades para acceder a este derecho que en la zona urbana, según el informe de la Misión para la Transformación del Campo Colombiano, el 8,5% de la población rural dispersa tiene barreras para acceder a la salud, mientras que en la cabecera municipal, es el 6,8% (DNP, 2014).</p> <p>El tercer Censo Nacional Agropecuario mostró que el 98,5% de los productores rurales dispersos se encuentran afiliados al sistema general de seguridad social en salud, frente a un 4,2% que no está afiliado. En los departamentos muestra que la afiliación a seguridad social en salud es superior al 90%, a excepción de La Guajirá donde la afiliación, aunque no es marcadamente inferior, con un 86,7%; sin embargo, el régimen que presenta la mayor proporción de afiliados en todos los departamentos es el subsidiado con un 82,2%, seguido por el régimen contributivo con un 12,8%. De la población étnica censada, el 93,6% cuenta con afiliación a régimen de salud, del cual el 93% de las comunidades indígenas están en régimen subsidiado; el 87,6% de las comunidades afrocolombianas a régimen subsidiado; y el 63,8% de las comunidades raizales están en régimen contributivo (DANE, 2016).</p> <p>Teniendo en cuenta la integralidad que debe tener la garantía del derecho a la salud, es preciso considerar los indicadores de satisfacción de los demás componentes, tales como alcantarillado, saneamiento básico, rezago escolar, acceso a servicios de cuidado de la primera infancia. La población rural en Colombia carece: 94% sin alcantarillado, 57,2% no acceden a acueducto, 22,4% está en condición de rezago escolar, el 10% no tiene afiliación a salud, y el 4,9% tiene barreras de acceso a servicios de primera infancia (DANE, 2016).</p> <p>Este informe muestra, que si bien las brechas no son significativas en afiliación al sistema de seguridad social entre la zona rural y urbana, si se evidencian brechas considerables en el acceso, uso y calidad de los servicios entre cabeceras municipales y población rural y rural dispersa. La Misión describe que las principales razones por las cuales la población rural tiene un acceso más limitado en</p>

<p>su derecho a la salud, es por las distancias a los centros de salud, los altos costos asociados a esas distancias, y que la oferta no responde a la composición demográfica de los hogares rurales (DNP, 2014).</p> <p>A nivel territorial, según el informe presentado por el DANE como resultado del tercer censo nacional agropecuario, <i>"una persona se considera privada de esta condición si pertenece a un hogar que tiene al menos una persona mayor de 5 años que no se encuentra asegurada a la Salud"</i>. El mayor porcentaje de esta privación se presenta en La Guajira con 27,4%, seguido por Atlántico 18,0% y Vichada 17,4%. Los departamentos de Guainía, Vaupés y Huila presentan menor porcentaje de hogares con personas que no cuentan con servicios de salud, con 4,3 %, 4,9 % y 6,9 %, respectivamente. Sin embargo, los porcentajes presentados fuentes oficiales como el censo nacional agropecuario, o encuestas de calidad de vida, en materia de salud solo dan cuenta de población afiliada al sistema de seguridad social en salud, más no de la calidad, el acceso y oportunidad en la satisfacción de este derecho.</p> <p>Según el documento borrador del Plan Nacional de Salud Rural, presentado por el Ministerio de Salud y Protección Social, el país ha alcanzado la cobertura del 95%. Sin embargo, algunos municipios en el Chocó o La Guajira, apenas alcanzan aproximadamente el 46%. En algunos municipios PDET el aseguramiento se ubica en el 86%, y en Mapiripán y macarena están en 31% y 46% respectivamente.</p> <p>En cuanto a la mortalidad infantil, el análisis de situación de salud rural apunta que existe un exceso de aproximadamente tres muertes por cada mil nacidos vivos en la zona rural con respecto a la zona urbana. Para el 2017 la mortalidad infantil en el ámbito rural alcanzaba el 10,2% mientras que en el rural era del 12,3%. Este indicador es importante porque también muestra la disponibilidad, oportunidad y calidad de los servicios materno infantiles.</p> <p>En el análisis de la mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) e Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 5 años, aunque la tasa ha descendido tanto en el ámbito rural como el urbano, se mantiene la brecha sostenida en el tiempo. En el 2017 la tasa de mortalidad infantil por EDA en menores de cinco años era de 2,2% en el ámbito urbano, mientras que en el rural era del 4,8%. En cuanto a IRA en lo urbano era del 13,2% mientras que en lo rural era del 15,8% para el mismo año.</p> <p>Con relación al bajo peso al nacer, el análisis informa que la proporción es mayor en la zona urbana que en la rural, sin embargo, se acentúan en el contexto urbano para la población en condición de desplazamiento forzado y demás población ubicada en zonas periféricas de mayor condición de vulnerabilidad socioeconómica. Esta es básicamente población rural habitando zonas periféricas de grandes ciudades.</p> <p>Acercas de la salud mental en la ruralidad, la Encuesta Nacional de Salud Mental (2015) afirma que la mayoría de las afecciones se deben a una experiencia traumática relacionada con el conflicto armado, especialmente en situaciones de desplazamiento e inseguridad. Sin embargo, las cifras también indican que la mayoría de los registros se hacen en la zona urbana, lo que significa que hay una gran dificultad de identificación y caracterización del estado de salud mental en la ruralidad. Es</p>	<p>preciso que una política integral de salud para el campo colombiano incluya un programa robusto de salud mental.</p> <p>Una de las problemáticas más agudas que se presentan en los territorios rurales, como lo indica el análisis de situación de salud rural que presenta el Ministerio de Salud y Protección Social es el acceso a los servicios de salud. En referencia a lo anterior, el propio Ministerio reconoce la importancia de la atención extramural y la presencia de talento humano en salud recorriendo los territorios. Pese a esto, el mismo análisis indica que existe una brecha en la cobertura de indicadores tales como atención prenatal (urbano 89,3%, rural 80,8%); en cuanto a la vacunación, la brecha parece imperceptible, pero esto puede deberse a que el programa de vacunación es quizás uno de los pocos sistemáticos en la ruralidad.</p> <p>Sobre la brecha en la distribución de talento humano en salud entre el ámbito rural y urbano, para el 2016, la densidad de profesionales de salud en zonas urbanas era de 102 por cada 10.000 habitantes, mientras que, en las zonas rurales, era de 40.8 en área rural y 28.1 en área rural dispersa.</p> <p style="text-align: center;">2.2.2 Mujeres rurales y campesinas, y enfoque de género</p> <p>Para iniciar vale poner de presente que, al hablar de enfoque de género, este no se reduce a las mujeres sino que incluye identidades diversas sobre las cuales un sistema de salud debería ser comprensivo e integral, y debería orientarse a la consecución del derecho a la diferencia, al libre desarrollo de la personalidad, a la autonomía de las personas sobre sus cuerpos, entre muchos otros aspectos. Tanto en las identidades de género como específicamente en el caso de las mujeres, es importante reconocer que no existe una única mujer rural sino mujeres rurales diversas. Como bien lo señala la Dirección de la Mujer Rural del Ministerio de Agricultura, el 20% de las mujeres rurales son indígenas (53.1%), afrodescendientes (46.4%), palenqueras (0.2%), raizales (0.1%) y del pueblo gitano (0.1 %).</p> <p>El proceso de paz con la entonces guerrilla FARC, es el primero en el mundo en incluir a las mujeres y al enfoque de género dentro de los puntos a negociar. Como lo consigna el documento del CEPDIPO en su libro <i>Estado General de la Implementación del Acuerdo de Paz en Colombia</i> (2019), la inclusión de disposiciones con este enfoque son un avance histórico en la ampliación de la democracia colombiana que puso en la agenda pública las problemáticas y reivindicaciones de las mujeres y demás identidades de género.</p> <p>Es por eso que en el Acuerdo se afirma que:</p> <p style="padding-left: 20px;">En la implementación de lo acordado en el punto 'Hacia un nuevo Campo colombiano: Reforma Rural Integral' se tendrán en cuenta los siguientes principios: (...) Igualdad y enfoque de género: reconocimiento de las mujeres como ciudadanas autónomas, sujetos de derechos que, independientemente de su estado civil, relación familiar o comunitaria, tienen acceso en condiciones de igualdad con respecto a los hombres a la propiedad de la tierra y proyectos productivos, opciones de financiamiento, infraestructura, servicios técnicos y formación, entre otros; atendiendo a las condiciones sociales e institucionales que han</p>
<p>impedido a las mujeres acceder a activos productivos y bienes públicos y sociales (Acuerdo Final, p. 12).</p> <p>De igual forma,</p> <p>(...) se creará e implementará el Plan Nacional de Salud Rural. Para el desarrollo del plan se tendrán en cuenta los siguientes criterios: (...) la adopción de un enfoque diferencial y de género que tenga en cuenta los requerimientos en salud para las mujeres de acuerdo a su ciclo vital, incluyendo medidas en materia de salud sexual y reproductiva, atención psicosocial y medidas especiales para mujeres gestantes y los niños y niñas, en la prevención, promoción y atención en salud (Acuerdo Final, p. 26)</p> <p>En relación al enfoque de género para la implementación del AF, según el informe del CEPDIPO, se ha identificado una tendencia a ocultar la población LGTBI, cuya participación en escenarios de construcción de políticas públicas no es visible, a excepción de la Instancia Especial de Mujeres y en el sistema de Verdad, justicia, Reparación y garantías de no Repetición. Sumado a esto, hace falta una comprensión de lo que significa la transversalización del enfoque de género en la política pública y en la adecuación institucional.</p> <p>Adicionalmente, la falta de distinción sobre las particularidades y diferencias entre las mujeres rurales y todas las diversidades de género, ha producido que el sistema de salud las y los continúe considerando en abstracto, sin autonomía y asociando a las mujeres al papel que cumplen dentro del núcleo familiar. Los indicadores siguen construyéndose a partir de los núcleos familiares sin que exista una información desagregada y específica sobre la población rural femenina, como bien lo señala el Grupo de Monitoreo para la implementación de la CEDAW en Colombia (2019).</p> <p>[Existe] La invisibilización constante de las diferencias importantes por sexo, prevalencia, riesgos y consecuencias de los problemas de salud. Aquí no se trata de equiparar las tasas de mortalidad o morbilidad para ambos sexos; el reto es garantizar que las diferencias entre mujeres y hombres, no sean un obstáculo para vivir dignamente y disfrutar de salud, y en la probabilidad de no padecer enfermedad, discapacidad ni muerte prematura por causas prevenibles asociadas a las diferencias biológicas. (Vallejo, 2020)</p> <p>Esta visión familiarista impide determinar condiciones específicas de la salud y calidad de vida de las mujeres rurales y campesinas, tales como las diferencias de valoración entre trabajo remunerado y trabajo no remunerado. A las mujeres no se les considera igual de productivas que a los hombres. El hecho de que las mujeres no hagan trabajo remunerado repercute en bajos niveles educativos, sobrecarga en el trabajo, dificultades para ser poseedoras y titulares de las tierras, las violencias en lo público y lo privado, la falta de oportunidades laborales y económicas, prejuicios e imaginarios que limitan el desarrollo autónomo de la sexualidad y la maternidad, las consecuencias sobre sus cuerpos y mentes del conflicto armado, el aumento de la militarización, entre otros , como lo señala Juliet Lorena Vallejo Vega de la organización Casa de la Mujer.</p> <p>Las mujeres rurales se enfrentan a mayores obstáculos que los hombres para acceder a los servicios de salud, por la misma condición de vulnerabilidad y discriminación que las cobija en toda la</p>	<p>sociedad. El simple hecho de que el sistema de salud colombiano dependa de la capacidad adquisitiva de las personas, plantea de entrada la inequidad en el acceso por la desigualdad en el ingreso entre hombres y mujeres.</p> <p>La necesidad de una política diferencial para las mujeres que cierre esa desigualdad histórica y que atienda de forma integral (salud física, mental y emocional) hace que se incluya un capítulo especial de esta naturaleza en el Plan Nacional de Salud Rural para el Buen Vivir.</p> <p>A pesar de considerarse que el enfoque bajo el que se construyen los indicadores de salud parece limitado, es claro que algunos de ellos permiten analizar la situación de las mujeres en el campo, por tal razón, es importante mencionarlos a continuación:</p> <p>Con respecto a las condiciones de vida, según la Encuesta Integrada de Hogares (2013), el 88,47 % de los hombres rurales están afiliados al sistema de seguridad social, en relación con las mujeres quienes presentan un porcentaje mayor de afiliación con un 92,57 %.</p> <p>En relación al trabajo no remunerado, según los resultados de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT) "los hombres ocupan en promedio 3 horas 6 minutos" en el trabajo no remunerado, "mientras que las mujeres 8 horas 12 minutos, esto permite evidenciar que las mujeres ocupan 5 horas 6 minutos día promedio más que los hombres en este tipo de actividades". En este mismo orden de ideas, la participación promedio en un día de trabajo no remunerado al interior de los hogares es de un 93% para las mujeres rurales mayores de 10 años, frente a la de los hombres que es de un 60,6%.</p> <p>En temas de violencia ejercida contra las mujeres, según el primer informe sombra específico de mujeres Rurales y Campesinas en Colombia presentado a la CEDAW, al 5 de julio de 2018 se han identificado 123 asesinatos. De esos, 83,19 % corresponde a defensores de Derechos humanos y 14,6% del mismo eran mujeres, y su labor estaba relacionada con la denuncia de los conflictos por la tierra y los conflictos ambientales. Además, el 80,48 % de ellos y ellas hacían parte de organizaciones campesinas, y Juntas de Acción Comunal. (CEDAW; 2019)</p> <p>Según la ENDS 2015, de las cifras para anticoncepción, El 80,9 % de las mujeres y el 82,7 % de los hombres entre 13 y 49 años usan algún método anticonceptivo. Adicionalmente, el 34,9 % de las mujeres en el país se ha realizado la esterilización, de ellas el 36,2 % se ubican en la zona urbana y el 31,1% en la rural.</p> <p>El 50,9 % de las mujeres entre 13 a 49 años se realizó la prueba de VIH/SIDA ; de ellas el 52,9 % en lo urbano y el 43,5 % en lo rural.</p> <p>Violencia de género</p> <ul style="list-style-type: none"> ● El 23,9 % de las mujeres de 13 a 49 años alguna vez o actualmente ha sido víctima de intimidación por parte de la pareja. Esta situación se presenta en porcentajes similares en la zona urbana (23,8 %) y la rural (24,0 %). ● El 31,9 % de las mujeres de 13 a 49 años alguna vez o actualmente ha sido víctima de violencia física por parte de la pareja (32,7 % en zona urbana y 29,2 % en rural).

- El 31,1 % de las mujeres y el 25,2 % de los hombres de 13 a 49 años alguna vez han sufrido de violencia económica y patrimonial por parte de la pareja.
- El 7,6 % de las mujeres de 13 a 49 alguna vez o actualmente ha sufrido de violencia sexual por parte de la pareja.

Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)

- El 60,4 % de las mujeres de 13 a 49 años de zona urbana sabe que la IVE es legal en algunos casos, frente al 4 % en zona rural.
- El 86,9 % de mujeres de 13 a 49 años sabe que la IVE es legal cuando la mujer haya sido objeto de una violación (87,7 % en zona urbana y 82,4 % en rural).
- El 86,1 % de las mujeres y el 79,4 % de los hombres saben que la IVE es legal cuando existe una malformación grave en el feto.
- El 77,2 % de las mujeres y el 81 % de los hombres de 13 a 49 años saben que la IVE es legal para salvar la vida de la mujer.
- El 40,5 % de las mujeres y el 42,2 % de los hombres saben que la IVE es legal cuando el embarazo pone en riesgo la salud mental de la mujer.

Para el indicador razón de mortalidad materna, el cual es un trazador para todo el sistema de salud, la mortalidad es mayor en la zona rural que en la urbana. En la zona urbana fallecen al año 45 maternas de cada 100.000 nacidos vivos, mientras que en la rural fallecen 60,9, manteniendo la brecha la tendencia histórica.

Con respecto a la disparidad en el embarazo en la infancia y adolescencia, lo primero que detecta es la ausencia de información por territorios. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS (2015) en los municipios PDET la tasa de fecundidad entre los 10 y 14 años es de 4,7 nacimientos por 1000 mujeres frente al 2,9 de todo el país para el año 2015).

En cuanto al acceso y uso de anticonceptivos, pese a que el conocimiento de los mismos es casi universal, se encuentra un menor uso de diversos métodos anticonceptivos por parte de las mujeres rurales (73,6%) con respecto a las mujeres urbanas(76,7%).

