



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXIII - N° 1520

Bogotá, D. C., lunes, 23 de septiembre de 2024

EDICIÓN DE 25 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariassenado.gov.coJAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PROYECTOS DE LEY

PROYECTO DE LEY NÚMERO 236 DE 2024
CÁMARA

por la cual se establece la conformación e integración de las Juntas Interdisciplinarias de Calificación Regionales y Nacional y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C., agosto de 2024

Doctor

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

Secretario General

Cámara de Representantes

Ciudad

Asunto: Radicación del Proyecto de Ley, por la cual se establece la conformación e integración de las Juntas Interdisciplinarias de Calificación Regionales y Nacional y se dictan otras disposiciones.

Respetado doctor Jaime Luis Lacouture Peñaloza:

Por medio de la presente, muy comedidamente me permito radicar el proyecto de ley del asunto. En tal sentido, respetuosamente solicito proceder según el trámite previsto legal y Constitucionalmente para tales efectos.

Cordialmente,

HÉCTOR DAVID CHAPARRO
Representante a la Cámara
Partido Liberal
SONIA SHIRLEY BERNAL SÁNCHEZ
Senadora de la República
Coalición Pacto HistóricoPROYECTO DE LEY NÚMERO 236 DE 2024
CÁMARA

por la cual se establece la conformación e integración de las Juntas Interdisciplinarias de Calificación Regionales y Nacional y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1º. Objeto. Establecer los criterios para el otorgamiento de la pensión por discapacidad severa e indemnización por discapacidad permanente parcial en el sistema general de riesgos laborales, así como fijar los parámetros en el manual único para la calificación del grado de discapacidad, fecha de estructuración y origen de las condiciones de salud en el sistema integral de seguridad social y establecer los criterios de conformación, escogencia y administración de la Junta Regional y Nacional Interdisciplinaria de Calificación.

Artículo 2º. Modifíquese el artículo 40 de la Ley 2381 de 2024, el cual quedará así:

Artículo 40. Estado de Discapacidad Severa. Para los efectos del presente capítulo se considera que una persona tiene una discapacidad severa por cualquier causa de origen común o laboral, no provocada intencionalmente; cuando al aplicar el manual único para la calificación del grado de discapacidad de la seguridad social integral, alcance o supere el 50% de discapacidad, que incluye los criterios de: deficiencias (déficit de estructura y función), limitaciones en actividades y restricciones

en la participación social, laboral y económica acordes a su edad.

De igual manera, se considerará que una persona presenta una discapacidad permanente parcial cuando se le califica un porcentaje que oscila entre el 5% y el 49.99%.

Artículo 3°. Modifíquese el artículo 41 de la Ley 100 de 1993, el cual quedará así:

Calificación del Estado de Discapacidad Severa. El Estado de discapacidad severa será determinado de conformidad con lo dispuesto en los artículos siguientes y con base en el manual único para la calificación del grado de discapacidad y origen en la seguridad social. Este manual será expedido por el Gobierno nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio del Trabajo. Se deberá garantizar la participación de las centrales obreras, las agremiaciones de Juntas de Calificación, Agremiaciones Médicas, la academia, entre otros actores del Sistema General de Seguridad Social.

Dicho Manual Único para la calificación del grado de discapacidad y origen en la seguridad social, deberá contemplar los criterios técnico - científicos de evaluación de déficits de estructura y función residuales posterior al tratamiento y rehabilitación integral, el desempeño ocupacional y laboral acorde a la clasificación internacional de funcionamiento y discapacidad de la Organización Mundial de la Salud.

Parágrafo 1°. El Manual deberá realizarse con los nuevos criterios, a más tardar en 1 año después de expedida la presente ley, y luego deberá actualizarse cada 4 años con recursos del Fondo de Riesgos Laborales. Para la actualización de dicho Manual, el Ministerio de Trabajo hará convocatoria pública para que sea realizado por Universidades acreditadas en el territorio nacional y que cuenten con formación en medicina ocupacional o en seguridad y salud en el trabajo, terapia ocupacional, terapia física, psicología y derecho laboral o de la seguridad social.

Parágrafo 2°. El Ministro de Trabajo dispondrá de un año (1) a partir de la entrada en vigencia de la presente ley para actualizar el manual único para la calificación del grado de discapacidad y origen de las condiciones de salud en la seguridad social. Cumplido este plazo y con base en el nuevo manual, se realizará el concurso de selección y el nombramiento de los miembros principales y suplentes de las Juntas Regionales y Nacional Interdisciplinaria de Calificación.

Parágrafo 3°. La calificación en primera oportunidad del origen de las condiciones de salud, grado de discapacidad y fecha de estructuración de la discapacidad, es competencia de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, Administradoras de Fondos de Pensiones o quien haga sus veces, Colpensiones, las Administradoras de Riesgos Laborales y las Compañías de Seguros que asuman el riesgo de discapacidad severa y muerte

a través del seguro previsional. La calificación en primera oportunidad será realizada con un grupo interdisciplinario y con un procedimiento igual al de las Juntas Regionales Interdisciplinarias de Calificación, usando el manual único para la calificación del grado de discapacidad y origen de las condiciones de salud en la seguridad social, los manuales de calificación que otorgaron el derecho, los manuales usados para la calificación en los regímenes de excepción, las guías y protocolos que el Ministerio emite para tal efecto.

El acto que declara la discapacidad severa que expida cualquiera de las anteriores entidades, deberá contener expresamente los fundamentos de hecho y de derecho que dieron origen a esta decisión, así como la forma y oportunidad en que el interesado puede solicitar la calificación por parte de la Junta Regional interdisciplinarias de calificación y la facultad de recurrir esta calificación ante la Junta Nacional Interdisciplinaria de Calificación.

Cuando la discapacidad declarada por una de las entidades antes mencionadas, sea inferior en no menos del diez por ciento (10%) a los límites que califican el estado de discapacidad severa, tendrá que acudir en forma obligatoria a la Junta Regional Interdisciplinarias de Calificación por cuenta de la respectiva entidad.

Para los casos de accidente o enfermedad común en los cuales exista concepto favorable de rehabilitación de la Entidad Promotora de Salud, la Administradora de Fondos de Pensiones postergará el trámite de calificación de discapacidad severa hasta por un término máximo de trescientos sesenta (360) días calendario adicionales a los primeros ciento ochenta (180) días de incapacidad temporal reconocida por la Entidad Promotora de Salud, evento en el cual, con cargo al seguro previsional de discapacidad severa y sobrevivencia o de la entidad de previsión social correspondiente que lo hubiere expedido, la Administradora de Fondos de Pensiones otorgará un subsidio equivalente a la incapacidad que venía disfrutando el trabajador.

Las Entidades Promotoras de Salud deberán emitir dicho concepto antes de cumplirse el día ciento veinte (120) de incapacidad temporal y enviarlo antes de cumplirse el día ciento cincuenta (150), a cada una de las Administradoras de Fondos de Pensiones donde se encuentre afiliado el trabajador a quien se le expida el concepto respectivo, según corresponda. Cuando la Entidad Promotora de Salud no expida el concepto favorable de rehabilitación, si a ello hubiere lugar, deberá pagar un subsidio equivalente a la respectiva incapacidad temporal después de los ciento ochenta (180) días iniciales con cargo a sus propios recursos, hasta cuando se emita el correspondiente concepto.

Sin perjuicio de lo establecido en este artículo, respecto de la calificación en primera oportunidad, corresponde a las Juntas Regionales Interdisciplinarias de Calificación de discapacidad calificar en primera instancia la pérdida de discapacidad, el estado de

discapacidad severa y determinar su origen y fecha de estructuración de la discapacidad. Siempre que la discapacidad sea superior a 0% se establecerá una fecha de estructuración de la discapacidad.

A la Junta Nacional Interdisciplinaria de calificación de discapacidad en la seguridad social, compete la resolución de las controversias que en segunda instancia sean sometidas para su decisión por las Juntas Regionales.

Artículo 4º. Modifíquese el artículo 42 de la Ley 100 de 1993, el cual quedará así:

Artículo 42. Naturaleza, Administración y Funcionamiento de las Juntas Interdisciplinarias de Calificación Regionales y Nacional.

Las Juntas Interdisciplinarias de calificación Regionales y Nacional son organismos del Sistema de la Seguridad Social del orden nacional, de creación legal, adscritas al Ministerio de Trabajo con personería jurídica, de derecho privado, sin ánimo de lucro, de carácter interdisciplinario, sujetas a revisoría fiscal, con autonomía técnica y científica en los dictámenes periciales, cuyas decisiones son de carácter obligatorio, sin perjuicio de la segunda instancia que corresponde a la Junta Nacional de Calificación.

Las Juntas Regionales Interdisciplinarias de Calificación, tendrán su sede en las capitales de departamento. La Junta Nacional Interdisciplinaria de Calificación tendrá su sede en la Capital de la República de Colombia.

Las Juntas Regionales Interdisciplinarias de calificación determinarán en primera instancia el origen de las condiciones de salud, el grado de discapacidad y la fecha de estructuración del grado de la discapacidad severa, y de la discapacidad permanente parcial. En segunda instancia la competencia está en cabeza de la Junta Nacional interdisciplinarias de calificación.

Parágrafo 1º. Los miembros de las Juntas Nacional y Regionales interdisciplinarias de calificación se regirán por la presente ley y su reglamentación, actuarán dentro del respectivo período y, en caso necesario, permanecerán en sus cargos hasta tanto se realice la posesión de los nuevos miembros para el período correspondiente.

Parágrafo 2º. Las entidades de seguridad social y los miembros de las Juntas Regionales y Nacional interdisciplinarias de calificación y los profesionales que califiquen serán responsables solidariamente por los dictámenes que produzcan perjuicios a los afiliados o a los Administradores del Sistema de Seguridad Social Integral, cuando este hecho esté plenamente probado.

Es obligación de los diferentes actores de los Sistemas de Seguridad Social en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, la entrega oportuna de la información requerida y de la cual se disponga para fundamentar la calificación del origen, entre las entidades competentes para calificar al trabajador.