Con relación al examen de citología, la distribución es del 67,1% para las mujeres urbanas, versus 63,9% para las mujeres rurales. Adicionalmente, la ENDS reporta departamentos con un alto porcentaje de mujeres que nunca se han realizado la citología, como es el caso de Chocó, Amazonas, Guainía, Vichada, y Magdalena, departamentos que a su vez se componen de grupos étnicos, indígenas, y afrodescendientes.

El sistema de vigilancia en salud pública para el año 2017 reportó un total de 98.999 casos de violencias de género. El 73% de estos casos se reportan en cabeceras municipales, el 14,2% en población rural dispersa, y el 8,6% en centro poblado. El bajo registro de casos en zonas rurales se debe a las barreras de acceso a servicios de atención a las violencias por parte del sistema de salud en articulación con el sistema de justicia.

Embarazo adolescente, porcentaje de mujeres que usan algún método anticonceptivo, VIH, feminicidio, violencia intrafamiliar contra mujeres, porcentaje de mujeres dedicadas a labores del cuidado sin remuneración, mortalidad materna, malnutrición por déficit o por exceso (análisis de doble carga nutricional).

Aún más desconocida resulta la situación de las personas LGTBI en la ruralidad. Tener una identidad sexual diversa en el campo es mucho más complicado debido a que existe una mayor discriminación contra estas personas por el rasgo machista. Según afirma Wilson Castaneda, director del colectivo Caribe Afirmativo en un artículo para Semana Rural (2017) las acciones para reivindicar los derechos y proteger a la comunidad LGTBI se concentran en las ciudades. Esto ha llevado a la creencia de que la migración a grandes centros urbanos es la única alternativa para salir del closet de tal manera que existe un subregistro sobre las condiciones de vida de estas personas en la ruralidad.

En el ámbito de la salud, en el año 2020 la School of Lay Williams Institute de la Universidad de California publica su estudio *Estrés, salud y bienestar de las personas LGBT en Colombia*, como resultado de la más amplia encuesta nacional nunca antes realizada. Según la encuesta, el 72% reportaron, al menos, angustia psicológica moderada. Señalan que uno de cada cinco encuestados y encuestadas LGBT recibió "terapia de conversión" mientras que un 35% de personas transgénero recibió el mismo tratamiento.

La victimización y la discriminación se atribuye como una de las principales causas del deterioro de la salud de personas LGTB y trans. El 47% de las personas transgénero recibió alguna amenaza de violencia, mientras que el 36% de la misma población fue agredida físicamente y el 27% fue agredida sexualmente.



Resulta gravísimo que el 20% de las y los encuestados reportaron tratos abusivos verbales por parte de agentes del estado y, directamente abusos físicos por parte del 11%. En el 2017, Según el Sistema

de Información sobre la Violencia contra las Personas LGBT en Colombia (2018) en 2017, se registraron 66 actos de violencia policial contra personas LGBT.

En cuanto al ámbito escolar, el 67% mostró sentirse inseguros e inseguras en sus escuelas, y el 43% recibió acoso físico y el 47% acoso sexual. El 37% reportan haber sido agredidas y agredidos por sus maestras a causa de su orientación sexual.

El estrés es una de las principales causas de enfermedad en esta comunidad: miedo a perder el trabajo, preocupación o miedo, cansancio o agotamiento, problemas de sueño e irritabilidad. Según un estudio realizado en el 2008 por la Alcaldía de Bogotá, el sistema de salud no estaba adecuado para responder a las necesidades en salud de las personas LGBT, y estas no acudían a los servicios por temor a la estigmatización. Se tenían que enfrentar a la ausencia de preparación del personal de salud que prestaba los servicios a esta población.

Para el 2016 habían aproximadamente 150 mil casos reportados de VIH, con un aumento en hombres gay/bisexuales del 12 al 17% y en mujeres transgénero del 15 al 21% en un periodo de 4 años. El 14% carecía de un seguro de salud frente al total del 6%.

No existen datos sobre suicidio en esta población, sin embargo se ubica que el 30% de las y los encuestados reportan tener ideas suicidas. En el 2018, de 2.458 casos en todo el país, el 0,5% eran personas LGTB pero se aducen causas variadas que podrían apuntar a una subestimación de la cifra.

3. Contexto del sistema de salud en Colombia

3.1 Antecedente histórico reciente

El Sistema Nacional de Salud, creado en el año 1975, funcionaba a través del subsidio a la oferta desde el Estado, dirigido preferentemente a la red de hospitales públicos, un seguro social y cajas de previsión que cubría una minoría de trabajadores y trabajadoras, y una oferta de salud privada para quienes tenían recursos para acceder a aquella.

Desde finales de los años 80 e inicio de los 90 en Colombia, se inició un proceso de descentralización acompañado de una apertura económica y cierta apertura política gracias a los procesos de paz acontecidos en la época. La conjunción de tales procesos significó una mayor autonomía para los territorios que se juntó con la tendencia de reducción de los Estados propia de la época. Al tiempo, el proceso de elaboración de una nueva carta constitucional (1991) como momento culmen de cierre del bipartidismo en Colombia, causó que, por un lado, tuviésemos una Constitución nominalmente garantista de derechos, pero que abrió la senda a las privatizaciones y entrega a terceros de funciones del Estado al mercado.

Así, en el año 93, y posterior a la reforma y privatización del Sistema de Pensiones, se creó el Sistema Integral en Seguridad Social, con el que se termina de reformar todo el conjunto de la protección social: salud y riesgos profesionales.

La reforma al sistema de salud en ese año, recogió las discusiones del Banco Mundial que posteriormente serían consignadas en el documento *Invertir en Salud*, entre cuyas recomendaciones está priorizar la eficiencia del gasto, focalizar la acción del Estado en los más pobres priorizando la asistencia y abrir la prestación de servicios de salud al sector privado.

Se formuló así el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), sistema aparentemente de carácter público donde prevalece el aseguramiento con una creciente disminución del papel del Estado y una expansión de la delegación de funciones del mismo a empresas privadas. En el caso de la salud hablamos de la delegación de la garantía del derecho, de la prestación y de la administración de recursos públicos de destinación específica.

Este sistema fragmentado consta de varios regímenes (los principales han sido el subsidiado y el contributivo) con planes diferenciados, lo que ha causado un acceso desigual a tratamientos, medicamentos y servicios según la capacidad de pago, por tanto, no se puede decir que se trate de un sistema de equidad y acceso universal.

El sistema se diseñó pensando en la atención individual de usuarios por demanda de servicios, sin demasiada diferenciación entre usuarios y mucho menos sin articulación con las realidades territoriales que comprende el país. Entonces, no se trata de uno comprehensivo y adecuado a las múltiples realidades territoriales que abarca el país.

3.2 La crisis del sistema de salud colombiano

El primer grave problema del actual sistema de salud es la fragmentación producida por un concepto de política en salud como un conjunto acciones individuales y colectivas que no consiguen articularse en una política integral. Así las cosas, las acciones individuales son suministradas por el mercado en una lógica basada en la atención de la enfermedad y la demanda de los servicios, mientras que las acciones colectivas, al menos en teoría, van encaminadas a afectar los determinantes sociales de la enfermedad a través de la salud pública, la promoción y la prevención en salud. Un poco de sentido común debería permitir ver cómo sanar el entorno y proveer condiciones de vida produciría sociedades saludables, pero el sentido y el propósito común no es lo que caracteriza el sistema, sino la rentabilidad de la atención individual. Se trata de una visión restrictiva de la salud como ausencia de enfermedad que activa relaciones económicas muy poderosas contenidas en un complejo médico industrial y financiero.

La prueba del tipo de elección política sobre el enfoque que orientaría nuestro sistema es que aquellas acciones individuales que acontecen cuando aparece la enfermedad y que significan una alta demanda de servicios, son las que se llevan la mayor proporción de los recursos en presupuesto nacional.

El mercado establece una relación perversa con una serie de "clientes" a través de la dependencia con la enfermedad, en una mirada fragmentada de los seres humanos como cuerpos que operan mecánicamente y que van presentando fallos a lo largo de su vida.

<p>En el marco de facilitar este tipo de transacciones, el papel del Estado se reduce a funciones como la “modulación” o “rectoría”. La inspección, vigilancia y control ha sido deliberadamente insuficiente especialmente frente a las Empresas Promotoras de Salud (EPS) en donde el manejo de los dineros por parte de aquellas es hoy en día un cuello de botella en la fluidez de los recursos. Los costos de la intermediación financiera, la presión de las farmacéuticas por mantener la libertad de precios, el desvío de los recursos de la salud para fortalecer inversiones de las empresas intermediadoras, fenómenos monopolísticos de tamaño descomunal como lo fue Saludcoop, y la utilización del Fondo de Solidaridad y Garantías para cubrir los huecos del Estado, causaron y siguen causando que Colombia tenga uno de los gastos en salud más elevados e ineficientes en relación con el goce efectivo al derecho a la salud, en toda la región.</p> <p>Por otro lado, bajo el esquema del actual sistema, el Estado se descarga de la responsabilidad de garantizar la universalidad del sistema y se concentra en aportar subsidios a la demanda para la población más pobre, es decir, la focalización de la política a través del régimen subsidiado. Este reordenamiento del sistema se proyectó bajo el supuesto de que las y los afiliados al subsidiado irían disminuyendo en la medida en que habría un crecimiento económico sostenido y como “natural” consecuencia de esto, la generación de mayor empleo. Por supuesto, el país ha atravesado algunos picos de crecimiento económico que no han significado la activación de sectores productivos generadores de empleo en el país. Para intentar mantener la artificiosa relación entre crecimiento y empleo, los gobiernos y los distintos parlamentos han llevado a cabo un conjunto de medidas de flexibilización laboral que ha precarizado el trabajo en Colombia, y ha generado una cuantiosa fuga de recursos en exenciones, liberando cada vez más de su obligación frente a la seguridad social de las y los trabajadores a los empleadores, y todo este conjunto de políticas no se ha podido relacionar al día de hoy con la activación de la producción interna y la generación de mayor empleo. Las políticas tampoco han favorecido una adecuada distribución de la riqueza, siendo la informalidad y la flexibilización laboral la norma que, a su vez, ha impedido que más colombianos y colombianas pasen del régimen subsidiado al contributivo.</p> <p>Finalmente, el Estado se encargaría, de forma descentralizada, del componente de salud pública el cual es muy marginal frente al aseguramiento y nunca logró una adecuada articulación. Aunque varias de las acciones en salud pública son responsabilidad de las EAPB, estas no encuentran rentable su correcta implementación.</p> <p>El ánimo de lucro en el sistema ha incentivado de manera perversa, la corrupción. Para el año 2019, una dirección especial de la Fiscalía dedicada a investigar la corrupción en salud, estimó que casi un billón de pesos de estos recursos públicos se perdió, es decir, el 8% del presupuesto para ese sector en ese año.</p> <p>La Defensoría del Pueblo publicó en el 2019 el informe de tutelas por el derecho a la salud en la vigencia del 2018 reportando la dramática cifra de 607.308 acciones, es decir, una acción cada 52 segundos.</p> <p>De otro lado, solo en el caso de la actual coyuntura a causa de la emergencia sanitaria en el marco del COVID-19, la Superintendencia Nacional de Salud ha recibido más de 870 mil quejas sobre 15 EPS,</p>	<p>donde lo que operan son procesos de sanción pecuniaria principalmente. Un sistema de salud que depende de una acción jurídica o de estar sancionando a sus agentes para que cumplan con sus funciones, debe al menos producir un claro manto de duda sobre su capacidad para garantizar el derecho a la salud de las y los colombianos.</p> <p>3.3 La crisis de la red pública hospitalaria</p> <p>Un capítulo especial alrededor de la crisis del actual sistema de salud en Colombia, lo merece la situación de la actual red pública hospitalaria, en especial porque esta se constituye en muchos territorios, como la red de servicios al alcance de la población rural.</p> <p>Con el cambio de sistema se pasa del subsidio a la oferta al subsidio a la demanda, es decir, un subsidio que se otorga para que el usuario acceda al mercado con el proveedor de su elección. Según Luis Alberto Martínez, director ejecutivo de la Asociación de Empresas Sociales del Estado de Antioquia (AESA), es a partir de ese punto que vivimos un marchitamiento de la red pública hospitalaria y una proliferación de operadores privados compitiendo por clientes.</p> <p>A partir de la Ley 100 de 1993, la discrecionalidad en la contratación de servicios queda en manos de las EPS quienes dejan de lado la prioridad de hacerlo con la red pública hospitalaria. Además, dentro de la reforma al sistema los hospitales fueron obligados a asumir una reestructuración a manera de empresarización (Empresas Sociales del Estado E.S.E.) que los puso en una competencia desigual con Instituciones Prestadoras de Salud - IPS de carácter privado: los hospitales públicos se quedaron con la población empobrecida, de alto costo y en zonas donde no existe la misma demanda de servicios. La baja demanda de servicios en zonas dispersas, bajo el esquema de pago por facturación, hacía que los hospitales que atienden en las zonas rurales no tuviesen los mismos ingresos que las IPS que operan en una gran ciudad.</p> <p>Por otro lado, el papel de vigilancia del Estado puso sus ojos, principalmente, en la actuación de los hospitales públicos quienes ya vivían de antemano, situaciones complejas de corrupción y clientelismo. Las acciones para la eficiencia y control del gasto se concentraron en el saneamiento financiero de los hospitales públicos, por encima del control y vigilancia a las empresas de carácter privado que participaban del sistema.</p> <p>Como también lo afirma Luis Alberto Martínez, para intentar solventar los problemas de funcionamiento de los hospitales públicos, a través de la Ley 812 de 203 se les permite contratar los servicios a prestar con terceros a través de convenios con entidades públicas y privadas. La integralidad del hospital como unidad que alberga múltiples servicios se rompe entonces, lo que ha ido llevando a una “deshospitalización” de las Empresas Sociales del Estado.</p> <p>Los hospitales quedaron como un cascarón vacío útil para la contratación de servicios, al tiempo que todo lo anterior llevó a un gravísimo deterioro de las condiciones de las y los trabajadores y a un abandono paulatino de plantas físicas, tecnologías, laboratorios, entre otros aspectos.</p>
<p>Adicionalmente los hospitales tuvieron que padecer una especie de “trato diferencial” por parte de las EPS: estas preferían contratar en integración vertical con sus propias redes y, adicionalmente, retenían los pagos de las facturas de los servicios contratados con los hospitales públicos.</p> <p>El creciente déficit financiero en los hospitales públicos se tramitó a través de la liquidación. Ante esta grave crisis de los hospitales, la Corte Suprema en el año 2001, a través de la Sentencia 540, aclara que los hospitales públicos no pueden ser tratados como cualquier otra empresa del Estado, porque su finalidad es garantizar un derecho humano consagrado en la Constitución, por ende, su rentabilidad no es financiera sino social.</p> <p>Adicionalmente, la Corte Suprema, a través de la Sentencia 540 de 2001, aclara que, por la naturaleza y misionalidad de esta particular Empresa Social del Estado, no pueden tomarse medidas basadas en el déficit financiero, pues la rentabilidad de los hospitales es de orden social.</p> <p>En la actualidad, el 75% de los municipios con menos de 15 habitantes, la mayoría de ellos en zonas rurales y dispersas, dependen de un hospital público. Como también afirma Luis Alberto Martínez y otros expertos, mantener el esquema de competencia en las zonas donde los hospitales públicos son los prestadores monopolísticos, es innecesario. Pero aún en aquellas donde hay más prestadores, el rescate de la red pública hospitalaria como parte fundamental de la garantía del derecho a la salud, es fundamental. El hospital sigue siendo el referente más a la mano de la atención, especialmente para las poblaciones más vulnerables que se encuentran, en buena medida, en la ruralidad colombiana.</p> <p>3.4 La política reciente en salud para la ruralidad en Colombia</p> <p>El Modelo de Acción Integral Territorial (MAIT) entra a operativizar la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), y deroga las resoluciones 429 de 2016 y 489 de 2019, con las cuales se establecía el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). Contempla 8 líneas de acción, dentro de las que se encuentran: aseguramiento, salud pública, prestación de servicios, talento humano en salud, financiamiento, enfoque diferencial, articulación intersectorial, y gobernanza. La finalidad de este último modelo es lograr mejores resultados en salud, y propone para tal fin el desarrollo de acciones articuladas entre los agentes del sistema de salud, las comunidades y los departamentos o distritos, acompañados por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Pese a que la política y los modelos de atención MIAS y MAIT plantean un enfoque territorial y el desarrollo de un “modelo especial” es necesario resaltar que no logran superar la visión asistencialista, conciben el territorio de manera reducida al espacio físico y la universalidad en salud es reducida cobertura.</p> <p>De otro lado, una de las principales debilidades del modelo de atención consiste en que las funciones de fortalecimiento de oferta de servicios de salud, la identificación de riesgos, necesidades y potencialidades poblacionales; identificación de necesidades y expectativas de agentes y demás actores del sector salud; concertación de prioridades en salud pública (dentro de las que se incluye incentivar las prácticas de autocuidado y coordinación con otros sectores para intervenir en los</p>	<p>determinantes sociales en salud); y la adaptación de rutas integrales de atención en salud (RIAS), quedaron a cargo de los entes territoriales sin que se establezca con claridad en qué consiste el apoyo del Ministerio de Salud y Protección Social para que dichas entidades tengan el soporte técnico y de recursos que requieren para asumir tales competencias, y de otro lado, no es claro el papel que tendría el Estado como rector del sistema de salud. El Estado sigue cumpliendo un papel de mediador entre agentes del sistema y usuarios.</p> <p>Para finalizar, a pesar de mencionarse la Atención Primaria en Salud como una de las estrategias a desarrollar para el PNSR, su enfoque no es el adecuado. En primer lugar, y como ya se ha mencionado, la Atención Primaria en Salud no se puede confundir con atención básica, se trata de una estrategia intersectorial, multicultural e interdisciplinaria que debe ordenar el sistema de salud más allá de la prestación de servicios. Es decir, debe ser una estrategia orientada a la calidad y bienestar de vida integral en los territorios.</p> <p>En segundo lugar, una adecuada APS rural debe contar con la participación social y políticas de las comunidades en los ejercicios de diagnóstico de necesidades y en la toma de decisiones adecuadas en salud a las particularidades de sus territorios.</p> <p>La APS debe garantizar el acceso pleno a todos los servicios de salud en todos los niveles de complejidad para todos y todas las habitantes de un territorio. El Estado debe asumir mayor responsabilidad para mejorar la oferta institucional en los territorios. Esto significa que hay que ampliar la red de servicios en salud, la disponibilidad de talento humano preparado para las condiciones de la ruralidad, el acceso a tecnologías, medicamentos y tratamientos, entre otros aspectos a fortalecer. No puede seguir el Estado evadiendo su responsabilidad frente al Sistema de Salud argumentando que gran parte de la solución a la crisis de la salud en la ruralidad se soluciona a través de la promoción de las prácticas de autocuidado como una forma de prevención.</p> <p>El MIAS acusaba adicionalmente varios problemas. El fracaso del esquema de asegurador único que en teoría ayudaría a la gobernabilidad del sistema articulando a entes territoriales y pueblos indígenas. Este modelo de aseguramiento persiste en el cálculo del riesgo financiero por encima de la protección en salud. Esto significaba que el asegurador privilegiaba el cálculo del riesgo de atender población dispersa sobre lo que no tenía mayores incentivos, lo que se agravaba con el desmantelamiento de las redes de servicios a cargo de los entes territoriales. Así las cosas, ni el asegurador único ni los entes territoriales hacían presencia suficiente en el territorio.</p> <p>En el caso del modelo piloto en Guainía, como bien lo evidencia la respuesta del Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, en Respuesta al Auto de Seguimiento a la Sentencia 7-760 de 2008 sobre “Convocatoria a sesión técnica en el marco del seguimiento a la orden vigésima novena” la evaluación sobre esta primera experiencia arrojó algunos problemas, mencionamos algunos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Imposibilidad de concentrar en un asegurador único a todos los afiliados, lo que hace imposible una territorialización completa. • Un modelo territorial que carece de una adecuada red de servicios próxima al usuario aumenta costos en términos de traslado de pacientes.

<ul style="list-style-type: none"> • Nuevamente el modelo se centra en la atención de individuos, la consulta y las acciones preventivas individuales, lo que significa que el enfoque familiar y comunitario sigue siendo débil. • Las barreras geográficas siguen siendo un grave problema para el acceso a los servicios llegando a ser 16 horas de traslado para acceder a un centro de salud en el Departamento. • No basta con el reconocimiento de los determinantes sociales en salud si no se opera una verdadera estrategia de articulación a través de la gestión integral en salud. • Hay insuficiencia en el enfoque intercultural, especialmente cuando hay que establecer una relación entre médicos y parteras tradicionales, además de lograr la operativización de los mecanismos de participación. Por ejemplo, el Encuentro de Parteras y Médicos Tradicionales no se ha hecho con continuidad. • No ha existido una adecuada formación de personal sanitario para atender a este modelo y a las complejidades del territorio. • La existencia de un asegurador en el manejo de los recursos y la tendencia de estos a no girar los dineros que requieren los prestadores sigue debilitando la red, especialmente para los hospitales públicos. • No existe la rectoría ni independencia suficiente por parte de los entes territoriales para llevar el control necesario sobre el asegurador, ni para condicionar su desempeño a los principios de la atención primaria de salud, la interculturalidad, la participación o la intersectorialidad. • La lógica de operar por demanda de servicios hace que se restrinja la atención así como la inversión en ampliar y adecuar redes, sistemas de información, entre otros aspectos fundamentales. Esta misma lógica hace que sea costoso mantener servicios para una baja demanda, lo que lleva al asegurador a una estrategia de control de costos que desprotege a la población lo que se evidencia en: malas condiciones laborales de las y los trabajadores de la salud, falta de insumos, deficiencias en la capacidad resolutoria y evasión de remisiones necesarias a ciudades que tiene servicios de mayor complejidad. <p>Otra de las dificultades que presentó el MIAS, fue la comprensión de lo que significa el territorio y el enfoque que se le dió al mismo, ya que lo planteaba como una gran extensión a la cual dividió en 3: una Colombia rural, una rural dispersa, y otra urbana; lo cual es erróneo para la territorialización y gestión de la salud pública, ya que se debe comprender desde los microterritorios que tienen similitudes culturales y étnicas, así como en los medios de producción y el desarrollo social y económico; dichas subregiones pueden pasar incluso los límites de los departamentos, tal y como lo afirma Luis Alberto Martínez, coordinador de la Mesa Antioquia por la transformación del sistema de salud.</p> <p>Para esto, es necesario ampliar la visión de las comunidades en los territorios expresadas en sus planes de vida, a través de diálogos de saberes, reconocimiento de los sistemas propios de pueblos indígenas y afrodescendientes, así como la labor de la organización social en el territorio.</p> <p>El segundo modelo que aún se encuentra en piloto, MAIT, también presenta una serie de deficiencias, tal y como lo expresa el documento de "Comentarios al proyecto de resolución "Por medio de la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud –PAIS, se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial y se incorpora la misma en un solo documento" escrito por Mario Hernández, coordinador del Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La principal de ellas tiene que ver con el corto tiempo de implementación entre un modelo y otro, con esto se hace referencia al MIAS y MAIT, respectivamente. Lo cual deja un mensaje de inestabilidad que no permite que el sistema empiece a operar en los territorios, asumiendo sus responsabilidades a nivel territorial e institucional. Otra de las dificultades de este modelo, es que sigue basándose en incentivos para lograr el arraigo de los agentes del sistema en el territorio, con lo que se supedita la atención de la población al cálculo de rentabilidad que hacen estos agentes. • Insiste en que la articulación de los agentes del sistema proporcionará el carácter integral del modelo. Sin embargo, después de tres años de implementación del MIAS, esta estrategia no ha dado los resultados esperados, o al menos, al momento se desconoce si existe alguna evaluación al respecto. El modelo persiste en la separación de los regímenes lo que es causa de una gran inequidad, es decir, el derecho a la salud sigue dependiendo de la capacidad de pago del usuario. Esto es particularmente grave en áreas rurales donde la tasa de informalidad es altísima. • Continúa la separación entre la atención individual y la atención colectiva. El centramiento en la atención individual hace que desaparezca la perspectiva preventiva y de promoción de la salud, así como de la interdependencia de los derechos. • Continúan los mismos problemas de territorialización debido a la atención individual y a la competencia por número de afiliados y por control de la UPC. Varios aseguradores siguen operando en un mismo territorio, además, con el debilitamiento por la delegación de responsabilidades de los entes territoriales a estas aseguradoras, no hay control y rectoría sobre el sistema. • El modelo sigue diseñado con base en un usuario, con protocolos construidos en evidencia obtenida en contextos diferentes a aquellos que caracterizan los territorios. La perspectiva intercultural no puede ser, en este caso, un simple factor más dentro del modelo, sino que debe ser un eje rector de la acción del Estado en el territorio. • Acciones que han sido delegadas a las EAPB tales como prevención y caracterización de acuerdo a contextos territoriales y geográficos, o afectar determinantes sociales de la salud, no presentan grandes incentivos financieros para dichas empresas porque no se encuentran dentro de la UPC. El interés es apropiarse de los recursos para acciones colectivas del PIC. <p>3.5 Los sistemas de salud propios de los pueblos indígenas</p> <p>Según el DANE, la población indígena en Colombia es de aproximadamente 1,9 millones de personas, lo que representa un crecimiento del 36,8%. Se puede afirmar que, al día de hoy, representa el 4,4% del total de la población. Se trata de 115 pueblos nativos concentrados en Arauca, Chocó, Magdalena, Vichada, Vaupés, Guainía, Bogotá, Cundinamarca, Caldas, Santander, Tolima y Nariño.</p>
<p>Los pueblos indígenas han tenido que lidiar históricamente con los enfoques y el centralismo de los sistemas de salud en Colombia y la resistencia por mantener sus sistemas e iniciativas propias en este ámbito. Con el fin de ilustrar cómo estos pueblos han venido produciendo sus propias reflexiones y acciones en salud desde su cosmovisión, se analizará el caso de una de las organizaciones de pueblos indígenas documentada por el investigador Jaime Urrego en su artículo: <i>Las luchas indígenas por el derecho fundamental a la salud propio e intercultural en Colombia</i> (2020), en los años 70 durante los congresos indígenas de donde surge el Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC).</p> <p>Desde sus inicios se estableció entre los pilares fundamentales, la salud entendida dentro del concepto de tierra, territorio, cultura y vida, donde la salud es la armonía que se mantiene y se restablece por la medicina tradicional. En 1977 el CRIC crea una red de Agentes Comunitarios Indígenas Bilingües que impulsan la organización en salud. Para el año 1981 crean el Programa de Salud donde hablan de su propio gobierno descentralizado en la materia, se proponen el fortalecimiento de la medicina tradicional, el acompañamiento a pacientes con personal bilingüe y la formación del personal propio a través de la ya mencionada figura de Agentes Comunitarios.</p> <p>Al tiempo, para 1981 el Estado implementa un subsector en el Sistema Nacional de Salud de asistencia pública para pobres, donde se incluye sin mayor discriminación o comprensión alguna a los pueblos indígenas. La Resolución 10.013 del Ministerio de Salud, expedida en ese mismo año, se convierte en un hito porque reconoce la otredad. Se crea la figura de promotores que desplaza a los anteriores Agentes Comunitarios que es una figura más limitada que la anterior.</p> <p>En 1986, la ONIC crea su propio Programa de Salud proyectando a nivel nacional la tarea que ya había cumplido el CRIC. El Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) que se incorpora a través de la Ley 21 de 1990, y establece la consulta previa, así como el reconocimiento de la autonomía de gobierno de los pueblos indígenas.</p> <p>Pero es en el año 1991 donde, como menciona Urrego, se da la visibilidad estructural del sujeto político indígena en el marco del proceso de la Asamblea Nacional Constituyente (ANC) y la promulgación de la Constitución de 1991. Durante el tránsito entre el Sistema Nacional de Salud al modelo propuesto por la Ley 100 del 93, se expide la Resolución 5.708 (1992) que reduce la medicina tradicional a otro tipo de terapéutica. Con la Resolución 1088 de 1993 se definen a las Asociaciones de Cabildos como entidades públicas que podrán manejar recursos.</p> <p>Ya en la Ley 100 de 1993, los pueblos indígenas siguen siendo considerados de población pobre y son incluidos arbitrariamente en los programas de subsidios parciales en el esquema occidental de atención en salud, con una penetración cada vez mayor de los intereses de agentes privados por captar afiliados. En 1995, tras las protestas convocadas por el CRIC, se exige la derogación de la Ley 100, lo que desencadenó algunas modulaciones en el sistema para los pueblos indígenas tales como la afiliación colectiva a cargo del cabildo, prohibición del mercadeo, creación de prestadores en salud indígenas, entre otros aspectos. Se crean una serie de Empresas Administradoras del Régimen Subsidiado de Salud Indígena (ARSI) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígenas (IPSI) en el territorio nacional. Esto significó una integración del mercado con instituciones que, si</p>	<p>bien no eran igual a su expresión paralela al resto del sistema, seguía y sigue atado al núcleo duro de la Ley 100 cuyos efectos perversos ya han sido explicados anteriormente.</p> <p>Al día de hoy, cualquier iniciativa de salud en la ruralidad debe considerar esta trayectoria, así como respetar, dialogar y preservar los avances de los sistemas propios.</p> <p>3.6 La salud en los pueblos NARP (negros, afrodescendientes, raizales y palenqueros)</p> <p>En el año 1981, Colombia ratifica la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación Racial mediante la Ley 22 de ese año. Para la ONG DeJusticia en su libro <i>Raza y derechos humanos en Colombia, informe sobre discriminación y derechos de la población afrocolombiana</i> (2009), en Colombia y especialmente, en cabeza de sucesivos gobiernos, recae la responsabilidad por la negación del racismo y la invisibilización de los pueblos NARP lo que se expresó en deficiencias de la información tales como la participación de personal de origen NARP en la estructura del Estado, la presencia en centros educativos, el acceso a servicios públicos, la ausencia de políticas de atención diferencial, entre otros aspectos.</p> <p>Como aconteció con los pueblos indígenas, la Constitución del 91 abre la senda para el reconocimiento de los pueblos NARP dentro del ordenamiento colombiano. El Decreto 1332 de 1992 creó la Comisión Especial para las Comunidades Negras cuyo fin era el reconocimiento de los derechos de estos pueblos. Así mismo, la Ley 70 de 1993, desarrolló el artículo transitorio de la Constitución y dictó disposiciones sobre el derecho a la propiedad colectiva. Es notable que dentro de la Ley 100 hay una mención a la participación de los pueblos indígenas, pero no sucede igual con los pueblos NARP. El Decreto 2314, crea una interesante figura para que la elaboración de planes diferenciales del desarrollo para dichas comunidades.</p> <p>Es prácticamente hasta el 2001, a través de la Ley 691 de 2001 que se reglamenta la participación de los grupos étnicos en el SGSSS. Las referencias normativas a la comprensión de los sistemas propios en salud de los pueblos NARP y la manera como serán tenidos en cuenta en el diseño e implementación de las políticas en la materia, son prácticamente inexistentes.</p> <p>El que el Estado colombiano haya invisibilizado la existencia de saberes en salud de los pueblos NARP, no significa en lo absoluto que aquellos no existan y que hayan operado de manera efectiva en los territorios. Lo primero que resulta necesario resaltar es que mantienen una lucha histórica por preservar sus costumbres frente al cuidado de la salud, el uso de plantas medicinales, así como del saber de las parteras, sanadores tradicionales, sobanderos, curanderos o remedios. La comprensión de la salud para una buena parte de estos pueblos significa recuperación del equilibrio y la armonía más que curación de síntomas o enfermedad, según como lo relata Yohaysa Perea Rentería en su artículo <i>En Colombia, comunidades negras conservan su ancestralidad y cultura (II)</i> publicado en el año 2019.</p> <p>Tanto la comprensión de los pueblos NARP como la de los pueblos indígenas, se constituye en una fuente importante para poner en cuestión el modelo morbicéntrico y curativo, ineficiente y poco</p>