Artículo 5º. Las Juntas Regionales Interdisciplinarias de Calificación, estarán en la cabecera municipal de departamentos y contarán con una sala de decisión.

Las siguientes Juntas Regionales contarán con las siguientes salas de decisión:

- Bogotá y Cundinamarca (4 salas)
- Valle del Cauca y Cauca (3 Salas)
- Antioquia (3 salas)

De igual manera, por la cercanía con la capital de departamento, los residentes en los municipios de Guayabetal, Paratebueno y Medina Cundinamarca tendrán asignada como junta competente la del Meta con sede en Villavicencio.

Parágrafo 1º. Atendiendo al nivel de población y al número de casos que se han presentado en los departamentos Arauca, Amazonas y San Andrés y Providencia, en caso de no conformarse la respectiva Junta, estos serán calificados por la Junta Regional de Bogotá y Cundinamarca.

Debido a los medios de transportes existentes en los departamentos de Guainía, Vichada y Vaupés, en caso de no conformarse la respectiva Junta, la competencia para conocer de los casos será de la Junta Regional de Bogotá y Cundinamarca.

En los demás casos, donde no se conformen Juntas de calificación con la lista de elegibles del concurso público de méritos, el Ministerio del Trabajo asignará la Junta competente, de acuerdo con la cercanía entre los departamentos y disponibilidad de medios de transporte.

Parágrafo 2º. El Consejo Nacional de Riesgos Laborales podrá crear Salas de Decisión según lo exija la demanda para evitar el represamiento de solicitudes previo estudio de viabilidad técnica y financiera, de cargas laborales y de personal calificado.

Artículo 6º. Cada sala de las Juntas Regionales Interdisciplinarias de Calificación contará con (4) profesionales, los cuales se denominarán miembros, y contarán con los siguientes perfiles:

- Dos (2) médicos, los cuales deben tener especialización en salud ocupacional o en seguridad y salud en el trabajo o en medicina del trabajo y contar con una experiencia profesional relacionada mínima de cuatro (4) años. La experiencia certificada en procesos de calificación de pérdida de capacidad laboral y ocupacional, origen y fecha de estructuración, conocimientos sobre la Clasificación internacional de funcionamiento y discapacidad CIF de la OMS otorgará un puntaje adicional en el proceso de concurso.

- Un (1) psicólogo o un (1) terapeuta físico u ocupacional, con título de especialización en salud ocupacional con una experiencia profesional relacionada mínimo de cuatro (4) años. La experiencia certificada en procesos de calificación de pérdida de capacidad laboral y ocupacional, origen y fecha de estructuración, conocimientos sobre la

Clasificación internacional de funcionamiento y discapacidad CIF de la OMS otorgará un puntaje adicional en el proceso de concurso.

Parágrafo. Hará un (1) abogado por Sala con especialización en derecho laboral o derecho de seguridad social, con experiencia profesional relacionada de cuatro (4) años, preferiblemente en calificación de pérdida de discapacidad, ya sea en la academia o el litigio, o experiencia en entidades de seguridad social, Gobierno, empresas o agremiaciones.

El abogado, participará en el estudio de los casos de calificación del origen de la enfermedad, el accidente, la discapacidad severa o la muerte, con base en los criterios establecidos para definir la relación causal u ocasional con el trabajo. Su concepto será tenido en cuenta por el integrante ponente del caso.

Artículo 7º. Modifíquese el artículo 43 de la Ley 100 de 1993, el cual quedará así:

Artículo 43. Impedimentos, Recusaciones y Sanciones. Los miembros de las Juntas, serán particulares que ejercen una función pública en la prestación de dicho servicio y mientras sean parte de las Juntas Interdisciplinaria de Calificación, no podrán tener vinculación alguna, ni realizar actividades relacionadas con la calificación del origen y grado de pérdida de la capacidad laboral o labores administrativas o comerciales en las Entidades Administradoras del Sistema Seguridad Social Integral, ni con sus entidades de dirección, vigilancia y control.

Los miembros de las Juntas estarán sujetos al régimen de impedimentos y recusaciones aplicables a los Jueces de la República, conforme a lo dispuesto en el Código de Procedimiento Civil y su trámite será efectuado de acuerdo con el artículo 30 del Código Contencioso Administrativo y, como a particulares que ejercen funciones públicas, les es aplicable el Código Disciplinario Único.

Parágrafo 1º. Los miembros de la Junta Nacional y los de las Juntas Regionales Interdisciplinarias de Calificación no tienen el carácter de servidores públicos, no devengan salarios, ni prestaciones sociales y sólo tienen derecho a los honorarios establecidos en la presente ley.

Parágrafo 2º. Los miembros de la Junta Nacional y los de las Juntas Regionales interdisciplinaria de calificación podrán participar para los concursos y ser miembro de cualquier Junta Regional o Nacional de Calificación, teniendo como límite para participar en los concursos, únicamente la edad de retiro forzoso que establezca la ley.

Artículo 8º. El nombre de la Junta Nacional de Calificación de invalidez en adelante se denominará Junta Nacional Interdisciplinaria de Calificación, con sede en la capital de la República, integrada por 5 salas, cada una constituida por cuatro (4) profesionales denominados miembros.

Esta Junta, que será interdisciplinaria, tiene a su cargo la resolución de las controversias respecto al origen de las condiciones de salud, grado de discapacidad y fecha de estructuración de la discapacidad, cuando su porcentaje sea superior a 0%. Es la segunda instancia sobre dictámenes emitidos por Juntas Regionales de Calificación. Además, es la asesora del Gobierno nacional en Políticas para prevención de discapacidad para trabajar, y en temas de seguridad y salud en el trabajo.

Artículo 9º. La Junta Nacional Interdisciplinaria de Calificación estará conformada por 5 salas, cada una conformada por los siguientes profesionales, denominados miembros, que tendrán el siguiente perfil:

- Dos (2) médicos: Con título de especialización en salud ocupacional, o medicina del trabajo o seguridad y salud en el trabajo con una experiencia profesional relacionada mínima de siete (7) años certificada. La experiencia en procesos de calificación de pérdida de capacidad laboral y ocupacional, origen y fecha de estructuración, experiencia en temas de discapacidad y clasificación internacional de funcionamiento y discapacidad CIF de la Organización Mundial otorgará un puntaje adicional en el proceso de concurso.

- Un (1) psicólogo o un (1) terapeuta físico u ocupacional, con título de especialización en salud ocupacional, con una experiencia profesional mínima de siete (7) años, experiencia profesional relacionada. La experiencia certificada en calificación de pérdida de capacidad laboral y ocupacional, origen y fecha de estructuración, internacional de funcionamiento y discapacidad CIF de la Organización Mundial otorgará un puntaje adicional en el proceso de concurso.

Parágrafo 1º. Habrá un (1) abogado por Sala con especialización en derecho laboral o derecho de seguridad social, con experiencia profesional relacionada de siete (7) años, preferiblemente en calificación de pérdida de discapacidad, ya sea en la academia o el litigio, o experiencia en entidades de seguridad social, Gobierno, empresas o agremiaciones. El abogado, participará en el estudio de los casos de calificación del origen de la enfermedad, el accidente, discapacidad severa o la muerte, con base en los criterios establecidos para definir la relación causal u ocasional con el trabajo. Su concepto será tenido en cuenta por el integrante ponente del caso.

Artículo 10. Cada Junta Regional y Nacional Interdisciplinaria de Calificación contará con un profesional universitario, preferiblemente administrador de empresas o con estudios de posgrado en administración, que realizará el cargo de Director Administrativo y Financiero y deberá contar con experiencia en manejo recurso humano, administrativo y financiero que cumplirá las funciones de director administrativo. Cada Junta Regional y Nacional establecerá los términos y bases para desarrollar el proceso de selección y contratación del

denominado Director Administrativo y Financiero, que como mínimo deberá incluir conocimientos respecto al Sistema General de Seguridad Social Integral, Código Disciplinario Único, normatividad vigente sobre el funcionamiento de las Juntas de Calificación, conocimiento sobre el manejo adecuado de los recursos públicos, conocimientos financieros, conocimientos en las modalidades de contratación laboral y de prestación de servicios.

Artículo 11. *Proceso de Selección de los Miembros de las Juntas Regionales y Nacional Interdisciplinarios de Calificación.* El proceso de selección de los miembros de las Juntas Regionales y Nacional Interdisciplinaria de Calificación se realizará por concurso de méritos, con recursos del Fondo de Riesgos Laborales, de conformidad con el artículo 142 del Decreto Ley 19 de 2012. Dicho proceso de selección será liderado por el Ministerio de Trabajo.

Producto de dicho concurso de méritos, se establecerá la lista de elegibles por estricto orden de puntaje, mediante la cual se designarán los miembros principales y suplentes de las Juntas Regionales y Nacional Interdisciplinaria de Calificación.

Parágrafo 1º. Los miembros principales de las Juntas Regionales y Nacional Interdisciplinaria de Calificación deberán tener un suplente con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos y términos establecidos en la presente ley, ante su ausencia temporal o definitiva. El Ministerio de Trabajo designará los miembros suplentes, teniendo en cuenta el orden en puntajes de la lista de elegibles.

Parágrafo 2º. Para los fines del presente artículo se tendrá en cuenta tanto en los términos del concurso de méritos, como en la lista de elegibles, los preceptos la Ley 581 del 2000 “Por la cual se reglamenta la adecuada y efectiva participación de la mujer en los niveles decisorios de las diferentes ramas y órganos del poder público, de conformidad con los artículos 13, 40 y 43 de la Constitución Nacional y se dictan otras disposiciones”.

Parágrafo 3º. El Ministerio de Trabajo deberá garantizar que, en el año anterior a la vigencia del periodo, se realice el concurso de méritos con la diligencia y celeridad necesarios a fin de evitar periodos extendidos por falta de concurso.