<p>saludable del actual sistema, ya que la comprensión de salud como integralidad y como conjunto de relaciones con el territorio, el ambiente, las tradiciones, lo colectivo, la cosmovisión, entre otros aspectos, se convierte en un aporte indispensable para pensar en que se necesita un sistema de salud realmente integral, abarcativo y que supere el concepto de salud como ausencia de enfermedad.</p> <p>Según el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 del DANE, se estima que en Colombia hay 2.982.224 millones de personas autorreconocidas como NARP. Entre 2005 y 2018 hay una reducción del 30,8% de personas autorreconocidas. La mayoría de la población se concentra en un 66,1% en los rangos de 15-64 años y la distribución de la jefatura de hogar corresponde al 59,3% en cabeza de los hombres y el 40,7% en cabeza de las mujeres.</p> <p>La reducción de población autorreconocida supera los niveles de mortalidad o emigración vigentes lo que supone un deterioro alarmante de la identidad, así como la falta de esfuerzos ingentes de sensibilización y capacitación para el autorreconocimiento. Así las cosas, es importante que un Plan Nacional de Salud Rural aporte a mantener y reconocer las tradiciones en salud y cuidado de los pueblos NARP, y sus sistemas propios puedan entrar en diálogo con los demás sistemas establecidos en la materia.</p> <p>Aunque la mayoría de la población NARP se concentra en las cabeceras municipales (66,7%), aún persisten una buena proporción que habita los centros poblados y rurales dispersos (33,3%). La distribución entre hombres y mujeres es de 48,8% vs 51,2% respectivamente. La mayoría de los pueblos NARP habitan en el Valle del Cauca, Chocó, Bolívar, Antioquia, Cauca y Nariño.</p> <p>Quizás los indicadores más dramáticos para los pueblos NARP son los de la pobreza. Mientras que el índice de pobreza multidimensional para el conjunto de la nación se encuentra en el 19,6%, estos pueblos alcanzan el 30,6%, distribuidos un 24,4% en cabeceras y 50% en centros poblados y rural disperso. El trabajo informal alcanza el escandaloso porcentaje del 81% siendo realmente dramático en la ruralidad con un 92,4%. Unos indicadores muy dicentes de las condiciones de salud en estos pueblos es el de la inadecuada eliminación de excretas que alcanza en la ruralidad un 40,1%, sin acceso a fuente de agua mejorada que está en un 51,2%, un hacinamiento crítico del 10,2%, sin aseguramiento en salud del 14,1%, barreras de acceso a salud por encima del 11,2%, entre muchos otros. El departamento con mayor IPM de pueblos NARP es nariño con un 56,9%, seguido de Chocó con un 40,5% y Magdalena con un 36,8%.</p>	<p>4. El Plan Nacional de Salud Rural para el Buen Vivir</p> <p>4.1 La salud rural: el aprendizaje en las FARC</p> <p>La salud en la ruralidad no es nueva para el partido COMUNES. Durante los años de lucha armada, como guerrilla se logró construir un sistema propio y autogestionado de salud en simbiosis con la naturaleza, con el territorio y con las comunidades.</p> <p>En el fragor de la guerra, el personal sanitario encargado de actividades de salud estaba constituido en su mayoría por personas arraigadas en el territorio que se nutrían tanto de los saberes tradicionales en medicina popular selvática y algún entrenamiento en medicina occidental. Las condiciones adversas en las que se desarrolló el sistema propio de salud de la guerrilla permitió un aprendizaje muy práctico e incluso novedoso en el tratamiento de traumas propios del conflicto armado, acciones colectivas en salud comunitaria, en medicina tropical, entre otros muchos aspectos. Estos conocimientos no solo se aplicaban para atender a las y los combatientes, sino que se articulaban con las necesidades en salud de las y los pueblos circundantes en el territorio, lo que era muy importante en medio de un contexto de más de 50 años de abandono estatal y donde la presencia de brigadas de salud por parte del Estado, eran utilizadas como estrategias de guerra violando el derecho internacional humanitario de la garantía y neutralidad de la misión médica.</p> <p>Como uno de los elementos a resaltar del sistema de salud propio de las FARC, fue la formación de médicos y enfermeras del colectivo que se caracterizaban por saber utilizar todos los recursos de su entorno para hacer procedimientos que salvaban la vida de sus compañeros y compañeras, pero que también les permitía atender dolores menores. Estos médicos y enfermeros (as) empíricos, junto con sus respectivas comandancias, diseñaron la estrategia de hospitales móviles, que se trataba de una experiencia de atención que cubría el territorio y recogía de los saberes propios de las comunidades, lo cual permitió desarrollar conocimientos en áreas desde los primeros auxilios, estabilización de heridas graves hasta su traslado a un centro médico, odontología, laboratorio clínico, vacunación, uso de plantas medicinales, prácticas para el fomento de la soberanía alimentaria, cuidado y conservación del medio ambiente, saneamiento, desparasitación, acondicionamiento físico y deporte, entre otros.</p> <p>Todo este personal formado en temas de salud, está dispuesto y esperando que el Estado colombiano cumpla con lo pactado tras la firma del Acuerdo Final y así poner toda su experiencia al servicio de las necesidades de la población rural. Como afirma Timoleón Jiménez, “Somos una fuerza revolucionaria, pero también una fuerza trabajadora que busca aportar al desarrollo y bienestar del pueblo colombiano”.</p> <p>4.2 El Plan Nacional de Salud Rural en el Acuerdo de Paz</p> <p><i>El Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera, en el punto número 1 “Hacia un nuevo campo Colombiano: Reforma Rural Integral”, busca crear las</i></p>
<p>condiciones de bienestar necesarias para la población rural colombiana, sentando las bases para una transformación estructural del campo.</p> <p>A través de Reforma Rural Integral (de ahora en adelante RRI), se busca generar los factores económicos, políticos, sociales, y materiales, que permitan la realización y la garantía de los derechos sociales que se han negado históricamente a las poblaciones rurales del país, siendo una de las causas de inequidad y abandono que llevaron al origen del conflicto social armado colombiano.</p> <p>El Plan Nacional de Salud Rural (PNRSR) hace parte de los 16 planes nacionales sectoriales dirigidos a garantizar el mínimo de derechos necesarios para la superación de las condiciones de pobreza a las que se ven arrojadas las comunidades rurales del país. Reconociendo que la falta de acceso y atención a salud de forma oportuna son una de las dificultades que más aquejan las comunidades rurales, en donde la falta de un diagnóstico oportuno, la falta de asistencia y atención en salud de forma interdisciplinaria, y las dificultades para acceder a consulta médica, tratamiento, y suministro de medicamentos, afectan el bienestar de las mismas, y son el resultado de un sistema de salud que no fue pensado en principio para dar respuesta a las necesidades y el contexto propio de la ruralidad colombiana. Esto se evidencia en la expresión de indicadores en materia de salud que se mencionan más adelante y dan cuenta de la amplia brecha entre el campo y la ciudad, así como su estrecha relación con las condiciones de pobreza presente en los territorios.</p> <p>Es así como en el acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera se reconoce dentro del planteamiento de los planes nacionales para la Reforma Rural Integral, la necesidad de un PNRSR con el fin que niños, niñas, mujeres y hombres tengan acceso adecuado a bienes y servicios públicos, contribuyendo así al desarrollo social, y para el que se tendrán en cuenta los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Construcción y mejoramiento de infraestructura, a partir de un diagnóstico participativo que permita realizar mejoras en la atención a usuarios y usuarias, dentro de las que se incluyen mejoras y disponibilidad de tecnología adecuada, así como la disponibilidad y permanencia de personal calificado en los territorios. • Adopción de un enfoque diferencial y de género, teniendo en cuenta las necesidades de salud para las mujeres de acuerdo con su ciclo vital, salud sexual y reproductiva, atención psicosocial, atención a gestantes y primera infancia, desde el enfoque de promoción y prevención. • Adopción de un modelo de salud pública especial para zonas rurales dispersas, con un enfoque preventivo. • Adopción de un sistema de seguimiento y evaluación que garantice la calidad y oportunidad en la atención en salud. <p>Como la gran mayoría de los planes nacionales establecidos para el logro de la RRI, el PNRSR no presenta grandes avances en cuanto a su desarrollo y aplicación en los territorios. A la fecha, de los 16 planes nacionales de la RRI, 3 han sido formulados, “la concreción de nueve (9) de los 16 PATR</p>	<p>(Planes de Acción para la Transformación Regional), los cuales, sin embargo, han sido cuestionados por las dificultades para la participación y su incapacidad para lograr estrategias de intervención coordinadas entre el gobierno central y los entes territoriales como se pretendía; asimismo, la adopción del Conpes 3926 sobre adecuación de tierras, el cual no contó con una participación social”.</p> <p>Para el presente año, el Gobierno Nacional en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social entregó lo que sería el documento oficial del Plan Nacional de Salud Rural, en el que se identifican como problemáticas a solucionar, las brechas en aseguramiento y las brechas en los resultados en salud, dentro de los que se encuentran: mortalidad materna, tasa de mortalidad infantil mortalidad por EDA e IRA, bajo peso al nacer, embarazo adolescente, violencias de género, e impacto del conflicto en la salud mental.</p> <p>De igual forma, tiene en cuenta indicadores como vacunación, disponibilidad de profesionales, control prenatal, parto institucional, entre otros, para referirse a las brechas de acceso a servicios de salud.</p> <p>Pese a que se reconoce la necesidad de cerrar las brechas existentes entre lo urbano y lo rural, así como la diversidad territorial existente, la cual requiere ser tenida en cuenta para permitir la superación de las brechas, es necesario fortalecer los estudios y escenarios de diagnóstico social requeridos para identificar las necesidades que presentan las poblaciones y que permitan plantear soluciones de cara a los contextos socioeconómicos existentes.</p> <p>Las propuestas planteadas tienen en cuenta los 4 pilares establecidos en el acuerdo final, dentro de las que se encuentran: un modelo especial de salud, adecuación y mantenimiento de la red de servicios de salud, articulación con otras obligaciones sectoriales, y por último, seguimiento y evaluación.</p> <p>4.3 Por qué un Plan Nacional de Salud Rural para el Buen Vivir</p> <p>Después de haber presentado las precarias condiciones de salud en la ruralidad, la ineficiencia del actual sistema de salud para garantizar la protección de las y los habitantes del campo colombiano y analizando los vacíos que dejan las políticas en la materia, es importante proponer un Plan que permita cerrar esas brechas urbano - rurales en términos de salud, así como mejorar el bienestar y buen vivir de los pueblos en relación con el ambiente.</p> <p>La formulación de la presente Ley busca sentar una base inicial para la construcción de una reforma al sistema de salud que obedezca a las particularidades territoriales y garantice el derecho a la salud de las y los habitantes que moran en ellos.</p> <p>De manera rápida se presentarán las razones del diseño de esta iniciativa legislativa.</p> <p>4.4 Propuesta de Plan Nacional de Salud Rural del Ministerio de Salud y Protección social</p>

<p>Aunque en el Acuerdo Final se plantea la necesidad de construir un Plan de Salud Rural que contribuya al cierre de las brechas urbano rurales y esté acorde con las particularidades de los territorios, los sucesivos gobiernos han insistido en mantener y ampliar el modelo vigente contenido en la PAIS.</p> <p>En el año 2019, El Ministerio de Salud y Protección Social ha adelantado la redacción de un Decreto que contiene el Plan Nacional de Salud Rural como parte del mandato del Acuerdo Final. Sobre el Decreto existe un borrador que a la fecha no ha sido oficializado. Respecto a este documento, cabe resaltar los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Según el Acuerdo de Paz, el enfoque del PNSR debía tener dos componentes: mayor oferta de servicios de atención médica y orientarse bajo un enfoque diferencial para la ruralidad y el género. • Aunque el acuerdo habla de una concepción amplia de salud, entendida como una vida digna y el Buen Vivir, el Ministerio permanece bajo la idea de reducir el PNSR a la atención en salud. Lo cual evidencia una vez más que la actual administración, se niega a cambiar el modelo imperante, pese a las evidentes deficiencias del mismo para operar en la ruralidad. • El Plan Nacional de Salud Rural concibe las desigualdades entre el campo y la ciudad como un problema de comparación de indicadores, y no como resultado de un proceso estructural e histórico del abandono del Estado en estos territorios. Además, tiene una comprensión muy limitada de las personas que viven en la ruralidad, pues precisamente las cataloga como vulnerables o pobres, sin tener en cuenta sus saberes, experiencias de vida, culturas, formas de organización propias, entre muchos otros aspectos. • No se piensa de manera integral el problema de salud en la ruralidad, sino que acude a una ampliación de lo que ya existe. Al tiempo que concibe la ruralidad como distribución de la población en el territorio, sin ninguna conexión con su entorno. Esta falencia permite explicar la dificultad en la prestación de servicios porque estos dependen de la demanda, y este criterio desfavorece a quienes viven de manera dispersa en el territorio. • Al mantener la intermediación de un asegurador, es este agente el que ordena las prioridades en salud en el territorio y no las comunidades: define qué servicios se prestan y cuáles no, administra según criterio de rentabilidad cuál infraestructura se mantiene y cuál se cierra; y define según el criterio de la demanda a quién se atiende y a quién no. <p>5. Presentación del contenido del Proyecto</p> <p>El Plan Nacional de Salud Rural para el Buen Vivir, concibe la salud de manera diferente a la propuesta de gobierno porque la entiende como una relación social, económica, ambiental y cultural que produce bienestar y calidad de vida. En esa medida el plan propuesto intenta ser más comprensivo y extenso que la propuesta inicial de gobierno, buscando identificar todos aquellos procesos de</p>	<p>determinación social que definen el estado actual de salud en las comunidades y los territorios, y a su vez, planteando abordajes de salud para la ruralidad colombiana y sus particularidades.</p> <p>El Seguro para el Buen Vivir Rural obedece a la necesidad de transformar la actual lógica del aseguramiento que privilegia la afiliación por sobre el acceso al sistema, la atención en salud de individuos bajo demanda de servicios administrada por agentes privados, por un seguro que garantice realmente el acceso efectivo al sistema de salud a cargo del Estado y de carácter público. Lo anterior requiere la reorganización en la distribución de los recursos con el fin de atender las necesidades desde el territorio y no desde la ciudad para el campo. La creación de una subcuenta única que retine todos los recursos permite la autonomía de los territorios en asignar según las prioridades que se determinen de manera participativa.</p> <p>A propósito de la autonomía, para evitar repetir los antecedentes de corrupción por parte de algunos entes territoriales en el manejo de los recursos, el Plan Nacional de Salud Rural para el Buen Vivir fortalece la vigilancia y control comunitario a través de la ampliación de la participación en los consejos territoriales y las veedurías comunitarias. El control de los territorios no es solamente sobre las competencias sino también sobre los recursos, lo que se hará a través de las Unidades Descentralizadas y Colegiadas de Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud. Estas unidades distribuirán los recursos según lo que establezcan los planes territoriales en salud. Es decir, la destinación de los recursos que se venía haciendo desde el nivel central se flexibiliza y se adecua a las prioridades en salud de los territorios.</p> <p>De otro lado, se hace necesario pensar en la reorganización del territorio que obedezca a criterios diferentes a la forma actual. La razón por la que se hace urgente esta reorganización es porque una adecuada estrategia de salud y calidad de vida debe responder a las características compartidas dentro de un territorio, criterios de proximidad a las y los habitantes de las redes de servicios, arraigos y cultura, entre otros aspectos. Es la forma orgánica de producir territorio y no la forma institucional la que debe prevalecer. Para esto se crean los territorios de salud rural.</p> <p>Hay tres ejercicios de autonomía en estos territorios: el ejercicio de <i>autonomía política</i> a través de los Consejos Territoriales Intersectoriales de Salud (COTIS) los cuales se constituyen como principal instancia de toma de decisiones. Por esto en el Plan Nacional se garantiza la ampliación de la participación de las comunidades en estos Consejos. El ejercicio de la <i>autonomía administrativa</i> que se realiza a través de las unidades colegiadas, y la <i>autonomía de los pueblos étnicos</i> que pueden organizar sus territorios de salud bajo sus propios criterios y condiciones.</p> <p>Para dinamizar lo anterior, es necesario pensar un modelo en salud distinto al hegemónico en el actual sistema de salud colombiano, partiendo de entender que su origen y caracterización no están pensados en función de atender las dinámicas rurales. Hay que plantear una estrategia que ordene la salud en la ruralidad a través de la Atención Primaria Integral en Salud Rural para el Buen Vivir.</p> <p>La Atención Primaria en Salud es una estrategia que surge con fuerza en los años 70 del siglo pasado, como una forma de respuesta del Estado que busca dar soluciones integrales para la superación de la enfermedad más allá de la curación. Un sistema de salud basado en Atención Primaria Integral en Salud, es aquel que tiene mecanismos de seguimiento, acompañamiento en todo el ciclo vital de las</p>
<p>personas, el acceso efectivo a los servicios de salud, a la participación social y política, al fortalecimiento de la salud pública y del enfoque preventivo y promocional.</p> <p>Posteriormente la APS ha tenido desarrollos más amplios como la inclusión de los enfoques diferenciales, étnicos, ambientales, de saneamiento básico, alimentarios, culturales y que culmina ese primer ciclo con la APS renovada que propone la Organización Mundial de la Salud-OMS. Hoy en día la APS ha ido recogiendo cada vez más las experiencias diferentes de los territorios, de tal manera que se habla del Buen Vivir de los pueblos, donde la salud significa armonía y equilibrio en las relaciones entre las personas, las comunidades y el ambiente. La propuesta del Plan Nacional de Salud Rural recoge la tradición de la APS enriqueciéndola con el buen vivir de los pueblos de América Latina.</p> <p>El componente de los equipos territoriales en salud recoge experiencias a nivel internacional como la cubana, la brasileña, la canadiense y la española, donde se han logrado grandes avances en materia de promoción y prevención. Esto ha permitido condiciones de bienestar a través de la atención domiciliaria oportuna e interdisciplinar de las problemáticas en salud y calidad vida gracias a estrategias de acción conjunta del Estado y la comunidad. La acción de los equipos territoriales ayuda a descongestionar los servicios de salud, a cubrir mayores extensiones en el territorio, abaratan los gastos en salud al anticiparse a la enfermedad, estimulan la participación social y la promoción de liderazgos a través de agentes comunitarios en salud, dialoga con los saberes y medicinas tradicionales y construyen nuevas relaciones entre el Estado y la sociedad, entre otras muchas otras ventajas.</p> <p>El punto de referencia espacial para estos equipos domiciliarios serán los Centros de Atención Primaria en Salud Rural, que son más integrales que los convencionales centros de salud y puestos de atención que operan hoy en el territorio. No son solo centros de asistencia en salud, sino que son referentes para la participación social para el desarrollo de programas de prevención y promoción, para la capacitación de agentes comunitarios en salud, para la obtención y centralización de información, para el soporte a las medicinas tradicionales y ancestrales, y por supuesto, para la atención básica en salud.</p> <p>Acerca de los espacios modales interculturales, son puntos de referencia ubicados dentro de la comunidad que sirven de soporte a la estrategia de atención primaria integral en salud rural donde las personas pueden encontrar apoyo, acompañamiento, asistencia, cuidado, intercambio y relacionamiento, construcción de saberes, actividad física y propuestas culturales, alimentación, salud mental, protección de los derechos y resguardo de la vida.</p> <p>El componente de formación de profesionales en salud es uno de los claves para el fortalecimiento de la participación social, en la comprensión de las realidades en salud en el territorio, en la búsqueda de soluciones para las mismas y el empoderamiento comunitario para la exigibilidad en el derecho a la salud. Los cambios propuestos en la formación obedecen a la necesidad de lograr el arraigo y una distribución más equitativa entre lo urbano y lo rural de este tipo de profesionales. Al tiempo que integra interdisciplinariamente otras profesiones que aportan a esa comprensión amplia de la salud en un diálogo de saberes.</p>	<p>Un aspecto preocupante son los vacíos en la información y la investigación sobre la salud en la ruralidad. Esto ha llevado a que las políticas de salud para el campo se tomen a partir de evidencias producidas en contextos ajenos a las realidades territoriales, lo que influye en la baja resolutivez de los problemas más prevalentes en salud y calidad de vida para la ruralidad. La creación de un Observatorio para la Salud Rural busca cubrir este déficit de conocimiento sobre los territorios, a la vez que involucra los saberes y la investigación, acción participativa de las comunidades para la transformación de sus realidades. Se distancia de la mirada clásica de un observatorio de salud que se concentra en los aspectos epidemiológicos y de medición de impactos y resultados, e incluye metodologías sociales y participativas de comprensión del territorio.</p> <p>Finalmente, las brechas de inequidad existentes entre el campo y la ciudad, así como la indiscutible falta de atención y seguimiento en salud para la población rural, y la baja presencia institucional, dan cuenta de un sistema de salud que no fue pensado para la ruralidad colombiana. Urge entonces un Plan Nacional en Salud Rural que permita contribuir al logro del bienestar que merecen las gentes del común, que esté basado en las necesidades reales y la diversidad de los territorios. La experiencia vivida a lo largo de estos años nos muestra que es necesario pasar de la atención de la enfermedad, a un enfoque de promoción y prevención real, de territorialización de la salud, y del reconocimiento y respeto a las prácticas y saberes en salud propias del territorio.</p> <p>6. Impacto Fiscal</p> <p>La ley 819 de 2003 "Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones" establece en su artículo 7 que el impacto fiscal del cualquier proyecto de ley que ordene gasto o que otorgue beneficios tributarios, deberá hacerse explícito y deberá ser compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, además se deberá incluir expresamente en la exposición de motivos de las iniciativas legislativas.</p> <p>Aunque el presente proyecto de ley no ordena ningún gasto ni otorga beneficios tributarios dedicamos unas consideraciones respecto la reorientación del manejo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p>De acuerdo con la información de la ADRES, para el año 2020 en el régimen subsidiado se apropió un total de \$24,5 billones por concepto de UPC a nivel nacional, de los cuales el aporte del presupuesto General de la nación fue de \$13,6 billones, la cofinanciación municipal fue del orden de los \$9 billones y la departamental \$1 billón. Es decir, actualmente la financiación de la salud para las personas susceptibles de componer el Plan Nacional de Salud Rural corre en un 30% a manos de los municipios.</p> <p>Vale la pena mencionar que de acuerdo al artículo 23 de la ley 1438 de 2011 se establecen los topes de gasto de administración e intermediación que cobran actualmente la EPS para la prestación de sus servicios, el cual es del 10% de la UPC, y en un parágrafo aclara que para el régimen subsidiado será del 8%. Toda vez que el PNSR elimina la intermediación en los territorios se está ahorrando al sistema cerca de \$2 billones de pesos, el doble del aporte total de los departamentos para la financiación del</p>

<p>sistema de salud (solo contando el (8% del régimen contributivo), que van a ayudar a fortalecer la red pública hospitalaria e ir saneando ese déficit histórico.</p> <p>A pesar que la presente iniciativa está por fuera del mandato del artículo 7 de la ley 819 de 2003 ya que no se decretan gastos ni beneficios tributarios se adelanta la discusión en torno a la primacía de la garantía de la seguridad social como un derecho que va más allá de un servicio. Según la recomendación 202 de la OIT, en relación con la sostenibilidad financiera, fiscal, y económica, “k) sostenibilidad financiera, fiscal y económica, teniendo debidamente en cuenta la justicia social y la equidad;” así mismo, en este instrumento determina que, “Los Miembros deberían considerar una serie de métodos para movilizar los recursos necesarios a fin de asegurar la sostenibilidad financiera, fiscal y económica de los pisos de protección social nacionales, tomando en consideración la capacidad contributiva de los distintos grupos de población. Esos métodos, utilizados individualmente o en combinación, podrán consistir en hacer cumplir efectivamente las obligaciones tributarias y contributivas, redefinir las prioridades de gasto o crear una base de recaudación más amplia y suficientemente progresiva.”</p> <p>Por otra parte, el Informe VI de Seguridad social para la justicia social y una globalización Equitativa “Discusión recurrente sobre la protección social (seguridad social) en virtud de la Declaración de la OIT relativa a la justicia social para una globalización equitativa, 2011”, señaló que, “La viabilidad y sostenibilidad de los sistemas de protección social se ha convertido en una gran preocupación para los países, independientemente de la fase de desarrollo económico en que se encuentren”.</p> <p>Así mismo, este instrumento determinó que “(...) todo debate razonable sobre el tema de la viabilidad financiera debería centrarse no sólo en los costos y las repercusiones fiscales a corto plazo de los sistemas de seguridad social, sino que debería abarcar también una comparación entre los costos a corto y a más largo plazo y sus efectos y beneficios. A medida que las economías se desarrollan y tienen que encontrar el mejor equilibrio posible entre la esfera de gasto público social y otras esferas de gasto público que compiten con ella sigue planteándose el reto de mantener y ampliar el espacio fiscal.”</p> <p>A su vez, el párrafo del artículo 334 de la Constitución Política, la regla fiscal no puede aplicarse de manera tal que se menoscaben los derechos fundamentales, se restrinja su alcance o se niegue su protección efectiva. Se trata de un imperativo que subordina toda decisión a la imposibilidad de afectar el goce efectivo de los citados derechos constitucionales. Por ello, en forma categórica, el inciso 4 del artículo 1 del Acto Legislativo No. 03 de 2011, dispone que: “En ningún caso se afectará el núcleo esencial de los derechos fundamentales”.</p>	<p style="text-align: center;">PROYECTO DE LEY NO. _____ “Por medio del cual se crea el Plan Nacional de Salud Rural para el Buen Vivir y se dictan otras disposiciones”</p> <p style="text-align: center;">CAPÍTULO 1 CONSIDERACIONES GENERALES</p> <p>Artículo 1. Objeto. Créase el Plan Nacional de Salud Rural para el Buen Vivir (de ahora en adelante PNSRural) con el fin dar cumplimiento al punto 1.3.2.1 “Plan Nacional de Salud Rural” del “Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera” adoptado mediante el Acto Legislativo 02 de 2017.</p> <p>Artículo 2. Alcance y beneficiarios. La presente Ley estará dirigida a todas las personas del territorio nacional que habitan la ruralidad, ruralidad dispersa y las zonas urbano-rurales de las ciudades y cabeceras municipales, a través de un plan territorializado, descentralizado, estatal, público, participativo y universal para la garantía del goce efectivo del derecho a la salud y la superación de la brecha de inequidad urbano-rural.</p> <p>Así mismo, el PNSRural no estará restringido a la atención y afiliación al sistema de salud, sino que recogerá todos aquellos determinantes que garanticen el bienestar, calidad de vida y el buen vivir de todas y todos los colombianos.</p> <p>El Plan hará parte integral del Sistema de Salud que se encuentre vigente.</p> <p>Artículo 3. Definiciones. Para efectos de la presente Ley acójase las siguientes definiciones:</p> <p>A. Ruralidad: Es el ámbito social, económico, cultural, histórico y de lucha política por la disputa de territorios, caracterizados por la producción de alimentos, ganadería y silvicultura a través de pequeñas o medianas explotaciones, donde existen una serie de representaciones sociales propias del campesinado y los pueblos étnicos. La ruralidad en Colombia se caracteriza por la ausencia del Estado, la presencia del conflicto armado como consecuencia de un abandono histórico de estos territorios y la materialización de amplias brechas de inequidad y pobreza.</p> <p>B. Ruralidad Dispersa: Se refiere a aquellos territorios que tienen cabeceras municipales pequeñas y densidad poblacional baja, y que comparten características económicas, ambientales, sociales y culturales.</p> <p>C. Urbano-rural: Es aquella relación que se produce en la frontera difusa entre lo rural y lo urbano, donde sus habitantes conservan características de ambos ámbitos. Sus problemáticas encuentran relación con habitar ambos escenarios simultáneamente, y por esta razón, aquellas se expresan de un modo particular en contextos específicos.</p>
<p>D. Agente comunitario en salud: Es una persona reconocida por su comunidad gracias al liderazgo que promueve la participación y la movilización en defensa del derecho a la salud; reconoce la afección de los determinantes sociales, económicos, políticos y culturales sobre la salud y activan los primeros mecanismos de la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud para la Ruralidad. Contarán con los conocimientos y capacidades para la resolutivez de las necesidades más inmediatas en salud acogiéndose tanto a saberes propios de las comunidades como a la medicina occidental.</p> <p>E. Afiliación: Es el mecanismo de vinculación al sistema de salud.</p> <p>F. Aseguramiento: Es el acceso irrestricto y sin barreras, de carácter universal a todo el sistema de salud que debe ser garantizado con calidad, oportunidad a todas y todos los ciudadanos por parte de quien afilia y asegura.</p> <p>G. Territorio: Es el escenario de vida común de pueblos, comunidades y sociedades en relación con la naturaleza, que comprende el espacio físico, cultural, social, económico y político, diverso y compartido, construido y apropiado por todos sus habitantes. Hacen parte de la construcción y defensa del territorio, el reconocimiento de las identidades que sustentan el arraigo, la participación y la configuración de unas condiciones de vida particulares.</p> <p>H. Territorialidad: Se refiere a las diversas maneras en que se habita un territorio. Esto es, maneras particulares de identidad territorial y de representar, vivir, usar, apropiar, producir y reproducir el territorio. Esto implica diversidad de territorialidades en un mismo territorio.</p> <p>I. Territorio de salud rural (TSRural): Es aquella forma de organización territorial que responda de mejor manera a las características comunes y necesidades en salud individuales y colectivas tanto de las comunidades como del ambiente en el que habitan. Comprende una red intersectorial integral de atención en salud y buen vivir.</p> <p>J. Interdisciplinariedad: Se refiere a las acciones de intervención que involucran la combinación de enfoques de distintas ciencias y/o disciplinas, las cuales se vinculan entre sí, partiendo de conocimientos y métodos propios conservando su lógica científica, y aportando a la resolución de problemas que involucran uno o más aspectos que superen los concernientes a una rama del saber determinada.</p> <p>K. Salud pública: Es el campo de conocimiento y acción que se expresa en políticas públicas cuyo fin es procurar el bienestar integral y la salud de una población afectando los determinantes sociales que producen la enfermedad.</p>	<p>L. Centros de Atención Primaria en Salud y Participación Rural (CAPSPRural): Los Centros de Atención Primaria en Salud y Participación Rural son centros ampliados de salud, dependientes de la red de hospitales públicos, los cuales estarán ubicados en los territorios de salud, veredas y municipios.</p> <p>M. Buen vivir: El Buen Vivir proviene de las palabras indígenas <i>Sumak Kawsay</i> (en <i>quechua</i>) – <i>Suma Qamaña</i> (en <i>aymara</i>), y refiere a la vida en armonía y equilibrio con la naturaleza y en comunidad.</p> <p>Artículo 4. Principios. Son principios generales del Plan Nacional de Salud Rural para el Buen vivir los siguientes:</p> <p>A. Salud: Entiéndase por salud el estado integral de bienestar y calidad de vida individual y colectivo, que implica procesos económicos, sociales, políticos, culturales, diferenciales, étnicos, ambientales y alimentarios, los cuales repercuten en la salud de los territorios, individuos y las comunidades para el buen vivir.</p> <p>B. Derecho a la salud: El Estado colombiano está obligado a garantizar el pleno goce efectivo de todos y todas las ciudadanas a la salud. Para ello debe a su vez garantizar: el aseguramiento, la prestación de todos los servicios necesarios que se requieran, así como la total cobertura en el territorio con infraestructura, dotación, recurso humano, transporte, tecnología, tratamientos y medicamentos, planes y programas necesarios para el bienestar y buen vivir.</p> <p>C. Igualdad: Reconózcase que todas las personas son sujetas a un trato digno, justicia, acceso a oportunidades, y acceso igual a los derechos fundamentales, sociales, culturales y económicos, sin discriminación a causa de su género o identidades sexuales y capacidades diversas, condición social, edad, etnia, creencias, origen, entre otras. De igual forma, se reconocerán las condiciones históricas por las cuales las mujeres rurales y las personas con identidades diversas han sido discriminadas, vulneradas y les ha sido negado su derecho a la salud, lo que requiere la implementación de acciones afirmativas específicas.</p> <p>D. Enfoque de género: Reconózcase a las mujeres rurales y a las identidades diversas como ciudadanas y ciudadanas autónomas y sujetas de derechos para el pleno acceso a la salud en condiciones de igualdad, con el fin de atender los procesos sociales e institucionales que han obstaculizado el acceso de las mujeres y las personas de identidades diversas al pleno bienestar y calidad de vida.</p> <p>E. Interculturalidad: El Estado colombiano está en la obligación de reconocer que Colombia es una nación multicultural tal como lo ordena la Constitución Política de 1991. Por tanto, en</p>

el ámbito de la salud, el Estado colombiano se encuentra en la obligación de reconocer los saberes ancestrales y los sistemas de salud propios de los pueblos étnicos que habitan en los diversos territorios, así como garantizar los mismos derechos de acceso a la salud de los que deben gozar todas y todos los colombianos.

- F. Equidad:** El Estado hará el agenciamiento público para garantizar la nivelación de las cargas y la oportunidad igualitaria en el acceso al derecho a la salud.
- G. Universalidad:** El Estado garantizará que todas y todos los habitantes del territorio nacional puedan acceder plenamente a la salud en todas las etapas de la vida, sin barreras de acceso de ningún tipo, sean estas económicas, administrativas, geográficas, sociales y/o culturales.
- H. Territorialización.** El Sistema de Salud colombiano deberá corresponder a las particularidades de los diversos territorios que componen la nación y así mismo, a las diferentes territorialidades que componen el territorio. Esto significa que deberá garantizar la participación de las comunidades que habitan el territorio, la autonomía y la descentralización territorial.
- I. Intersectorialidad:** El PNSRural será el ámbito para concertar y articular a las distintas instituciones del Estado que estén involucradas en su propósito, así como en las acciones que se deriven de su implementación.
- J. Descentralización:** El Estado garantizará la construcción de autonomía administrativa, política y de manejo de recursos de los territorios que les permita garantizar los derechos y la calidad de vida de sus habitantes.
- K. Participación:** En el marco del PNSRural se garantizará el ejercicio de poder y deliberación realizado por las y los ciudadanos, el cual es vinculante en la determinación de las políticas y acciones que sean pertinentes a las necesidades propias de sus territorios y comunidades.
- L. Atención Primaria Integral en Salud Rural (APISRural):** Se implementará la Atención Primaria Integral en Salud Rural como la estrategia que organiza el sistema con el fin de garantizar el acceso de las y los ciudadanos desde el primer nivel de atención en salud hasta los mayores niveles de complejidad, así como la prevención y promoción, el mejoramiento del bienestar y calidad de vida, la participación de la comunidad y la acción intersectorial en la comprensión amplia de la salud y el buen vivir.
- M. Corresponsabilidad:** Las acciones del Estado en el marco de la presente Ley, serán corresponsables desde sus instituciones, el territorio y sus habitantes para la realización y correcto funcionamiento del PNSRural.