Artículo 12. Los términos y bases del concurso establecerán los parámetros y criterios para desarrollar el proceso de selección de los miembros, que como mínimo deberá incluir:

a) **Conocimientos:** se evaluarán los conocimientos del manejo de todos los manuales de calificación vigentes y que otorgaron derecho a las personas objeto de calificación, que puedan llegar a Juntas, como: el Manual Técnico de exposición a factor de riesgo ocupacional, el manual único para la calificación del grado de discapacidad y origen en la seguridad social, los manuales usados para la calificación en los regímenes de excepción conforme al presente decreto, así como las normas sobre el procedimiento, proceso de calificación del origen,

pérdida de la discapacidad fecha de estructuración y demás normas técnicas y jurídicas relacionadas, así como conocimientos respecto al Sistema General de Seguridad Social Integral, Código Disciplinario Único y demás requeridas para el ejercicio de sus funciones. Asimismo, se evaluarán conocimientos sobre los conceptos de discapacidad acorde a la organización mundial de la Salud, políticas de inclusión de la OCDE, políticas de inclusión laboral de la OIT; manejo de manuales de calificación de déficits de estructura y función, desempeño ocupacional y laboral desarrollados para cuantificar la discapacidad.

Será requisito para el concurso, la expedición del nuevo manual único para cuantificación de grado de discapacidad y determinación de origen de la Seguridad Social Integral.

b) **Hoja de Vida:** presentación de hoja de vida con la experiencia relacionada con procesos de calificación mínima requerida, de conformidad con el artículo 6º y 9º de esta ley. Deberá existir una escala de asignación de puntajes a mayor número de especializaciones, maestrías o doctorados, se obtendrá mayor puntaje.

Artículo 13. *Periodos de duración.* El periodo de duración de los miembros de las Juntas Regionales y Nacional de Calificación en la Seguridad Social es individual y será de seis (6) años contados a partir de la fecha de posesión de los miembros de cada una de las Salas de Decisión.

Artículo 14. Previo a la posesión de los miembros principales ante el Ministro de Trabajo, aquellos deberán aportar certificación de no vinculación con entidades de seguridad social o de vigilancia y control.

Parágrafo. Los abogados miembros de las Juntas no podrán litigar mientras estén vinculados. La única actividad que podrán ejercer los miembros de las Juntas Regional y Nacional de Calificación será la docencia.

Artículo 15. *Integrantes, miembros y trabajadores.* Las Juntas Regionales y la Nacional tendrán el siguiente personal:

1. **Miembros:** Son profesionales en medicina laboral, fisioterapia, terapia ocupacional, psicología con especializaciones que les otorguen licencia en Seguridad y Salud en el trabajo, quienes emiten los correspondientes dictámenes. Los abogados son también miembros, y participará en el estudio de los casos de calificación del origen de la enfermedad, el accidente, la discapacidad severa o la muerte, con base en los criterios establecidos para definir la relación causal u ocasional con el trabajo. Su concepto será tenido en cuenta por el integrante ponente del caso.

2. **Trabajadores:** Los trabajadores de las Juntas se dividen en trabajadores dependientes e independientes, los dependientes se rigen por el código sustantivo de trabajo y los independientes con contrato de prestación de servicios conforme a las normas de derecho privado.

3. Administrativos: Son aquellas personas designadas para ejercer funciones administrativas, existiendo un único director o directora Administrativa y Financiera por cada Junta.

Parágrafo. Los miembros, trabajadores y administrativos de las Juntas Regional y Nacional son particulares que ejercen una función pública regulada por la Constitución, la ley y otras normas concordantes. Corresponde a la respectiva Junta, en calidad de empleador o contratante, el reconocimiento de salarios, prestaciones sociales, seguridad social y demás derechos consagrados en las normas laborales vigentes del personal con vinculación laboral, así como de los honorarios al personal con prestación de servicios.

Artículo 16. Personal administrativo. Las Juntas Regionales y la Nacional Interdisciplinaria de Calificación tendrán el siguiente personal administrativo:

1. Director Administrativo y Financiero, con experiencia profesional de cinco (5) años, en temas relacionados con funciones administrativas y financieras, será seleccionado por los miembros de cada Juntas, por mayoría calificada.

2. Contador público con vinculación laboral o por prestación de servicios, con experiencia profesional mínima de cuatro (4) años.

3. Personal de apoyo profesional, administrativo y asistencial según se requiera.

Parágrafo 1º. Las Juntas Regionales y Nacional de Calificación interdisciplinaria de calificación deberán contratar el revisor fiscal, el cual deberá ser elegido por los miembros de cada Junta, por mayoría simple.

Artículo 17. Costo. El dictamen de las Juntas de la Seguridad Social tendrá un costo de un (1) salario mínimo mensual legal vigente para el año de radicación de la solicitud de calificación.

Artículo 18. Distribución de recursos. El 60% del costo del dictamen se destinará para el pago de los honorarios de cada miembro; correspondiendo a cada miembro un 15%. El 40% restante se destinará para los gastos de administración de cada una de las Juntas Interdisciplinaria de Calificación.

Artículo 19. Gastos administrativos de la Junta. Son gastos administrativos de la Junta, aquellos que se efectúan para su adecuado funcionamiento, tales como salarios y prestaciones, honorarios, pago del IVA de los miembros, aportes a la seguridad social y parafiscal de sus trabajadores, defensa judicial, arriendos, servicios públicos, aseo y cafetería, adecuación del archivo, libros, fotocopias y papelería, sistemas de información y correspondencia, capacitación, transporte y viáticos para asistir a las capacitaciones, archivo, innovación tecnología, Gobierno de datos, investigación con destino a políticas públicas o asesoría al Gobierno nacional, entre otros.

La capacitación y actualización técnica y jurídica de los miembros, transporte y viáticos son para los

miembros principales de las Juntas de la Seguridad Social Nacional y Regionales, previa aprobación de la capacitación por parte de la Junta en pleno. En el caso de las Juntas con más de una sala, la aprobación para una capacitación le corresponderá a cada sala.

Artículo 20. Las Juntas Interdisciplinaria de Calificación serán adscritas al Ministerio del Trabajo y dado que dirimen controversias de todos los subsistemas de seguridad social, dependerán directamente del despacho del Ministro del Trabajo.

Dado que las Juntas Regionales y Nacional Interdisciplinaria de Calificación tienen acceso a información histórica sobre la morbilidad de sus usuarios y temas de discapacidad de la seguridad social integral, a partir del momento de expedición de la presente ley, un miembro de estas entidades tendrá un asiento permanente en el Consejo Nacional de Riesgo Laborales de que trata el Decreto Ley 1295 de 1994, el Decreto número 1834 de 1994 y la Ley 1562 de 2012. El miembro designado será elegido por votación de todos los miembros de las Juntas Regionales y Nacional interdisciplinaria de calificación. También tendrán asiento en el Consejo Nacional de Riesgo Laborales un representante de en las centrales obreras y un representante de los trabajadores enfermos.

Parágrafo 1º. El Consejo Nacional de Riesgos Laborales deberá realizar un informe anual de gestión de cada una de las Juntas Interdisciplinaria de Calificación, que arroje resultados de gestión y viabilidad financiera de estas entidades.

Parágrafo 2º. El Ministerio del Trabajo deberá, dentro de los primeros 15 días de cada año, rendir un informe a las Comisiones Séptimas Constitucionales del Congreso de la República donde detalle el número de Salas de Decisión creadas durante la última vigencia fiscal, el costo de las mismas, el volumen de trabajo de cada una y las estadísticas de calificación.

Artículo 21. Manejo de los excedentes.

A. Las Juntas Regionales y Nacional Interdisciplinarias de Calificación están obligadas a invertir al menos el 10% de sus propios excedentes producidos cada año en el ensanchamiento tecnológico de la entidad, al menos 5% de sus propios excedentes producidos cada año se destinarán para la implementación, mantenimiento y fortalecimiento de la operación virtual (audiencias de decisión, telemedicina, plenarias, trabajo en casa), al menos 10% de sus propios excedentes producidos cada año se destinarán para asegurar la interoperabilidad de la historia clínica y del expediente digital. Las operaciones virtuales y la interoperabilidad de la historia clínica y del expediente digital debe garantizar en todo momento las garantías de seguridad exigidas en cada caso.

B. Las Juntas Interdisciplinarias de Calificación deben propender por la eliminación del expediente físico y de la utilización de papel en general. Dentro del año siguiente a la expedición de la presente ley deben implementar, fortalecer y mantener con cargo

a sus propios recursos sistemas tecnológicos para el envío de los expedientes digitales, para la notificación de los dictámenes y para cualquiera otra actividad que implique la utilización de papel (respuesta a derechos de peticiones, respuesta a tutelas, respuesta a demandas, respuesta a requerimientos de las entidades de inspección, control y vigilancia, etc.) para lo cual podrá destinar un 10% de sus propios excedentes producidos en el ejercicio de cada año.

C. Las Juntas de Calificación Interdisciplinaria de Calificación deben impulsar y aplicar el trabajo en casa o teletrabajo tanto para sus trabajadores como para sus integrantes en la medida de lo posible.

D. Las Juntas Interdisciplinarias de Calificación deben privilegiar la valoración presencial por regla general. La valoración por medios tecnológicos será excepcional. Cada Junta determinará los casos en los cuales se puede asignar valoración por medios virtuales, previa autorización de la persona a calificar. En todo caso, la valoración física presencial se privilegia sobre la valoración virtual, para los casos que según criterio del médico ponente así lo amerite. Los pacientes serán citados oportunamente a la valoración, ya sea por medios audiovisuales o presencialmente según sea el caso y en caso de no comparecer por razones ajenas a su voluntad se citarán por segunda y última vez, en caso de no ser posible tal valoración por la razón que fuera, la Sala respectiva debe proferir el dictamen en la próxima audiencia de decisión.

E. Todos los pacientes afectados por el COVID-19 tendrán prelación sobre los demás para la calificación del origen, grado de discapacidad y fecha de estructuración.

Artículo 22. Bajo ninguna circunstancia, la ausencia por omisión del empleador en allegar los documentos que legalmente le corresponden, como el estudio de puesto de trabajo, o de la ARL, AFP o de Colpensiones en allegar las pruebas que les competan o en dejar de asumir el pago de las pruebas decretadas por las Juntas, pueden ser usadas en contra del paciente, debe acudir a las presunciones establecidas en la tabla de enfermedades profesionales, Decreto número 1477 de 2014 o el que lo modifique o remplace, u otras presunciones que no vayan en contra del calificado.

Artículo 23. Mejoramiento de los tiempos en el proceso de calificación de las Juntas. Con el objeto de impulsar la resolución de los casos en las Juntas Interdisciplinarias de Calificación e imprimir mayor celeridad al proceso de calificación se tomarán las siguientes medidas:

a) En contra del dictamen proferido por la Junta Regional interdisciplinaria de calificación procede únicamente el recurso de apelación dentro de los 10 días hábiles siguientes a su notificación.

b) El paciente se citará en forma oportuna a valoración interdisciplinaria, ya sea presencial o por medios audiovisuales, en caso de inasistencia del paciente por motivos ajenos a su voluntad, acreditados dentro de los 3 días hábiles siguientes

a la citación, se programará por segunda y última vez la valoración respectiva, en caso de no poder llevarse a cabo por motivos ajenos a las Juntas se procederá a resolver con las pruebas que existan en el expediente.

c) Cuando el caso sea suspendido por falta de alguno de los documentos mínimos necesarios para proferir el dictamen el empleador, la ARL, la AFP, Colpensiones o la entidad que le corresponda aportarlos, previo requerimiento de la Junta Regional o Nacional de Calificación, en el perentorio e improrrogable término de 15 días hábiles, después de este término el dictamen deberá proferirse sin dilación y en caso de que no se aporte la prueba en cuestión, dicha conducta se apreciará por el médico ponente como indicio grave en contra de la entidad, habilitándose la aplicación de las presunciones establecidas en la tabla de enfermedades laborales, las Guías de Atención Integral en Seguridad y Salud en el Trabajo (GATISO) y la historia clínica disponible, las directrices expedidas por la Junta Nacional según la interpretación más favorable al calificado para aplicar en estos casos. De ninguna forma podrá aducirse la falta de estos documentos para decidir en contra de la persona a calificar.

d) Cuando el caso sea suspendido por el decreto de pruebas por parte del médico ponente se observará en forma perentoria e improrrogable el término establecido por éste para la práctica de la misma, en caso de no aportarse o no asumirse el costo de las misma, se apreciará por parte del médico ponente como indicio grave en contra de la entidad, habilitándose la aplicación de las presunciones establecidas en la tabla de enfermedades profesionales, la interpretación más favorable o las directrices expedidas por la Junta Nacional Interdisciplinaria de Calificación de discapacidad para aplicar en estos casos. De ninguna forma podrá aducirse la falta de estas pruebas para decidir en contra de la persona a calificar.

e. En el caso de la Junta Nacional Interdisciplinaria de Calificación, por recibir expedientes de todo el país, para tales efectos se tendrá en cuenta el doble del término establecido para las Juntas Regionales.

Artículo 24. Peritajes en las demandas en contra de las Juntas Regionales o Nacional de Calificación. Ante una demanda ordinaria laboral en contra del dictamen proferido por la Junta Regional o Nacional Interdisciplinaria de Calificación, se deberán observar las siguientes disposiciones:

1. El perito deberá ostentar y acreditar al menos iguales calidades a las exigidas a los miembros de la Juntas Interdisciplinarias de Calificación Regionales o Nacional demandados.

2. En atención a la paridad técnica y científica que debe observarse en estos casos, el peritaje lo deberá rendir un grupo interdisciplinario de conformación similar a los establecidos por esta ley para las Juntas Regionales o Nacional.

3. En modo alguno podrá darse preponderancia a dictámenes rendidos por profesionales

unipersonales sobre los grupos interdisciplinarios establecidos por esta ley.

4. Cuando la demanda verse sobre el grado porcentual de la discapacidad el perito necesariamente deberá pronunciarse sobre la fecha de estructuración, sustentándola técnicamente.

5. Cuando la demanda verse sobre el origen de la patología o contingencia, el perito debe sustentar su decisión en el estudio de puesto de trabajo o la investigación del accidente de trabajo además de los elementos de prueba que tenga.

6. Los peritos en estos casos adquieren iguales deberes y obligaciones a los establecidos para los miembros de la Juntas Interdisciplinarias de Calificación Regionales o Nacional.

7. El valor de la pericia la asumirá quien la solicite.

Artículo 25. Calificación Integral. La calificación integral se entiende como la calificación del grado de discapacidad de las condiciones de salud de origen laboral y común. La calificación integral se realiza siempre que, sumando el porcentaje de pérdida de las condiciones de salud laboral y común, arroje como resultado que el grado de discapacidad es igual o superar al 50%. Esta calificación se realizará con el manual de calificación de la discapacidad vigente, y para tal fin, la calificación atenderá la sumatoria de las deficiencias, las limitaciones en actividades, las restricciones en participación laboral, participación ocupacional participación económica y edad del calificado, que establece dicho manual de calificación.

Cuando se evidencia o se sospeche que se trata una persona que materialmente pueda tener una discapacidad severa (mayor al 50% de discapacidad) por condiciones de salud de origen laboral y origen común, deberá realizarse la calificación integral desde la primera oportunidad por las entidades de seguridad social y las Juntas Interdisciplinarias de Calificación.

Artículo 26. Los miembros de las Salas de Decisión de las Juntas Regionales y Nacional al terminar su respectivo período, y no quedar seleccionados para períodos siguientes, podrán ejercer su actividad profesional de manera libre, sin embargo, se deberán declarar impedidos en su ejercicio profesional para conocer de casos en los que fungieron como miembros firmantes de un dictamen mientras ejercieron funciones como miembros de Junta.

Los actuales integrantes y miembros de las Juntas Regionales y Nacional de Calificación que se encuentran nombrados a la fecha de la expedición de esta ley, podrán concursar en igualdad de condiciones a los aspirantes nuevos para ser elegidos miembros de las Juntas Regionales o Nacional Interdisciplinaria de Calificación.

Parágrafo. Los miembros de la Junta Nacional y los de las Juntas Regionales tendrán como límite para participar en los concursos no haber estado

más de tres periodos consecutivos como miembros en las Juntas Regionales o la Junta Nacional Interdisciplinaria de Calificación.

Artículo 27. Para efectos de esta ley, las Entidades Prestadoras de Salud y Pagadoras de Beneficios de Discapacidad dentro del sistema de seguridad social integral son: las IPS, las empresas promotoras de salud o quien haga sus veces, las Administradoras de Riesgos Laborales, las aseguradoras de seguros previsionales de discapacidad y sobrevivencia del RAIS y Colpensiones, privilegiaran el enfoque de prevención de discapacidad para trabajar, basado en intervención en estadio temprano de las condiciones de salud, para propiciar el reintegro laboral, a través de equipos interdisciplinarios conformados por médicos ocupacionales, terapeutas ocupacionales, terapeutas físicos y psicólogos.

Estos equipos deberán valorar de manera integral las áreas ocupacionales y del desempeño en las personas, a través de capacidad funcional y funcionamiento definido en el perfil ocupacional y contrastar con demandas del puesto de trabajo habitual o alterno, mediante uso de instrumentos y técnicas de rehabilitación profesional que soporten el retorno al trabajo, con acompañamiento al binomio trabajador- empresa, como requisito previo e indispensable antes de acceder a la coberturas por discapacidad por parte del del sistema de seguridad social.

Previo a iniciar un proceso de reclamación de beneficios por discapacidad severa, o discapacidad permanente parcial leve o moderada, las entidades del sistema de seguridad social integral deberán realizar un perfil ocupacional de Funcionamiento acorde a la Clasificación Internacional de Funcionamiento y Discapacidad de la OMS y una Valoración y Análisis de las exigencias del Puesto de Trabajo.

Artículo 28. El término pensión de invalidez será denominado a partir de la expedición de la presente ley, como pensión por discapacidad, cuando se otorgue un porcentaje de discapacidad mayor o igual al 50%, se denominará discapacidad severa. La indemnización por incapacidad permanente parcial, se denomina indemnización por discapacidad permanente parcial, y es aquella equivalente al porcentaje de pérdida que va del 5% al 49.99%.

Artículo 29. Calificación del grado de discapacidad. La calificación en primera oportunidad del origen, pérdida de la capacidad laboral discapacidad y fecha de estructuración, es competencia de las Entidades Promotoras de Salud, Administradoras de Fondos de Pensiones, Colpensiones, las Administradoras de Riesgos Laborales y las Compañías de Seguros que asuman el riesgo de discapacidad severa y muerte a través del seguro previsional y será realizada con un grupo interdisciplinario y un procedimiento igual al de las Juntas Regionales Interdisciplinarias de Calificación, usando el Manual Único para la Calificación que otorgó el derecho, manual único para la calificación del grado de discapacidad, fecha de estructuración

y origen de las condiciones de salud en el sistema integral de seguridad social, los manuales usados para la calificación en los regímenes de excepción, las guías y protocolos que el Ministerio emite para tal efecto.

El grupo interdisciplinario deberá rendir un dictamen integral con origen, porcentaje de discapacidad y fecha de estructuración en un término no superior a treinta (30) días hábiles. Luego de culminado el proceso de rehabilitación cuando proceda, se concede un término de diez (10) días hábiles a los interesados para controvertir el dictamen, ejercer los derechos a la defensa, el acceso a la doble instancia y el derecho de contradicción del dictamen ante las Juntas Regionales y Nacional Interdisciplinaria de Calificación.

Las entidades mencionadas contarán con un término de 30 días hábiles para calificar origen de accidente y enfermedad, a partir de la fecha de radicación de la solicitud de calificación por cualquier interesado.

Artículo 30. Del Capítulo VIII de la Ley 2381 de 2024, sustitúyase la palabra “invalidéz” por “discapacidad severa”.