N. Complementariedad: El PNSRural será complementario al Sistema de Salud vigente.

O. Carácter estatal: El PNSRural estará a cargo del Estado tanto en la afiliación, aseguramiento y prestación de servicios.

P. Carácter público: El PNSRural garantizará el acceso de todas las personas del territorio nacional sin barreras de acceso de carácter económico o administrativo. Ninguna institución o empresa que preste servicios de salud podrá negar bajo ninguna circunstancia el derecho a la salud.

CAPÍTULO 2

DEL ASEGURAMIENTO COLECTIVO E INTEGRAL PARA LA RURALIDAD

Artículo 5. Seguro Colectivo e Integral para el Buen Vivir Rural. El acceso a los planes territoriales de salud que contiene, entre otros, el acceso a los servicios de salud (promocionales, preventivos y asistenciales), así como la dimensión de seguridad económica para el pago de incapacidades por enfermedad general, maternidad, accidentes de trabajo y enfermedades laborales, debe ser universal y garante del derecho a la salud. Se creará el Seguro Colectivo e Integral para el Buen Vivir Rural a cargo de los Territorios de Salud Rural y entes territoriales con el acompañamiento del Ministerio de Salud y Protección Social, en acción intersectorial con todas las entidades del Estado que resulten pertinentes.

Artículo 6. Subcuenta única para la salud rural. El Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en concurso con los entes territoriales y los Territorios de Salud Rural, crearán una subcuenta a cargo de la ADRES, cuya función será unificar los recursos destinados a la atención de la totalidad de la población rural en el marco de la implementación del PNSRural y el Seguro Colectivo e Integral para el Buen Vivir Rural. La subcuenta agrupará los recursos provenientes de: el Sistema General de Participaciones, los recursos de regalías destinados a la implementación del Plan Nacional de Salud Rural, recursos propios, recursos provenientes de la cooperación internacional, Fondo de Programas especiales para la Paz, recursos corrientes de la nación y demás recursos asignados o por asignar al Ministerio de Salud y Protección Social para la construcción de paz y salud.

Artículo 7. Los recursos de la subcuenta única para la salud rural se distribuirán de acuerdo a las necesidades establecidas en los planes territoriales de salud. El cálculo de costo se realizará de acuerdo al Plan Territorial de Salud Rural garantizando la atención integral de necesidades territoriales tanto individuales como colectivas.

Artículo 8. La inspección, vigilancia y control sobre los recursos estará a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, la Contraloría General de la Nación, la Procuraduría General de la Nación y la unidad de investigación en salud a cargo de la Fiscalía General de la Nación. Adicional a la acción de estos entes de control, se contará en los territorios con el ejercicio de control de carácter

vinculante de los Consejos Territoriales Intersectoriales en Salud (COTIS) y las veedurías comunitarias.

Parágrafo. Las entidades encargadas de ejecutar los recursos de la subcuenta publicarán de forma permanente el manejo y gestión de dichos recursos a través de un sistema de información público, y presentarán anualmente un informe a los COTIS y a las veedurías comunitarias.

Artículo 9. La afiliación al Seguro Colectivo e Integral para el Buen Vivir Rural, será de carácter universal y no focalizada, y estará a cargo de los hospitales públicos asignados a la atención en el territorio y los entes territoriales a través de las secretarías de salud municipales y de los departamentos.

Artículo 10. Créase las *Unidades Descentralizadas y Colegiadas de Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRESRural)* con carácter participativo, quienes tendrán a cargo la asignación de recursos de acuerdo a los estipulado en el plan territorial de salud rural.

Artículo 11. Añádase un parágrafo al artículo 215 de la Ley 100 de 1993, el cual quedará así:

Parágrafo. Para efectos de la implementación del Seguro Colectivo e Integral para el Buen Vivir Rural, los recursos serán girados directamente y con destinación específica a las entidades territoriales y territorios de salud rural a través de las Unidades Descentralizadas y Colegiadas de Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRESRural), para que éstos, por medio de las instituciones públicas prestadoras de salud, cubran los servicios establecidos por el Seguro.

Artículo 12. Modifíquese el artículo 47 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 233 de la ley 1955 de 2019, el cual quedará así:

“Artículo 47. Los recursos del Sistema General en Participaciones en Salud se destinarán y distribuirán en los siguientes componentes:

- 1. El 87% para el componente de aseguramiento en salud de los afiliados al Régimen Subsidiado, que no se encuentra en zona rural y rural dispersa. Para la población que vive en zona rural y rural dispersa, estos recursos entrarán en la subcuenta para la salud rural y serán destinados al Seguro Colectivo e Integral para el Buen Vivir Rural y a la ejecución del Plan Nacional de Salud Rural para el Buen Vivir de acuerdo a los planes territoriales en salud rural.*
- 2. El 10% para el componente de salud pública y el 3% para el subsidio a la oferta., garantizando la proporcionalidad correspondiente a los planes y programas del Plan Nacional de Salud Rural para el Buen Vivir, tanto en salud pública como en el subsidio a la oferta.*

PARÁGRAFO 1o. La información utilizada para determinar la asignación de los recursos será suministrada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE); el Ministerio de Salud y Protección Social; el Departamento Nacional de Planeación (DNP); el Instituto Geográfico Agustín Codazzi (IGAC), conforme a la que generen en ejercicio de sus competencias y acorde con la reglamentación que se expida para el efecto.

PARÁGRAFO 2o. Los recursos destinados a salud pública que no se comprometan al cierre de cada vigencia fiscal, se utilizarán para cofinanciar los programas de interés en salud pública de que trata el numeral 13 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001, o las normas que las sustituyan, modifiquen o adicionen.”

PARÁGRAFO 3o. Los criterios para la distribución de recursos tendrán en cuenta la asignación diferencial de acuerdo a las necesidades por sexo, etapa de vida y contexto socio cultural, económico y territorial sin barreras administrativas o de capacidad de pago de las y los usuarios.

PARÁGRAFO 4o. De ninguna manera la asignación de recursos podrá violar la autonomía en la distribución del gasto y manejo de sistemas propios de los pueblos étnicos previamente establecidos y reconocidos.

CAPÍTULO 3

ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA Y TERRITORIAL

Artículo 13. Territorios de Salud Rural (TSRural). El Estado organizará los territorios de salud para la implementación del PNSRural según el principio de territorialización, acceso efectivo y oportuno a servicios de salud y descentralización, teniendo en cuenta las características y particularidades compartidas de los territorios rurales, situaciones de salud y problemáticas sociales similares, garantizando la eliminación de las barreras geográficas, administrativas, económicas, culturales y sociales. Para ello, se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

- Los TSRural contarán con una red de servicios en salud de todos niveles de complejidad, con cubrimiento territorial, talento humano adecuado y en número suficiente, así como la infraestructura y dotación necesaria para garantizar la prestación de los servicios de salud en condiciones dignas.
- Cada TSRural contará con su respectivo **Consejo Territorial Intersectorial en Seguridad Social y Salud (COTIS)**.
- En el TSRural se llevará a cabo la planeación para la implementación del PNSRural que quedará consignado en el **Plan Territorial de Salud Rural** a realizarse de forma cuatrimestral con ajustes anuales, y cuya redacción estará a cargo del Consejo Territorial Intersectorial en Seguridad Social y Salud (COTIS).

<p>D. Cada TSRural contará con su respectiva <i>Unidad Colegiada Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRES)</i></p> <p>E. Cada TRSRural contará con un sistema de inspección, vigilancia y control; así como de evaluación de ejecución del Plan Territorial de Salud Rural. Este sistema debe incluir la veeduría comunitaria.</p> <p>F. Los pueblos indígenas, pueblos NARP y demás grupos étnicos podrán organizar sus propios TSRural, y los planes diseñados en estos territorios se guiarán por el enfoque, las prioridades y los objetivos de sus sistemas propios de salud como el SISPI, así como se ejecutará por las instituciones desarrolladas por estos pueblos en casos de que existan.</p> <p>Artículo 14. Conformación. Un TSRural podrá conformarse mediante esquemas asociativos territoriales tales como los esquemas de asociación de municipios y gobernaciones, las zonas PDET, organizaciones territoriales de pueblos indígenas o NARP, entre otros que estén contenidos en el ordenamiento territorial vigente o que deban crearse de acuerdo a los criterios establecidos para tal fin.</p> <p>Parágrafo: El criterio prevalente de delimitación para la territorialización de los TSRural, no se limitará a la comprensión de las fronteras territoriales entre municipios y departamentos, ya que en muchos de los casos tendrá que responder a la asociación entre territorios que comparten las características mencionadas anteriormente, y en donde la respuesta institucional estará dirigida a atender de forma oportuna, eficiente y bajo la garantía del goce efectivo del derecho a la salud de las comunidades rurales.</p> <p>Artículo 15. Plan Territorial de Salud Rural. El Plan Territorial de Salud Rural se realizará de acuerdo a las necesidades establecidas mediante el mecanismo de participación comunitaria en el territorio, e incluirán planes y programas de orden nacional, programas de soberanía alimentaria, salud para la mujer e identidades diversas, salud para trabajo rural, servicios de salud (preventivos, promocionales y asistenciales) salud ambiental, salud mental, salud sexual y reproductiva, participación social, así como todo aquello que se convenga en el territorio. Este plan será el referente para ordenar el gasto de salud en el territorio.</p> <p>Artículo 16. Competencias para los municipios no certificados en salud. Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, los municipios no certificados en salud se articularán a la Red Departamental de Salud y gestionarán la implementación del PNSRural, para lo cual ejecutarán las siguientes funciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Impulsarán mecanismos para la adecuada participación social e incidencia en la toma de decisiones que quedarán incluidas en el Plan Territorial. B. Promoverán planes, programas, estrategias y proyectos enmarcados en el PNSRural. C. Vigilarán, coordinarán y articularán la destinación y ejecución de los recursos destinados al PNSRural para su municipio. D. Gestionarán y supervisarán la prestación de los servicios de salud en su municipio. 	<p>E. Establecerán la situación de salud del municipio para el mejoramiento del PNSRural, y alertarán sobre situaciones de riesgo que vayan en detrimento del derecho a la salud de la población rural.</p> <p>F. Coordinarán y articularán las acciones necesarias con las instancias y entidades públicas para el correcto funcionamiento e implementación del PNSRural.</p> <p>Artículo 17: El Gobierno nacional destinará un recurso específico anual para el fortalecimiento de las entidades territoriales no certificadas en salud, con el objeto de implementar la efectiva descentralización para el correcto funcionamiento del PNSRural.</p> <p style="text-align: center;">CAPÍTULO 4 MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD RURAL</p> <p>Artículo 18: Créese la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud Rural para el Buen Vivir (de ahora en adelante APISRural), la cual incluirá los siguientes componentes:</p> <p>Artículo 19. Equipos Territoriales de Salud Rural. Se conformarán equipos compuestos por profesionales, técnicos y tecnólogos de las áreas de medicina, enfermería, salud pública, en compañía de un(a) agente comunitario(a) en salud; quienes tendrán como funciones las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Caracterización de la población: para identificar necesidades básicas en materia de salud, vivienda, saneamiento básico y servicios públicos, agua potable y calidad del aire, condiciones medioambientales con énfasis en agrotóxicos y problemas derivados de la explotación minera, educación, necesidades de proyectos productivos y economía social y solidaria, salud de la mujer rural, salud oral, salud mental, rehabilitación basada en comunidad para personas en condición de discapacidad, garantía de la soberanía alimentaria y derecho humano a la alimentación y nutrición adecuada, salud laboral, salud ambiental, manejo del consumo problemático de estupefacientes y alcohol, salud y niñez, salud y adultez mayor, prevención de violencias intrafamiliares, participación social, salud sexual y reproductiva, diversidades sexuales, enfoque diferencial étnico e intercultural, acceso y garantía al derecho a la salud en el Sistema de Salud vigente. <p>Esta caracterización se realizará con una periodicidad bianual, y contará con los instrumentos para la recolección de la información diseñados a través del Ministerio de Salud y Protección Social, en articulación con las demás instituciones responsables en los diversos temas que abordará la caracterización.</p> <ul style="list-style-type: none"> B. Atención básica en salud: Los equipos tendrán capacidad resolutoria para hacer atención básica domiciliaria en salud, identificación de signos y síntomas y diagnóstico primario. Estos equipos contarán con los insumos necesarios para brindar este primer nivel de atención en salud.
<ul style="list-style-type: none"> C. Canalización: Los equipos podrán canalizar, según el reconocimiento de las necesidades en el territorio, a las diferentes instituciones del nivel regional y nacional, y a los diferentes niveles de atención en salud de la red de atención correspondiente. D. Promoción y prevención: Los equipos realizarán las acciones de promoción y prevención contenidas en la política de salud pública que corresponda. Incluyendo estrategias de intervención diseñadas en conjunto con la comunidad, como resultado de un diagnóstico previo participativo en salud. E. Acompañamiento y fortalecimiento de la participación social en salud. <p>Artículo 20: Creación de Centros de Atención Primaria en Salud y Participación Rural (CAPSPRural): El Ministerio de Salud y Protección Social, los entes territoriales en coordinación con los hospitales públicos y los Consejos Territoriales Intersectoriales de Seguridad Social en Salud (COTIS), crearán los Centros de Atención Primaria en Salud y Participación Social (CAPSRural) que se necesiten en el territorio.</p> <p>Artículo 21: Serán funciones del los CAPSPRural las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Caracterización del territorio: Los CAPSPRural reunirán la información de caracterización proveniente de los equipos territoriales de salud rural junto con otras fuentes de información disponibles para el territorio y presentarán un diagnóstico preliminar al hospital correspondiente sobre la situación en salud y calidad de vida del territorio. B. Los CAPSPRural estarán habilitados para prestar servicios de salud en el primer nivel de atención. Para ello contarán con profesionales en salud oral, nutrición, medicina, atención psicosocial, enfermería y/o técnico en enfermería, profesional y/o técnico en salud pública. Así mismo, contarán con los insumos e infraestructura necesaria para la atención. Los CAPSPRural coordinarán con las administraciones territoriales y la red de servicios para el traslado y remisión oportuna de pacientes. C. Los CAPSPRural, trabajarán de forma articulada con la red de servicios en salud, jornadas itinerantes de atención domiciliaria en salud mental y atención psicosocial, discapacidad, salud oral, salud sexual y reproductiva, demás programas de salud pública, programas de prevención y promoción, salud ambiental, entre otros. D. Los CAPSPRural serán dependientes de los hospitales públicos municipales y departamentales y harán parte de la nómina de dichas instituciones. <p>Artículo 22: Red pública hospitalaria. El Estado colombiano, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Hacienda y Gasto Público y la Dirección Nacional de Planeación,</p>	<p>adecuará, ampliará y recuperará la red pública hospitalaria, los centros y puestos de salud para el cumplimiento del PNSRural, de forma tal que garantice el acceso desde cualquier punto del territorio a dicha red.</p> <p>Parágrafo. El Estado en cabeza de las entidades encargadas tendrán plazo de dos (2) años para llevar a cabo la adecuación ordenada en el presente artículo.</p> <p>Artículo 23. El PNSRural será ejecutado por los hospitales públicos, universidades y organizaciones sociales sin ánimo de lucro y/o de economía social, solidaria y cooperativa constituidas legalmente y prioritariamente pertenecientes al territorio. Sus funciones serán las siguientes::</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Vincular al talento humano en salud que se requiera para llevar a cabo el PNSRural. B. El hospital público correspondiente al territorio coordinará el funcionamiento de los CAPSPRural, lo cual incluye: centralización de la información de los CAPSPRural y los equipos territoriales de salud rural, la cual será remitida al Sistema de Información Vigente manejado por el Ministerio de Salud y Protección Social. C. Diseñar y ejecutar los planes y programas territorializados de atención en salud pública, de acuerdo al diagnóstico y planeación participativa realizado por los CAPSPRural, los equipos de atención territoriales de salud rural y las comunidades. D. Hacer seguimiento a las intervenciones realizadas por los equipos territoriales de salud rural y los CAPSPRural, así como de las remisiones hechas a los demás agentes del sistema de salud, a través del fortalecimiento de la referencia y contrareferencia, lo cual incluye desde el primer nivel hasta el último de ser necesario. Así mismo, debe hacer seguimiento a las canalizaciones que se lleven a otras instituciones de forma intersectorial. E. Desarrollar programas de atención básica en salud que puedan ser ejecutados por los equipos territoriales y los CAPSPRural, así como el personal de salud que labore en las instalaciones del hospital. F. Los hospitales públicos apoyarán la labor de los equipos territoriales y los CAPSPRural a través de la implementación periódica de jornadas de salud itinerantes con equipos interdisciplinarios para el fortalecimiento de: salud de la mujer rural, salud oral, salud mental, rehabilitación basada en comunidad para personas en condición de discapacidad, garantía de la soberanía alimentaria y el derecho humano a la alimentación y nutrición adecuada, salud laboral, salud ambiental, manejo del consumo problemático de estupefacientes y alcohol, salud y niñez, salud y juventud, salud y adultez mayor, prevención de violencias intrafamiliares, participación social, salud sexual y reproductiva, diversidades sexuales,