Artículo 31. Vigencia y derogatorias. La presente ley rige a partir de su publicación y deroga los artículos 5°, 6°, 7°, 8° y 9° del Decreto número 1352 de 2013, el parágrafo 2° del artículo 41 de la Ley 100 de 1993 y demás normas y disposiciones que le sean contrarias, en especial las contenidas en el título 5 del Decreto número 1072 de 2015.

Cordialmente,


HÉCTOR DAVID CHAPARRO
Representante a la Cámara
Partido Liberal


SONIA SHIRLEY BERNAL SÁNCHEZ
Senadora de la República
Coalición Pacto Histórico

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

i. ANTECEDENTES DE LA INICIATIVA

El pasado 4 de abril de 2024 fue radicado en la Secretaría General de la Cámara, el Proyecto de Ley 419 de 2024 Cámara. La iniciativa tuvo como autores a los honorables. Representantes Héctor David Chaparro Chaparro, honorable Representante Víctor Manuel Salcedo Guerrero, honorable Representante Hugo Alfonso Archila Suárez, honorable Representante Gerardo Yepes Caro, honorable Representante Betsy Judith Pérez Arango, honorable Representante María Eugenia Lopera Monsalve, honorable Representante Juan Camilo Londoño Barrera, honorable Representante Jorge Alexander Quevedo Herrera y honorable Representante Germán Rogelio Roza Anís.

Por designación de la Mesa Directiva de la Honorable Comisión Séptima Constitucional de la Cámara, mediante oficio CSCP 3.7-287-24 se designó como ponentes del proyecto al honorable Representante Héctor David Chaparro Chaparro, Hugo Archila y Leider Alexandra Vásquez Ochoa. En ese trámite se acumularon los Proyectos de

Ley número 354 de 2024 Cámara, por la cual se establece la conformación e integración de las Juntas Regionales y Nacional de la Calificación de Invalidéz y se dictan otras disposiciones, y 419 de 2024 Cámara, por medio del cual se reforma los mecanismos con los que se otorgan beneficios por discapacidad en el sistema de seguridad social y se dictan otras disposiciones.

Posteriormente, los autores del Proyecto de 354 de 2024 Cámara presentaron oficio de retiro de la iniciativa, por lo que entonces el único proyecto que quedó en trámite fue el número 419 de 2024 Cámara, el cual tuvo ponencia positiva para primer debate, pero que por tránsito de legislatura fue archivado.

ii. OBJETO DEL PROYECTO DE LEY

Establecer los criterios para el otorgamiento de la pensión por discapacidad severa e indemnización por discapacidad permanente parcial en el sistema general de riesgos laborales, así como fijar los parámetros en el manual único para la calificación del grado de discapacidad, fecha de estructuración y origen de las condiciones de salud en el sistema integral de seguridad social y establecer los criterios de conformación y administración de la Junta Nacional de Calificación en la Seguridad Social y las Juntas Regionales de Calificación en la Seguridad Social.

iii. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO DE LEY

Realizar una reforma al mecanismo con el que se otorgan beneficios por discapacidad (incapacidad permanente parcial y pensión de invalidéz) en el Sistema de Seguridad Social integral, privilegiando la prevención y manejo de la discapacidad para trabajar, entendida como la situación en la que se encuentra una persona cuando que no permanece o retorna al trabajo, posterior a una condición de salud (accidente o enfermedad), debido a factores físicos, administrativos, sociales o Culturales. Existiendo factores no solo a nivel individual, si no también externos que van desde el equipo de salud que brinda la atención al paciente, su familia y sitio de trabajo, hasta las reglas de aseguramiento, las políticas públicas de salud y los modelos económicos de cada país, que hacen que un trabajador no retorne a su trabajo o se mantenga fuera de este, causando consecuencias como pérdida de salud, pérdida de productividad, pérdidas económicas y mayor conflictividad en la relación trabajador- empresa.

Prevención y Manejo de Discapacidad para Trabajar: Son todas las políticas públicas y estrategias a nivel micro, meso y macro, que permiten gestionar, manejar y adelantarse a la ocurrencia de la discapacidad para trabajar, para lograr mayor calidad de vida de los trabajadores, empresas sostenibles y progreso.

Antecedentes

La Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, de la Organización de Estados Americanos OEA. Aprobada mediante la

Ley 762 del 31 de julio de 2002. Declarada exequible por la Corte Constitucional en la Sentencia C-401 de 2003. “La Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad”, de la Organización de las Naciones Unidas ONU, fue aprobada mediante la Ley 1346 de 2009, declarada exequible por la honorable Corte Constitucional, mediante la Sentencia C-293 del 22 de abril de 2010.

Esta convención tiene como objetivo promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales para todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente (Artículo 1). El artículo 93 de la Constitución Política de Colombia, establece que los tratados internacionales sobre derechos humanos prevalecen sobre el orden interno y las normas nacionales, incluyendo los preceptos Constitucionales, que deberán ser interpretadas a la luz de estos tratados, por ello la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas, es de vital importancia y aplicación, para evitar la discriminación por motivos de discapacidad, entendida esta, como cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Incluye todas las formas de discriminación, entre ellas, la denegación de ajustes razonables. Por “ajustes razonables” se entenderán las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales. Es así como esta ley, busca mejorar y promover la inclusión de las personas con discapacidad en la vida laboral.

Por su parte en nuestra Constitución Política encontramos el artículo 13, donde se establece: “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”. El artículo 47: “El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran”. En el artículo 54: “Es obligación del Estado y de los empleadores ofrecer formación y habilitación profesional y técnica a quienes lo requieran. El Estado debe propiciar la ubicación laboral de las personas en edad de trabajar y garantizar a los minusválidos el derecho a un trabajo acorde con sus condiciones de salud”.

En el artículo 68: “La erradicación del analfabetismo y la educación de personas con

limitaciones físicas o mentales, o con capacidades excepcionales, son obligaciones especiales del Estado”.

Todas estas normas, orientar el quehacer del estado frente a las personas que presenten una discapacidad que les impida el goce y disfrute de un ambiente laboral sano y acorde a sus condiciones físicas y mentales.

Por su parte, la Ley 361 de 1997, considerada la ley marco de discapacidad, por medio de la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación; Ley 1145 de 2007, organiza el Sistema Nacional de Discapacidad SND. Ley 1618 de 2013, ley estatutaria por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. En materia de salud, el artículo 66 de la Ley 1438 de 2011, que reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, estipula que las acciones de salud deben incluir la garantía a la salud de las personas con discapacidad, mediante una atención integral y una implementación de una política nacional de salud con un enfoque diferencial.

De igual manera, Colombia como miembro de la OCDE, debe garantizar que sus políticas de inclusión laboral contemplen a las personas con condiciones crónicas de salud.

Partiendo de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD) de 2006, soportado en que Colombia realizó la adopción en 2009 y la ratificó en 2011, donde adquirió la responsabilidad de establecer y hacer cumplir las políticas públicas que incluyan y sostengan de manera efectiva y eficaz a la población colombiana con discapacidad en la vida social y laboral, garantizando sus derechos.

Es así como propiciar la inclusión social, laboral y productiva de las personas con discapacidad debe continuar siendo una bandera de la política pública.

Para tal logro es necesario contar con el apoyo gubernamental, entidades no gubernamentales, empresa privada y Colombianos de buena fe para fortalecer los programas ya existentes y avanzar en este desafío que tiene el país, más cuando el mayor número de personas con discapacidad, su preparación académica se encuentra en un bajo nivel educativo sea este ninguna educación y/o nivel primaria primordialmente, lo que genera un gran barrera para ingresar o sostenerse en un mercado laboral per se competitivo, con el riesgo porcentualmente mayor de vivir en condiciones de pobreza.

Si bien el Gobierno nacional ha implementado legislación que favorece a este grupo poblacional, tales como: el Decreto 2011 de 2017 Ministerio de Trabajo, donde se establece un porcentaje de vinculación laboral de las personas con discapacidad en todas las entidades del sector público del orden nacional, departamental, distrital y municipal de las tres ramas del poder público, esta medida promueve la creación de trabajos formales para las personas con esta condición; sin embargo, su éxito dependerá

de la preparación de las oficinas de gestión humana y de los ajustes necesarios para que las personas con discapacidad puedan desarrollar satisfactoriamente sus deberes.

La Ley 1429 de 2010-Ley del Primer Empleo- se establece un descuento en el impuesto sobre la renta y complementarios de los aportes parafiscales y otras contribuciones de nómina para las empresas que contraten personas en situación de desplazamiento, en proceso de reintegración o con discapacidad.

Ley 361 de 1997, por la cual se establecen mecanismos de inclusión laboral del colectivo.

En tal sentido como vemos la legislación actual vigente está encaminada en fortalecer la inclusión de personas con discapacidad en un primer empleo, pero no se evidencia legislación que favorezca a la pequeña, mediana y gran empresa para que mantenga en la empresa a una persona con discapacidad, especialmente aquellas personas a las cuales se les ha realizado calificación de pérdida de capacidad laboral y esta supera el 40% pero se encuentra por debajo del 50%, es decir, presenta discapacidad mas no una invalidez. Por tal puntaje se convierte generalmente en una “carga” para la empresa, con una alta improductividad y situación de descontento en ambas direcciones, porque en gran parte de las situaciones las empresas no tienen donde reubicar o asignarle otras funciones en las que se pueda desempeñar, generando descontento en las partes, debido al poco desarrollo académico que ha tenido ese individuo.

Ahora bien, esto no solo debe ser visto como un objetivo de política pública, también como crecimiento y desarrollo sostenible de y para un grupo poblacional que brindó sus servicios productivos al crecimiento del país y que por las diversas situaciones de la vida se encuentra en la actualidad en una situación complicada de desventaja desde lo productivo hasta lo social.

De ahí que se debe potencializar las capacidades y habilidades residuales que tienen estas personas y desarrollar las que aún están por revelar y que podrían traducirse en aumento de niveles de productividad, inclusión, aceptación laboral- social y mayor ingreso para estas personas, previa adaptación y capacitación para lograr mencionados resultados.

Es por eso que los grupos de interés: Gobierno, entidades no gubernamentales, empresa privada las entidades públicas de orden departamento y nacional, debe apropiarse una cultura de prevención y manejo de discapacidad para trabajar. Pero también debe ir articulado con incentivos para la inversión, fortalecimientos de los programas y bien se podría traducir en alivios tributarios determinados por el Gobierno para aquellos grupos que tengan desarrolladas estas políticas de reintegro laboral productivo de las personas con puntajes de pérdidas de capacidad laboral elevados que no alcanzan la invalidez, sea estos desempeños en la misma empresa o en otras que tengan las vacantes apropiadas a sus habilidades residuales y/o adquiridas de nuevo,

generando una serie de bondades desde el punto de vista tributario para los que desean invertir en el capital más grande del mundo: la persona.

Es por ello, que Colombia debe ir del a mano de los OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE para el 2030 planteados por la ONU, donde se busca lograr trabajo decente y crecimiento económico, con reducción de las desigualdades. Colombia debe lograr la incorporación de los colombianos y colombianas con discapacidad a la fuerza laboral.

Este tipo de iniciativas en el mundo han demostrado que generar y dar empleo a personas con discapacidad es rentable desde lo económico hasta lo social, pero para tal hay que involucrar como ya se informó a todos los agentes decisivos tanto en política pública, economía y grupos sociales particulares. Es increíble que en pleno Siglo XXI la inclusión y sostenibilidad en el mercado laboral de las personas con discapacidad siga siendo un problema, por lo que tenemos la responsabilidad de actuar de manera rápida y contundente ante esta inaceptable situación.

Para la capacitación de estas personas y tener promoción profesional, Colombia cuenta con el Servicio Nacional de Aprendizaje, el cual tiene múltiples programas de formación técnica que ayudaría a fortalecer y desarrollar esas habilidades que tiene el individuo con discapacidad, si bien el acceso a esta educación es libre, es necesario establecer cupos destinados a este grupo poblacional con discapacidad para favorecer aún más su inclusión y lograr esos objetivos.

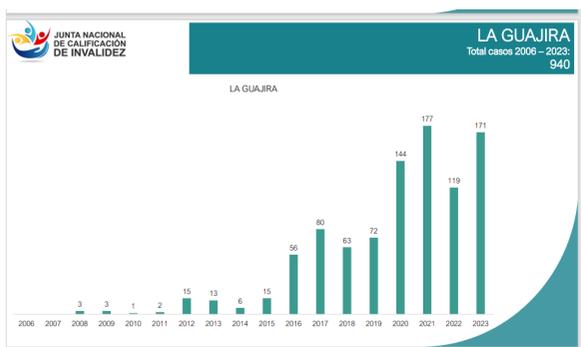
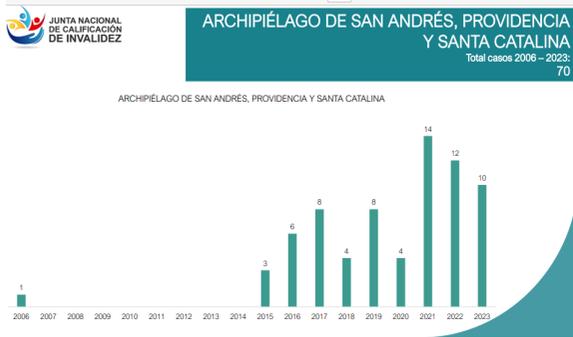
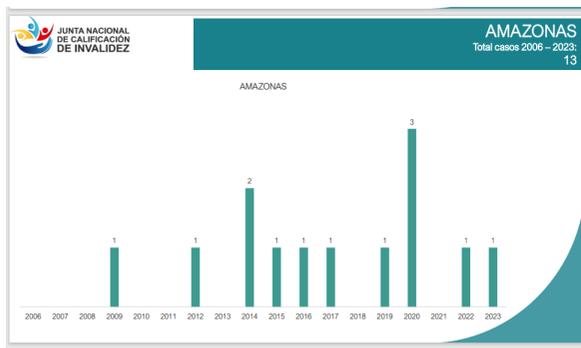
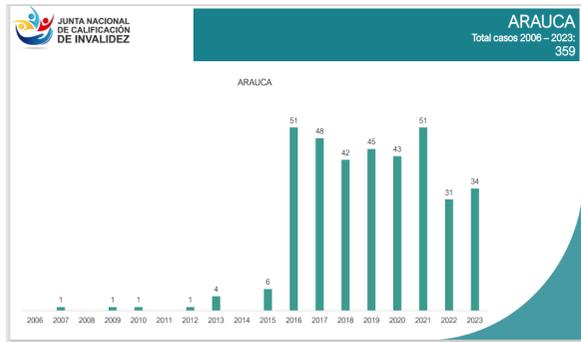
Si bien en las discapacidades derivadas de la actividad laboral, las prestaciones asistenciales y económicas corren por cuenta de la Administradora de Riesgo Laboral de Filiación, históricamente se ha evidenciado que el proceso de rehabilitación y por consiguiente el de inclusión, en gran porcentaje no se hace de manera efectiva y eficaz, en razón a la limitación desde lo académico del individuo y disponibilidad de cargos a desarrollar dispuestos por la empresa, tal vez, por la reticencia que se tiene ante estas situaciones, aun cuando la ley dispone que se debe realizar una absoluta incorporación en términos de productividad y satisfacción tanto de la empresa como de la persona.

Lo anterior, menos se logra en patologías cuyo origen es común, es decir, enfermedad general, o accidente común, donde la responsabilidad recae en las Entidades prestadoras de salud (EPS) y Administradores de Fondos de Pensiones (AFP y Colpensiones), por regla general no se involucran con la empresa en ese tipo de actividad, generando conflictos empresa-trabajador y total insatisfacción.

Esto lo que demuestra que estos tres entes deben ser incluidos de manera contundente en mencionado proceso para lograr una inclusión efectiva, satisfactoria y en términos de productividad laboral y social.

Frente a la distribución de las Juntas Regionales por departamento es importante tener en cuenta la

estadística de casos que llegan a la Junta Nacional de las diferentes zonas del país, encontrando el siguiente comportamiento de radicación de casos entre los años 2006 y 2023, es decir el movimiento de casos en los últimos 17 años. Por ello la jurisdicción de los departamentos del parágrafo 1° de la presente ley estará a cargo de la Junta de Bogotá y Cundinamarca.



Capacitación al Personal Médico en Temas de Discapacidad y la Importancia de la Inclusión Laboral de estas Personas.

Desafortunadamente el modelo médico de capacitación de las Universidades de Medicina de Colombia, no está enfocado en el modelo de integralidad, hay una precariedad en los temas relevantes de salud pública, en general se suma a esto que el modelo de educación no está orientado

a las decisiones que se deben ejecutar en el modelo de atención en salud, el modelo de atención no está centrado en el paciente ni en la atención primaria biopsicosocial, está basado en un modelo netamente hospitalario. (Ver informe de la Comisión de Salud - Misión de sabios en el marco de Ministerio de Ciencia y tecnología).

Este modelo, lo que ha generado es una atención precaria, poco involucramiento de construcción con el paciente y, por ende, deja por fuera la esfera personal, no hay integralidad. Valga resaltar que esta falta de integralidad no solo es en el medico general, también aplica para el médico especialista, el cual tiene un papel preponderante en todo el proceso de rehabilitación del paciente y lograr una inclusión tanto social como laboral en términos de satisfacción derivados de ese adecuado proceso de rehabilitación en todas las esferas.

De ahí la necesidad de que las facultades de medicina del país realicen ajustes curriculares en los programas de pre-gradados y pos-gradados incluyendo asignaturas que permitan una integración de la salud pública con lo socio humanístico y el sistema de salud, buscando un nuevo concepto del proceso salud-enfermedad es decir biopsicosocial.

Es por ello que realizar una reforma al mecanismo con el que se otorgan beneficios por discapacidad, ya sea, por incapacidad permanente parcial o invalidez en el Sistema de Seguridad Social integral, debe privilegiar la prevención y manejo de la discapacidad para trabajar, entendida la DISCAPACIDAD PARA TRABAJAR, como la situación que presenta una persona que no permanece o retorna al trabajo, posterior a un condición de salud (accidente o enfermedad), debido a factores físicos, administrativos sociales, culturales. Existiendo factores no solo a nivel individual, si no también externos que van desde el equipo de salud que brinda la atención al paciente, su familia y sitio de trabajo, hasta las reglas de aseguramiento, las políticas públicas de salud y los modelos económicos de cada país, que hacen que un trabajador no retorno a su trabajo o se mantenga fuera de este, causando consecuencias como pérdida de salud, pérdida de productividad, pérdidas económicas y mayor conflictividad en la relación trabajador- empresa.

Colombia debe propender por la PREVENCIÓN Y MANEJO DE DISCAPACIDAD PARA TRABAJAR, entendida como todas las políticas públicas y estrategias a nivel micro meso y macro, que permiten gestionar, manejar y adelantarse a la ocurrencia de la discapacidad para trabajar, para lograr mayor calidad de vida de los trabajadores, empresas sostenibles y el progreso.

iv. POSIBLES CONFLICTOS DE INTERÉS

Con base en el artículo 3° de la Ley 2003 de 2019, según el cual “El autor del proyecto y el ponente presentarán en el cuerpo de la exposición de motivos un acápite que describa las circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto, de acuerdo al

artículo 286. Estos serán criterios guías para que los otros Congresistas tomen una decisión en torno a si se encuentran en una causal de impedimento, no obstante, otras causales que el Congresista pueda encontrar”.

A continuación, se pondrán de presente los criterios que la Ley 2003 de 2019 contempla para hacer el análisis frente a los posibles impedimentos que se puedan presentar en razón a un conflicto de interés en el ejercicio de la función Congresional, entre ellas la legislativa.