<p>enfoque diferencial étnico, acceso y garantía al derecho a la salud en el Sistema de Salud vigente.</p> <p>G. El hospital público recibirá y sistematizará las canalizaciones intersectoriales de forma articulada con las demás instituciones que hacen presencia en el nivel territorial, las cuales serán asumidas a través de su participación en el COTIS.</p> <p>H. Apoyará las jornadas de capacitación en temas de salud a los Agentes Comunitarios(as) de Salud, así como al talento humano en salud adscrito a los CAPSPRural.</p> <p>I. Los hospitales públicos contarán con equipos interdisciplinarios en profesiones diferentes al área de la salud, como profesionales en ciencias sociales y humanas, jurídicas, económicas, ingenierías, agronomía, artes y todas aquellas que se requieran según las necesidades del territorio. Estos equipos junto con aquellos especializados en áreas de la salud, deberán realizar una serie de jornadas itinerantes en el territorio ampliando y fortaleciendo la labor de los equipos territoriales en salud y los CAPSPRural.</p> <p>J. Los hospitales y demás centros de servicios en salud que atiendan población indígena o de alguna otra etnia deberán contar con personal que hable lenguas propias de aquellos pueblos.</p> <p>Parágrafo. Para reunir la información de la caracterización territorial y los diagnósticos participativos, el Ministerio de Salud y Protección Social contará con el plazo de un (1) año para adecuar el Sistema de Información vigente.</p> <p>Artículo 24. Espacios modales interculturales. En el marco del PNSRural se crearán espacios comunitarios para el cuidado de la vida: casas de vida, casas de paso, casas de la mujer, casas maternas, entre otras. Estos espacios servirán a su vez como puertas de entrada a la red de servicios basados en financiamiento público directo y no en facturación de servicios.</p> <p style="text-align: center;">CAPÍTULO 5 DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL PNSRural</p> <p>Artículo 25. Consejos Territoriales Intersectoriales de Seguridad Social en Salud (COTIS). Modifíquese el artículo 30 de la Ley 1298 de 1994 mediante el cual se crean los consejos territoriales de salud y seguridad social así:</p> <p style="text-align: center;"><i>“ARTÍCULO 30. CONSEJOS TERRITORIALES INTERSECTORIALES DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (COTIS). Las entidades territoriales de los niveles seccional, distrital y local, podrán crear un Consejo Territorial Intersectorial de Seguridad Social en Salud que</i></p>	<p><i>asesore a las Direcciones de Salud de la respectiva jurisdicción, en la formulación de los planes, estrategias, programas y proyectos de salud y en la orientación de los Sistemas Territoriales de Seguridad Social en Salud, que desarrollen las políticas definidas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.</i></p> <p><i>Los consejos territoriales tendrán, en lo posible, análoga composición del Consejo Nacional, pero con la participación de las entidades o asociaciones del orden Departamental, Distrital o Municipal.</i></p> <p><i>Este Consejo será de carácter intersectorial y contará, además de los miembros antes establecidos, con la presencia de representantes de las organizaciones de la sociedad civil con presencia en el territorio así: 50% de mujeres, entre ellas representantes de organizaciones sociales de mujeres; representantes de pueblos étnicos, representantes de las Juntas de Acción Comunal, representantes de los Comités Comunitarios en Salud, representantes de las veedurías ciudadanas en salud, organizaciones campesinas y representantes de los trabajadores rurales que existan en el territorio.”</i></p> <p>Artículo 26. Los COTIS con base en los resultados de los escenarios de participación de las comunidades y los diagnósticos participativos, diseñarán un Plan Territorial en Salud Rural el cual será tenido en cuenta en los Planes de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), los Planes de Vida, los Planes de Desarrollo municipales y departamentales y demás formas de planificación comunitaria. Este plan se ajustará según los cambios evidenciados en el diagnóstico participativo.</p> <p>Artículo 27. El Plan Territorial en Salud Rural, será la hoja de ruta en el territorio sobre las necesidades en salud; estrategias, planes y programas; adecuaciones, ampliación y rescate de la red pública hospitalaria; cobertura; destinación del presupuesto para ejecución del Plan Nacional en Salud Rural; protección y conservación de los sistemas propios, saberes ancestrales y medicina tradicional; cumplimiento del enfoque de género; soberanía alimentaria; entre otros aspectos delineados en el PNSRural.</p> <p>Según el plan establecido, se determinará el número de CAPSPRural y número de equipos territoriales de salud rural que se necesitan para cubrir todo el territorio. El número de equipos territoriales obedecerá a los siguientes criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> Mayor número de visitas en territorios con barreras de acceso por distancia geográfica. Mayor carga de enfermedad. Indicadores críticos de pobreza, vulnerabilidad y presencia de conflicto armado.
<p>d. Mayor número de mujeres, niños y niñas, población en condición de discapacidad y adultos mayores.</p> <p style="text-align: center;">CAPÍTULO 6 AGENTES COMUNITARIOS EN SALUD</p> <p>Artículo 28. Agente Comunitario en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social creará y reglamentará la figura de Agente Comunitario en Salud para todos los territorios en el ámbito nacional.</p> <p>Artículo 29. Podrán ser agentes comunitarios en salud:</p> <ol style="list-style-type: none"> Aquellas personas que sean reconocidas como habitantes del territorio donde van a operar. Líderes y líderes reconocidas por sus comunidades en el territorio. Jóvenes en edad de prestar servicios militar obligatorio que será conmutado al programa de Agente Comunitario en Salud. Personas encargadas de labores de cuidado sin remuneración. Personas en condición de discapacidad que no reciben remuneración. Personas en condición de reincorporación de procesos de paz. Personas de la comunidad con interés o afinidad en temas de salud comunitaria. Mujeres que deseen trabajar en el capítulo de salud para la mujer rural Agentes pertenecientes a pueblos indígenas, afro y pueblo ROM, o cualquier otro pueblo ancestral que haga presencia en el territorio. El PNSRural contará de forma obligatoria con este tipo de agentes en territorios ancestrales o étnicos. Personas que representan diversidades sexuales. <p>Artículo 30. Serán funciones de las y los agentes comunitarios en salud las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> Emprenderá acciones dirigidas a dinamizar la lucha y garantía del derecho a la salud partiendo del conocimiento cercano de los problemas que aquejan a las comunidades, así como de las injusticias sociales, las condiciones socioambientales y las problemáticas individuales y colectivas que encuentran manifestaciones en la salud del territorio. Contribuirá al empoderamiento de las comunidades campesinas, afrodescendientes e indígenas para la exigibilidad de atención en salud, así como en la salvaguarda de saberes ancestrales, medicina tradicional y alternativa. Orientará la articulación entre la comunidad, los equipos territoriales y los CAPSPRural. Organizará las jornadas de caracterización y desarrollo de diagnósticos participativos en salud. Será el primer nivel de reporte de situaciones en salud, alimentación, saneamiento básico, vivienda, problemas ambientales, barreras de acceso, violencias, entre otras problemáticas; 	<p>para lo cual podrá emitir alertas que tendrán un carácter vinculante y activará la acción intersectorial de forma prioritaria.</p> <ol style="list-style-type: none"> Las y los agentes comunitarios en salud contarán con los conocimientos necesarios tanto de medicina tradicional y saberes de las comunidades como de procedimientos básicos de la medicina occidental, para dar respuesta a las necesidades emergentes en la comunidad. El agente comunitario deberá conocer y ubicar con rapidez a los médicos tradicionales, sanadores, parteras, comadronas, matronas, entre otras. Liderará e impulsará vocerías en los escenarios de participación comunitaria e interlocución con las instituciones. Convocará los espacios participativos, acciones colectivas en salud pública, campañas y demás eventos que surjan del Plan Territorial y de los programas de atención que se deriven del PNSRural. Dinamizará y promoverá los Comités Territoriales en Salud, las veedurías y demás formas de control social a la implementación del PNSRural. Promoverá el enfoque de derecho a la salud, así como facilitará las herramientas para la exigibilidad del mismo, entendiendo la interdisciplinariedad que involucra el correcto abordaje y comprensión de lo que implica la garantía del derecho a la salud. En comunidades con pueblos étnicos, será obligatoria la contratación de agentes comunitarios pertenecientes a las mismas y adicionalmente, tendrán la que acompañar a sus comunidades en labores de traducción. <p>Artículo 31. Vinculación. Las y los agentes comunitarios en salud estarán vinculados a las secretarías de salud de los municipios y departamentos con las garantías laborales establecidas por ley, y el recurso para su financiación vendrá del presupuesto destinado para la ejecución del presente Plan. Las actividades que realizarán tendrán seguimiento por parte de los hospitales públicos y los CAPSPRural, quienes reportarán informes de actividades a las secretarías de salud respectivas.</p> <p>Artículo 32. Capacitación de las y los agentes comunitarios en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social junto con el Ministerio de Trabajo a través del SENA diseñará e implementará un programa de capacitación para agentes comunitarios en salud.</p> <p>La capacitación deberá ser garantizada por el Estado en conjunto con las entidades territoriales y los hospitales públicos. El diseño de estas capacitaciones tendrá un enfoque de análisis en determinación social de la salud, estará acorde a las necesidades de los territorios y adaptarse a las particularidades del mismo, e incluirá como mínimo herramientas básicas para el abordaje de estos temas: vivienda, saneamiento básico y servicios públicos, agua potable y calidad del aire, condiciones medioambientales con énfasis en agrotóxicos y problemas derivados de la explotación minera, educación, salud de la mujer rural, salud oral, salud mental, rehabilitación basada en comunidad para personas en condición de discapacidad, garantía de la soberanía alimentaria y derecho humano a la alimentación y nutrición adecuada, salud laboral, salud ambiental, manejo del consumo problemático de estupefacientes y alcohol, salud y niñez, salud y adultez mayor, prevención de violencias intrafamiliares, participación social, salud sexual y reproductiva, diversidades sexuales, enfoque</p>

<p>diferencial étnico y diálogo con saberes ancestrales, acceso y garantía al derecho a la salud en el Sistema de Salud vigente, vigilancia y control del Sistema de Salud.</p> <p>Artículo 33. Programa de diálogo, respeto y conservación de saberes ancestrales, medicina tradicional y trabajo en sistemas propios de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social junto con el Observatorio de Salud Rural, el Ministerio de Educación, el Ministerio de Cultura, en concurrencia con universidades, centros de investigación y autoridades étnicas, diseñarán e implementarán un programa de reconocimiento, preservación y homologación de saberes ancestrales, medicina tradicional, partería y experiencia en sistemas de salud propios. Las personas reconocidas en este programa tendrán prelación para ser agentes comunitarios en salud.</p> <p style="text-align: center;">CAPÍTULO 7 FORMACIÓN, AMPLIACIÓN Y GARANTÍAS LABORALES PARA EL TALENTO HUMANO EN EL MARCO DEL DESARROLLO DEL PNSRural</p> <p>Artículo 34. El Ministerio de Salud y Protección Social junto con el Ministerio de Educación, las distintas facultades y asociaciones gremiales y representantes de los COTIS, revisarán y adecuarán los pensums actuales de las profesiones universitarias, técnicas y tecnológicas en salud, para crear las cátedras necesarias adecuadas para la correcta preparación del talento humano en salud que pueda desarrollar la estrategia de APISRural.</p> <p>Artículo 35. Los hospitales públicos del nivel departamental y municipal que atienden en su mayoría población rural y/o son prestadores monopólicos en el territorio, tendrán la categoría de hospitales universitarios para la formación en APISRural. Este proceso se realizará en articulación con las universidades públicas presentes a nivel departamental, y que cuenten con las facultades de salud correspondientes.</p> <p>Artículo 36. Servicio Social Obligatorio. Los municipios y departamentos adecuarán las plazas para la prestación del servicio social obligatorio, el cual, no se deberá limitar a la atención en salud, sino que, deberá responder a las necesidades de la estrategia de APISRural. Las administraciones territoriales darán todas las garantías laborales a las y los profesionales que presten este servicios en el marco del PNSRural.</p> <p>Artículo 37. Estimulo al talento humano en salud que trabaje en el marco del PNSR. Para garantizar una distribución territorial más equitativa de profesionales, técnicos y tecnólogos del área de la salud, aquellas y aquellos que presten sus servicios en áreas rurales, recibirán un paquete de incentivos: monetarios y salariales, acceso a becas, entre otros, que estimulen su presencia y arraigo en el territorio. Este paquete de incentivos será diseñado por las instituciones correspondientes y será extensible a profesionales de áreas distintas a la salud que hagan parte de la estrategia de APISRural.</p> <p>Artículo 38. Estudiantes de profesiones diferentes al área de la salud que contribuyan a dinamizar el PNSRRural, podrán validar su práctica académica como opción de grado. Este proceso deberá ser reglamentado por el Ministerio de Educación en conjunto con el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	<p>Parágrafo. La manutención y Seguridad Social del estudiante que realice sus prácticas en el marco del PNSRRural, estará a cargo del presupuesto destinado al mismo.</p> <p style="text-align: center;">CAPÍTULO 8 OBSERVATORIO NACIONAL DE SALUD RURAL</p> <p>Artículo 39. El Ministerio de Salud y Protección Social con el Instituto Nacional de Salud, creará el Observatorio Nacional de Salud Rural (OBSRural).</p> <p>Artículo 40. Composición del Observatorio Nacional de Salud Rural. El Observatorio Nacional de Salud Rural contará con la presencia de centros académicos y de investigación del ámbito nacional y territorial, organizaciones sociales que trabajen en el campo de la salud, representantes de las y los trabajadores en salud, gremios de profesionales en salud, consejos intersectoriales territoriales en seguridad social y salud, representantes de grupos étnicos, representantes de los entes territoriales y representantes de los agentes comunitarios.</p> <p>Artículo 41. Funciones del Observatorio Nacional de Salud Rural. Las funciones del Observatorio Nacional de Salud Rural (de ahora en adelante OBSRural), serán las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Llevar a cabo de forma quinquenal el Estudio Nacional de Salud Rural con carácter participativo y de reconocimiento de la diversidad y multiculturalidad territorial, haciendo seguimiento a la implementación y sostenimiento del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera. El Estudio contendrá un capítulo especial con enfoque diferencial y de género. 2. El observatorio construirá una serie de indicadores específicos para obtener información clara y desagregada sobre la población rural femenina con el fin de generar insumos para atender de manera adecuada a las mujeres rurales. 3. Sistematizará las iniciativas propias de las comunidades para la transformación de la ruralidad en el tema de salud, así como las experiencias del territorio sobre saberes y sistemas propios de salud de los pueblos. 4. Propondrá, acompañará y realizará la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas en salud rural. 5. Desarrollará líneas de investigación en la materia. 6. Evaluará y emitirá un informe anual sobre los resultados e impactos en salud y bienestar del PNSRural. 7. Analizará la información recogida en la implementación de la estrategia de APSRural y propondrá ajustes al PNSRural. 8. Establecerá un diálogo entre la academia, las instituciones y las comunidades para avanzar hacia el desarrollo del PNSRural. 9. Suministrará información actualizada para la toma de decisiones en políticas que afecten positivamente la salud en la ruralidad.
<p>10. Acompañará el monitoreo comunitario y participativo para la identificación de necesidades y la construcción de propuestas colectivas en salud y bienestar.</p> <p>11. Articulará universidades y comunidades para construir experiencias demostrativas en salud rural, así como contribuirá al proceso de planeación local.</p> <p style="text-align: center;">CAPÍTULO 9 SALUD DE LAS MUJERES RURALES, CAMPESINAS E IDENTIDADES DIVERSAS</p> <p>Artículo 42. Las líneas de acción, planes y programas se establecerán concertadamente con las organizaciones y lideresas de mujeres en los territorios; organizaciones, líderes y lideresas de identidades diversas; los COTIS; el Observatorio de Salud Rural; el Instituto Nacional de Salud; el Ministerio de Salud y Protección Social; espacios intersectoriales que se relacionen con el tema y consejos de expertas y expertos en la materia.</p> <p>Artículo 43. Participación política de la mujer y personas de identidades diversas en las decisiones en salud: los COTIS deberán contar con, al menos, la composición de un 50% de mujeres, así como la participación de representantes de identidades diversas. Esta medida deberá extenderse de manera progresiva a todas las demás instituciones e instancias de participación y decisión que tengan a su cargo el PNSRural.</p> <p>Artículo 44. El PNSRural contará con un programa específico de salud para las mujeres rurales y campesinas, así como para la población con identidades diversas. En la comprensión de que la salud va más allá de la asistencia de la enfermedad, los distintos aspectos del programa podrán ser ejecutados a través de los hospitales públicos, universidades y organizaciones sociales sin ánimo de lucro y/o de economía social, solidaria y cooperativa constituidas legalmente y compuestas prioritariamente por mujeres y personas de identidades diversas que acrediten las capacidades necesarias y cuya razón social sea adecuada para ello.</p> <p>Este programa irá más allá de las acciones en salud y estará dirigido hacia la atención, promoción, participación y mejoramiento de la calidad integral de vida de estas poblaciones. De igual forma los hospitales públicos facilitarán la planeación y ejecución de las jornadas itinerantes extramurales propuestas en el artículo 20 de la presente Ley.</p> <p>Artículo 45. La salud rural de las mujeres y las identidades diversas en la comprensión amplia de la salud como bienestar y calidad de vida, así como en la preservación de la integralidad de la Reforma Rural Integral, promoverá los derechos de las mujeres rurales e identidades diversas para el acceso igual a vivienda, agua potable, a la propiedad de la tierra y capital productivo, al ingreso, a la alimentación y soberanía alimentaria para las necesidades según ciclo vital de las mujeres y personas con identidades diversas, a la preservación de las diversidades étnicas, al crédito, a la protección social, a la educación, a tecnologías y servicios, a un ambiente saludable, a remuneración y al uso discrecional del tiempo como determinantes estructurales de la salud y bienestar de las mujeres rurales y personas con identidades diversas. Los planes y programas que desarrollen este artículo deberán ser de carácter intersectorial.</p>	<p>Artículo 46. El Estado garantizará que las diferencias entre mujeres, diversidades sexuales y hombres, no sean un obstáculo para vivir dignamente y disfrutar de salud, para evitar la enfermedad, discapacidad, muertes evitables y/o prematuras asociadas a las diferencias biológicas. Así mismo, el Estado colombiano estará obligado a eliminar cualquier barrera de acceso al sistema de salud que se produzca por la condición de género e identidad de las personas.</p> <p>Artículo 47. Sobre los derechos sexuales y reproductivos. El Estado garantizará el goce efectivo de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres rurales y campesinas, y las personas con identidades diversas así:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acciones, planes y programas para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos tanto para las mujeres como para las identidades diversas. Promoción del control prenatal durante todo el periodo de gestación y el acceso gratuito a métodos anticonceptivos teniendo en cuenta las necesidades diagnosticadas por las mujeres en los territorios rurales. 2. Reconocimiento del derecho que les asiste a las mujeres rurales de escoger el acompañamiento de una partera o comadrona si así lo desean. 3. Reconocimiento y protección de los saberes ancestrales y prácticas culturales en relación a la partería y la labor de las matronas. 4. Creación de espacios para promover el derecho de las mujeres a decidir sobre sus cuerpos y sobre la posibilidad de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Difusión y acciones pedagógicas sobre la Sentencia de la Corte Constitucional C-355 de 2006, así como el fortalecimiento y capacitación de las entidades de salud responsables de garantizar el derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en el ámbito rural. 5. Formación y ampliación del personal de salud capacitado para cumplir el derecho que le asiste a las mujeres rurales y campesinas en la Interrupción Voluntaria del Embarazo. 6. Dotación de insumos e instalaciones adecuadas para la Interrupción Voluntaria del Embarazo. 7. Articulación con los pueblos indígenas que aún practican la ablación, la mutilación genital femenina y otros actos que restrinjan la libertad sexual y reproductiva de las mujeres para la erradicación de dichas prácticas. 8. Programas de promoción para la realización de exámenes periódicos y preventivos como la citología y la mamografía. <p>Artículo 48. Programas de salud con enfoque diferencial para las personas y comunidades de identidades diversas que habitan la ruralidad. En el marco del El PNSRural desarrollará un programa diferencial para la prevención de las violencias ejercidas en contra de las personas y comunidades de identidades diversas a causa de la estigmatización y sus repercusiones sobre la salud física, mental y emocional. El programa abarcará aspectos como: salud sexual y reproductiva y derecho a la paternidad y maternidad; así como la prevención del contagio de enfermedades de transmisión sexual. Apoyo en el proceso de identidad, cambios físicos, mentales y emocionales de las personas transgénero; formación del personal de salud y de la comunidad sobre la no</p>