“Artículo 1º. El artículo 286 de la Ley 5ª de 1992 quedará así:

(...)

a) *Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del Congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado.*

b) *Beneficio actual: aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el Congresista participa de la decisión.*

c) *Beneficio directo: aquel que se produzca de forma específica respecto del Congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.*

Para todos los efectos se entiende que no hay conflicto de interés en las siguientes circunstancias:

a) Cuando el Congresista participe, discuta, vote un proyecto de ley o de acto legislativo que otorgue beneficios o cargos de carácter general, es decir cuando el interés del Congresista coincide o se fusione con los intereses de los electores.

b) Cuando el beneficio podría o no configurarse para el Congresista en el futuro.

c) Cuando el Congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que establezcan sanciones o disminuyan beneficios, en el cual, el Congresista tiene un interés particular, actual y directo. El voto negativo no constituirá conflicto de interés cuando mantiene la normatividad vigente.

d) Cuando el Congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que regula un sector económico en el cual el Congresista tiene un interés particular, actual y directo, siempre y cuando no genere beneficio particular, directo y actual.

e) Cuando el Congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo que tratan sobre los sectores económicos de quienes fueron financiadores de su campaña siempre y cuando no genere beneficio particular, directo y

actual para el Congresista. El Congresista deberá hacer saber por escrito que el artículo o proyecto beneficia a financiadores de su campaña. Dicha manifestación no requerirá discusión ni votación.

f) Cuando el Congresista participa en la elección de otros servidores públicos mediante el voto secreto. Se exceptúan los casos en que se presenten inhabilidades referidas al parentesco con los candidatos (...). (Subrayado y negrilla fuera de texto).

De lo anterior, y de manera meramente orientativa, se considera que para la discusión y aprobación de este proyecto de ley no existen circunstancias que pudieran dar lugar a un eventual conflicto de interés por parte de los honorables Congresistas, pues es una iniciativa de carácter general, impersonal y abstracta, con lo cual no se materializa una situación concreta que permita enmarcar un beneficio particular, directo ni actual. Salvo la hipótesis mencionada, se considera que este proyecto se enmarca en lo dispuesto por el literal a del artículo 1º de la Ley 2003 de 2019 sobre las hipótesis de cuando se entiende que no hay conflicto de interés. En todo caso, es pertinente aclarar que los conflictos de interés son personales y corresponde a cada Congresista evaluarlos.

Por las razones planteadas, pongo a consideración este proyecto de ley.

Atentamente,



HÉCTOR DAVID CHAPARRO
Representante a la Cámara
Partido Liberal



SONIA SHIRLEY BERNAL SÁNCHEZ
Senadora de la República
Coalición Pacto Histórico

C. R. C. CAMARA DE REPRESENTANTES SECRETARÍA GENERAL	
El día 21 de agosto del año 2024	
Ha sido presentado en este despacho el	
Proyecto de Ley <input checked="" type="checkbox"/> Acto Legislativo	
No. 236	Con su correspondiente
Exposición de Motivos, suscrito Por: H. Héctor Chaparro	
SECRETARÍA GENERAL	

PROYECTO DE LEY NÚMERO 265 DE 2024 CÁMARA

por medio del cual se establecen las principales líneas de gestión para el abordaje intersectorial de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), el VIH/sida, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C en el territorio nacional y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C., 21 de agosto de 2024.

Doctor

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA
 Secretario General Cámara de Representantes.

Referencia. Radicación Proyecto de Ley.

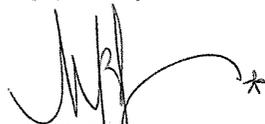
Respetado Secretario,

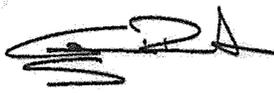
En nuestra condición de Congresistas, radicamos ante la honorable Secretaría General de la Cámara de Representantes el proyecto de ley, *por medio del cual se establecen las principales líneas de gestión para el abordaje intersectorial de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), el VIH/sida, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C en el territorio nacional y se dictan otras disposiciones.*

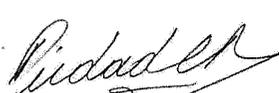
Cumpliendo con el pleno de los requisitos contenidos en la Ley 5ª de 1992, y con la finalidad de iniciar el trámite legislativo de esta iniciativa adjunto a esta comunicación encontrará el texto original del proyecto de ley.

Cordialmente,

Cordialmente,


 NADYA BLEL SCAFF
 Senadora de la República
 AUTOR


 GERMÁN ROGELIO ROZO ANÍS
 Representante a la Cámara
 Departamento de Arauca
 COAUTOR


 PIEDAD CORREAL RUBINAO
 Representante a la Cámara
 Departamento del Quindío
 COAUTORA

Nadya Blel Scaff
 SENADORA DE LA REPÚBLICA
 PARTIDO CONSERVADOR COLOMBIANO


 JULIANA ARAY FRANCO
 Representante a la Cámara
 Departamento de Bolívar
 COAUTORA


 SOLEDAD TAMAYO TAMAYO
 Senadora de la República
 Partido Conservador Colombiano
 COAUTORA

PROYECTO DE LEY NÚMERO 265 DE 2024
 CÁMARA

por medio del cual se establecen las principales líneas de gestión para el abordaje intersectorial de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), el VIH/sida, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C en el territorio nacional y se dictan otras disposiciones.

INTRODUCCIÓN

La exposición de motivos que fundamenta la presente iniciativa estará estructurada de la siguiente manera:

1. Fundamento Constitucional y Antecedente legal.
2. Antecedentes y trámites legislativos.
3. Objeto y Justificación.
4. Contenido de la iniciativa.
5. Conflicto de Interés.

6. Proposición.
7. Articulado.

1. Fundamento Constitucional y Antecedente Legal.

• **Constitución Política de Colombia.**

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

Artículo 93. Los tratados y convenios internacionales ratificados por el Congreso, que reconocen los derechos humanos y que prohíben su limitación en los Estados de excepción, prevalecen en el orden interno. Los derechos y deberes consagrados en esta Carta se interpretarán de conformidad con los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia.

La jurisprudencia de la Corte Constitucional ha hecho énfasis en que, *“dada la gravedad de la enfermedad, sus altos costos y las consecuencias negativas que genera sobre la salud de las personas se hace necesario que el Estado brinde una protección especial a ese grupo poblacional y que la atención en salud que se les ofrezca sea integral, es decir, que no se limite tan solo a cubrir lo correspondiente a una etapa del tratamiento requerido, esto es, un medicamento o a una terapia específica, sino que el cubrimiento sea total, de forma que no se generen tratos discriminatorios ni se limite o desconozca su dignidad humana”.* (subrayado fuera del texto) **Sentencia T-190/07. MP.** Doctor Álvaro Tafur Galvis.

Esta Corporación se pronunció recientemente sobre la discriminación que todavía sufren quienes padecen esta enfermedad (...). *Sin perjuicio de que un alto porcentaje de las Sentencias que la Corte ha proferido sobre la discriminación que se ejerce sobre la población que padece del VIH refiera a casos en donde la segregación correspondiente se verifique en escenarios en donde se vulneran los derechos al trabajo, la salud, la educación y/o a la seguridad social, lo cierto es que tales manifestaciones de discriminación no abarcan el universo de discriminaciones que reprocha la jurisprudencia. (...). Por ello, al margen de que la Corte se haya referido a casos concretos en donde las personas que sufren de VIH se hayan visto sometidas a un tratamiento oprobioso en desarrollo de sus relaciones laborales o en relación con sus derechos a la educación, salud y/o la seguridad social, el criterio central en que se apoya tal jurisprudencia es general y se encuentra dirigido a erradicar cualquier tipo de segregación de dicha población por razón de su condición patológica; todo ello con arreglo a lo previsto en los distintos instrumentos de derecho internacional suscritos por Colombia y que son vinculantes con arreglo a lo previsto por el artículo 93 superior.* (subrayado fuera del texto) **C-248 de 2019.** MP Cristina Pardo Schlesinger.

• Antecedentes Legales

Ley 972 de 2005. Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida. Declara al VIH/Sida como una enfermedad catastrófica de prioridad nacional y obliga al sistema de salud a garantizar el suministro de los medicamentos y demás insumos necesarios para su diagnóstico y tratamiento.

Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Establece el marco de principios y garantías para la prestación efectiva del derecho fundamental a la Salud y los mecanismos de protección en caso de vulneración.

2. Antecedentes y Trámite Legislativo.

• **Proyecto de Ley 163 DE 2023 Cámara, 255 DE 2022 SENADO.** “Por medio de la cual se establece la política pública de prevención, diagnóstico oportuno y atención integral del VIH, hepatitis B Y C, ITS y coinfección por TB/VIH en el territorio nacional”.

La iniciativa de referencia cursó trámite legislativo en las legislaturas 2022-2023 y 2023-2024, llegando a la instancia de radicación ponencia y agendamiento del cuarto debate ante la Cámara de Representantes, sin lugar a su discusión por vencimiento de términos con ocasión al tránsito de legislatura.

A. Mesas Técnicas y Espacios de Participación Ciudadana.

El pliego de modificaciones sustentado en la ponencia de la referencia, responde a las observaciones, proposiciones y conceptos recibidos en las Mesas Técnicas adelantadas por las Unidades de Trabajo Legislativo de la autora y el ponente y el Equipo técnico del Ministerio de Salud y Protección Social, en los siguientes encuentros:

- lunes 4 de diciembre de 2023.
- martes 11 de diciembre de 2023.
- martes 23 de enero de 2024.
- martes 6 de febrero de 2024.
- lunes 19 de febrero de 2024.

B. Espacios de Participación Ciudadana.

De igual forma, se desarrollaron espacios de participación ciudadana con el apoyo de organizaciones sociales, celebradas en las siguientes fechas:

- **9 de junio de 2023:** Foro de participación ciudadana virtual promovido por la autora de la iniciativa con el apoyo de ENTERRITORIO.
- **3 de febrero de 2024:** Foro de socialización iniciativa con actores de la sociedad civil promovido por ONUSIDA con la participación de las Unidades de trabajo legislativo y técnicos del Ministerio de Salud y Protección Social.