discriminación, sanción de la violencia institucional, prevención y atención humana y digna en caso de violencias, reconocimiento y atención humana y digna frente a las necesidades de estas poblaciones.

Artículo 49. Cuidado y autocuidado. Se fomentará la promoción del autocuidado y el fortalecimiento de las prácticas de cuidado, no solo como tarea de las mujeres sino como labor compartida social e institucionalmente, reconociendo la carga de enfermedad por dedicación de las mujeres a las labores del cuidado de otros a través de planes y programas que fortalezcan el uso del tiempo libre, el acceso prioritario a la salud, la remuneración y la distribución de dichas labores en el hogar.

Artículo 50. Prevención y atención a las violencias contra las mujeres y las identidades diversas. El PNSRural desarrollará una estrategia que entienda las particularidades en que se dan las violencias en el territorio, con el fin de prevenir y atender humana y dignamente a las víctimas de las violencias ejercidas contra las mujeres y las identidades diversas, abordando los siguientes aspectos:

1. Control de violencias institucionales en prácticas en salud que garantice el respeto y buen trato en los procedimientos tales como: erradicación de la violencia gineco obstétrica, atención sin revictimización en el caso del abuso y maltrato físico, atención humana y digna en acciones de prevención como examen mamario y citología, seguimiento y denuncia en casos de negligencia médica, sanción de las violencias en casos de peritajes, entre otros.
2. Tratamiento oportuno y digno sobre los impactos físicos producidos por las violencias ejercidas contra las mujeres.
3. Promover estrategias psicosociales y colectivas para la construcción de nuevas relaciones libres de violencias, visiones del amor, respeto y dinámicas al interior de las familias y la pareja.
4. Promoción de estrategias en salud mental para tratar el estrés del estigma contra personas LGTBI y transgénero, consumo problemático de sustancias psicoactivas, suicidio, depresión, estrés post traumático como secuela del conflicto armado, entre otros aspectos.
5. Las entidades de salud en las zonas rurales serán fortalecidas para atender y articularse al sistema de justicia cuando tienen conocimiento del delito de violación o de embarazos y nacimientos de hijos e hijas de niñas menores de 14 años de edad.
6. Reconocimiento de la continuidad del conflicto armado en el campo e implementación de atenciones y acompañamiento oportuno, humanizado y digno a las víctimas mujeres y de identidades diversas.

**CAPÍTULO 10
SALUD, RURALIDAD Y AMBIENTE**

Artículo 51: El PNSRural partirá por reconocer al ambiente como sujeto de derecho, y a la salud del ambiente como proceso fundamental de la garantía del derecho a la salud, tal como lo plantea el enfoque del Buen Vivir de los pueblos.

Artículo 52: El capítulo salud, ruralidad y ambiente contendrá los siguientes aspectos:

1. Protección y conservación del ambiente, los ecosistemas, las fuentes acuíferas, la biodiversidad, la calidad del aire, la fauna y la flora en el territorio.
2. Análisis, contención, prevención y atención de los impactos en salud para el ambiente y especialmente, en los ecosistemas de interés ambiental, así como para los pueblos en el territorio de las estrategias para la erradicación de cultivos de uso ilícito como la aspersión con glifosato.
3. Análisis, contención, prevención y atención de los impactos en salud para el ambiente y los pueblos en el territorio del uso de agrotóxicos y monocultivos a gran escala.
4. Protección y garantía de la soberanía alimentaria en territorios donde predomina la siembra de monocultivos con destino a la agroindustria y los biocombustibles. Preservación de semillas nativas y usos tradicionales del suelo fomentando la agroecología.
5. Análisis, contención, prevención y atención de los impactos en salud para el ambiente y los pueblos en el territorio de actividades extractivas como la minería a gran escala, la explotación petrolera, explotación forestal a gran escala, entre otras.
6. Análisis, contención, prevención y atención de los impactos en salud para el ambiente y los pueblos en el territorio producto de los megaproyectos como las hidroeléctricas.
7. Fortalecimiento de campañas para la protección del ambiente en los territorios.
8. Reconocimiento de los impactos sociales y el cambio en las economías producto de las economías extractivas a gran escala, las redes de narcotráfico, el aumento de consumo de estupefacientes y alcohol, y redes de trata de personas para el comercio sexual.

**CAPÍTULO 11
TRABAJADORES Y TRABAJADORAS RURALES**

Artículo 53. El PNSRural reconocerá a las y los trabajadores rurales como sujetos de derecho a la protección social con las mismas garantías que debe tener cualquier otro trabajador en Colombia.

Artículo 54. El Ministerio de Salud y Protección Social en articulación con el Ministerio de Trabajo desarrollarán programas de prevención y atención en salud a enfermedades laborales y factores de riesgo derivadas del trabajo rural.

Artículo 55. En cabeza del Observatorio de Salud Rural, se adelantarán investigaciones acerca de los riesgos químicos, y biológicos producto de la exposición a agrotóxicos, así como los riesgos mecánicos del trabajo rural en el territorio nacional. Así mismo se hará un estudio sobre la salud mental de las y los trabajadores rurales asociados al acoso laboral, violencia verbal, hostigamiento, explotación laboral, entre otros.

Artículo 56. El Estado colombiano en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Trabajo diseñará la política pública de Protección en riesgos laborales para las y los trabajadores rurales.

Artículo 57. Seguridad económica para la vejez e incapacidad permanente. El PNSRural contará con un programa de articulación para el acceso a la pensión e incapacidad permanente en condiciones dignas.

**CAPÍTULO 12
MEDIDAS ADICIONALES Y VIGENCIA**

Artículo 58. A partir de la promulgación de la presente ley, el Gobierno nacional en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, creará la política Decenal de Salud Rural, la cual recogerá entre otros insumos, los resultados de los mecanismos participativos existentes en el territorio y los insumos provistos por el Observatorio Nacional en Salud Rural.

Artículo 59. Inspección, vigilancia y control. La inspección, vigilancia y control estará a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, la Procuraduría General de la Nación y demás órganos de control preferente.

Parágrafo. El seguimiento y control comunitario que se realizará en los distintos niveles de participación contenidos en Plan Nacional de Salud Rural, será vinculante y hará parte de la construcción de los procesos adelantados por los organismos de control.

Artículo 60. Vigencia. La presente Ley tendrá vigencia a partir de su promulgación. El Gobierno nacional tendrá plazo de seis (6) meses para realizar las reglamentaciones necesarias, diseño e implementación.

En atención a lo expuesto anteriormente, se presenta ante el Congreso de la República el Proyecto de Ley: **“Por medio del cual se crea el Plan Nacional de Salud Rural para el Buen Vivir y se dictan otras disposiciones”** para que sea tramitado, y con el apoyo de las y los Congresistas sea discutido y aprobado.

Por los Honorables Congresistas,



Jairo Reinaldo Cala Suárez
Representante a la Cámara
Partido Comunes



Victoria Sandino Simanca Herrera
Senadora
Partido Comunes



Omar de Jesús Restrepo Correa
Representante a la Cámara
Partido Comunes



Griselda Lobo Silva
Senadora
Partido Comunes



Luis Alberto Alban Urbano
Representante a la cámara
Partido Comunes



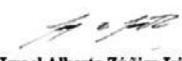
Pablo Catatumbo Torres Victoria
Senador
Partido Comunes



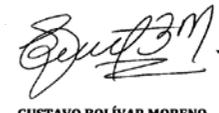
Julián Gallo Cubillos
Senador
Partido Comunes



Carlos Alberto Carreño Marín
Representante a la cámara
Partido Comunes



Israel Alberto Zúñiga Iriarte
Senador
Partido Comunes



GUSTAVO BOLÍVAR MORENO
Senador de la República



Feliciano Valencia Medina
Senador
Partido Mais



LEÓN FREDY MUÑOZ LOPERA
Representante a la Cámara
Partido Alianza Verde



MARÍA JOSÉ PIZARRO
Representante a la Cámara
Coalición Lista de la Decencia



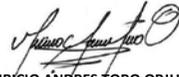
JAIRO HUMBERTO CRISTO CORREA
Representante a la Cámara
Partido Cambio Radical



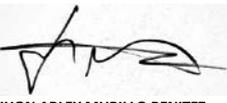
FABIÁN DÍAZ PLATA
Representante a la Cámara
Partido Alianza Verde



CARLOS GERMÁN NAVAS TALERO
Representante a la Cámara
Partido Polo Democrático Alternativo



MAURICIO ÁNDRES TORO ORJUELA
Representante a la Cámara
Partido Alianza Verde



JHON ARLEY MURILLO BENÍTEZ
Representante a la Cámara
Partido Colombia Renaciente



IVÁN CEPEDA CASTRO
Senador de la República
Polo Democrático Alternativo

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

Bogotá D.C., 12 de abril de 2021

Señor Presidente:

Con el fin de repartir el Proyecto de Ley No. 434/21 Senado “POR MEDIO DEL CUAL SE CREA EL PLAN NACIONAL DE SALUD RURAL PARA EL BUEN VIVIR Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”, me permito remitir a su despacho el expediente de la mencionada iniciativa, presentada el día de hoy ante la Secretaría General del Senado de la República por los Honorables Senadores, VICTORIA SANDINO SIMANCA HERRERA, CRISelda LOBO SILVA, ISRAEL ALBERTO ZÚNIGA IRIARTE, GUSTAVO BOLIVAR MORENO ,PABLO CATATUMBO TORRES VICTORIA,IVAN CEPEDA CASTRO, FELICIANO VALENCIA MEDINA, JULIÁN GALLO CUBILLOS, H.R. JAIRO REINALDO CALA SUAREZ, OMAR DE JESÚS RESTREPO CORREA, CARLOS ALBERTO CARREÑO MARÍN, LUIS ALBERTO ALBAN URBANO,LEON FREDY MUÑOZ LOPERA,MARIA JOSE PIZARRO RODRIGUEZ,JAIRO HUMBERTO CRISTO CORREA,MAURICIO TORO ORJUELA,FABIAN DIAZ PLATA,CARLOS GERMAN DIAZ TALERO,JHON ARLEY MURILLO BENITEZ, La materia de qué trata el mencionado Proyecto de Ley es competencia de la Comisión **SEPTIMA** Constitucional Permanente del Senado de la República, de conformidad con las disposiciones Constitucionales y Legales.

GREGORIO ELJACH PACHECO
Secretario General

PRESIDENCIA DEL H. SENADO DE LA REPÚBLICA – ABRIL 12 DE 2021

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

CÚMPLASE

EL PRESIDENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

ARTURO CHAR CHALJUB
SECRETARIO GENERAL DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

GREGORIO ELJACH PACHECO

CONTENIDO

Gaceta número 282 - jueves, 15 de abril de 2021

**SENADO DE LA REPÚBLICA
PROYECTOS DE ACTO
LEGISLATIVO**

Págs.

Proyecto de Acto Legislativo número 35 de 2021 Senado, por el cual se modifican los artículos 45 y 65 de la Constitución Política estableciendo el derecho fundamental a la alimentación y a no padecer hambre. 1

PROYECTOS DE LEY

Proyecto de Ley número 430 de 2021 Senado, por medio de la cual se ordena la expedición de un lineamiento de atención integral y humanizada de la muerte y el duelo gestacional y neonatal en instituciones de salud, y se dictan otras disposiciones – “Ley Brazos Vacíos” 6

Proyecto de Ley número 434 de 2021 Senado, por medio del cual se crea el Plan Nacional de Salud Rural para el buen vivir y se dictan otras disposiciones. 15