3. Objeto y Justificación de la Iniciativa.

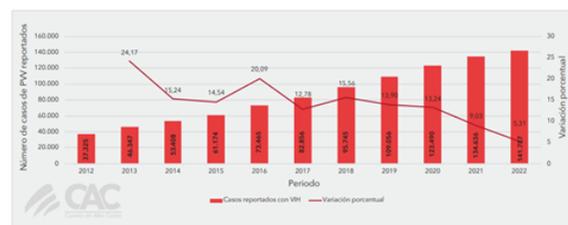
La presente iniciativa tiene por objeto establecer las principales líneas de gestión para el abordaje intersectorial de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), el VIH/sida, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, de forma que se garantice el acceso a la promoción, prevención, diagnóstico, atención, tratamiento, rehabilitación y paliación para las personas que viven con dichas infecciones o en riesgo de adquirirlas, con especial énfasis en aquellas que se encuentran en contextos de vulnerabilidad.

3.1 Justificación.

De acuerdo con la información de la Cuenta de Alto Costo, durante el periodo 2011-2021 (con corte al 31 de enero de 2022), los casos de VIH en Colombia se han cuadruplicado, pasando de 37.325 a 141.787, lo cual evidencia un aumento de los esfuerzos de búsqueda activa de casos y diagnósticos así como un posible incremento en la transmisión de la infección, pero también revela el impacto de la terapia antirretroviral en la disminución de la mortalidad y un aumento en la esperanza de vida, lo cual contribuye a que el número de personas viviendo con VIH se incremente.

Tabla 1

Figura 9. Tendencia del número de personas prevalentes viviendo con el VIH, Colombia 2012 - 2022

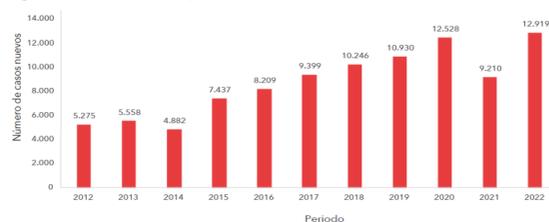


Fuente: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Informe Situación del VIH en Colombia 2022.

En términos de incidencia, se ha observado un incremento sostenido en la tendencia, con excepción del año 2020 (2021 en la gráfica dado que el corte de la información va del 1 de febrero de 2020 a 31 de enero de 2021)¹, que tuvo una disminución probablemente asociada a la pandemia por COVID-19.

Tabla 2

Figura 4. Tendencia del número de personas incidentes que viven con el VIH, Colombia 2012 - 2022



Fuente: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Informe Situación del VIH en Colombia 2022.

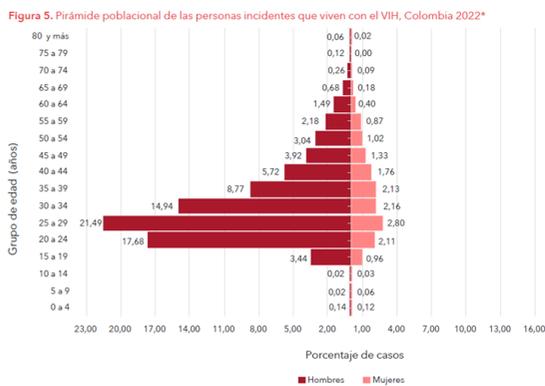
¹ Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Informe Situación del VIH en Colombia 2022. Bogotá, D. C., 2023. Disponible en www.cuentadealtocosto.org.

De acuerdo con el informe “Situación del VIH en Colombia 2022”, el mayor número de casos se da en hombres de 25 a 29 años con un 21,49% de los casos, seguido del grupo de 20 a 24 años con un 17,68% de los casos (Ver pirámide poblacional de las personas incidentes que viven con VIH).

Por pertenencia étnica, de los nuevos casos reportados a la Cuenta de Alto Costo (12.919) para el período 1 de febrero de 2021 a 31 de enero 2022, se identificaron como pertenecientes a comunidades negras el 3,82% (494), como indígenas el 1,25% (162), palenqueros el 0,12% (16), raizales el 0,15% (20) y ROM gitano el 0,03% (4). El 94,61% (12.223) refirió no pertenecer a ningún grupo.¹

De los 12.919 casos reportados, el 34,79% fueron diagnosticados en fase sida (CD4 menor de 200 células/mm3 o presentando clínicamente infecciones oportunistas), lo que demuestra la necesidad de fortalecer las acciones de diagnóstico temprano en la población¹.

Tabla 3



Fuente: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Informe Situación del VIH en Colombia 2022

Al analizar los casos reportados en el SIVIGILA² Según el Instituto Nacional de Salud, en Colombia, hasta el período epidemiológico XIII de 2023, se notificaron 20.540 casos nuevos confirmados por laboratorio de personas que viven con VIH (PVV). La tasa de notificación fue mayor que la tasa nacional (39.34 casos por 100.000 habitantes) en Antioquia, San Andrés y Providencia, Barranquilla, Bogotá, Buenaventura, Cali, Cartagena, Guaviare, Quindío, Risaralda y Santa Marta.

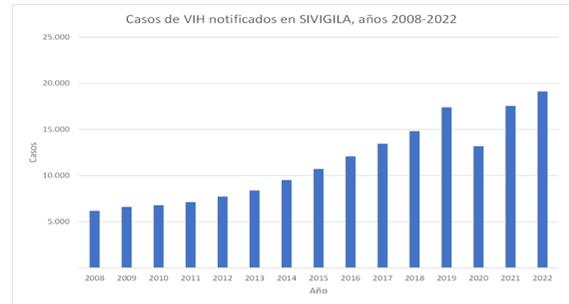
En cuanto a las variables de interés, el 89.3% de los casos se dio en hombres, 19.8% en mujeres, 1.5% en gestantes, 3.9% provienen del exterior, 0.35% se dan en personas que se inyectan drogas. El 98.69% de los casos tiene como mecanismo probable de transmisión la vía sexual y un 0.49% es por transmisión materno infantil.

Adicionalmente, es importante destacar que las edades con mayor número de casos notificados al SIVIGILA para el año 2023, corresponde a las que

² Instituto Nacional de Salud. Comportamiento del evento en VIH en Colombia 2018-2023. Disponible en www.ins.gov.co/buscadoreventos/Informesdeevento/VIH%20PE%20XIII%202023.pdf

van de los 20 a los 49 años, con mayor importancia en los quinquenios de hombres de los 25 a 29, 20 a 24 y 30 a 34 en orden descendente, lo que deja entrever una importante afectación de la población laboralmente activa.

Tabla 4



Fuente: Gráfica construida a partir de la consulta de casos notificados para el evento 850 utilizando el recuento de casos confirmados en Colombia para los años 2008-2022. Bodega de Datos de SISPRO, cubo SIVIGILA, consultado el 21 de febrero de 2024.

Si bien, Colombia se ha comprometido con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y en especial, con el logro de las metas 95-95-95³, ONUSIDA estimó que en 2021 solo el 77% de las personas que vivían con VIH conocían su diagnóstico⁴, el 88% de quienes conocían su diagnóstico recibían tratamiento antirretroviral y el 90% de quienes estaban en tratamiento antirretroviral alcanzaban carga viral suprimida. Lo que demuestra que, la mayor brecha, se encuentra en el diagnóstico de las personas que viven con VIH, siendo esta la principal barrera para alcanzar las metas globales.

La epidemia por VIH en el país se encuentra concentrada en poblaciones clave. Es decir, aunque la prevalencia de VIH en la población general de 15-49 años se estima aún por debajo del 1% (0.5%), en poblaciones específicas como la de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), mujeres transgénero (MT) y personas que se inyectan drogas (PID), las prevalencias se encuentran por encima del 5% e incluso alcanzan proporciones cercanas al 25%, como lo indican los estudios que ha desarrollado en la última década el Gobierno nacional con recursos del Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. De hecho, a partir de la información de los estudios existentes, entre los años 2016 y 2019⁵, la prevalencia de VIH en HSH aumentó significativamente en

³ Corresponden al enfoque de acción acelerada que busca poner fin a la epidemia de VIH en 2030. Esto implica que el 95% de las personas que viven con VIH conocen su diagnóstico, de estas el 95% acceden a tratamiento antirretroviral, y de estas el 95% alcanza la supresión vírica, deteniendo la progresión de la infección y su transmisión.

⁴ ONUSIDA, AIDS. Disponible en <https://aidsinfo.unaids.org/>

⁵ ENTerritorio – CES. Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en tres ciudades de Colombia: Bogotá, Medellín y Santiago de Cali. Bogotá. 2019.

Bogotá y Cali, y una situación similar se observó en las mujeres transgénero.⁶

Por otra parte, se precisa mencionar la situación de VIH en la población migrante venezolana. En la Encuesta Bioconductual sobre el VIH, sífilis y estado de salud de refugiados y emigrantes residentes en Colombia, más conocida como Bienvenir⁷, se encuestaron más de 6 mil personas nacionales y procedentes de Venezuela, encontrando una prevalencia del 0.9% de VIH. De estas, el 47,9% habían sido diagnosticadas previamente, pero solo el 38,0% estaba recibiendo tratamiento antirretroviral y un 35,2% tenía carga viral suprimida. Como variables asociadas a la infección por VIH se encontraron: pertenecer a una población clave, situaciones de explotación sexual, el antecedente de diagnóstico de una infección de transmisión sexual (ITS) y contar con una pareja viviendo con VIH.

Frente a las hepatitis B y C:

En cuanto a las hepatitis B y C, estos eventos representan un importante problema de salud pública a escala mundial, debido a la alta probabilidad de cronificación de estas infecciones, la cual depende, en el caso de la hepatitis B, de la edad en la que se adquiere la infección (a menor edad al momento de la infección, mayor probabilidad de cronificación).

En la Región de las Américas, según los datos más recientes, cada año hay 10.000 nuevas infecciones por el virus de la hepatitis B, y 23 000 muertes. Solo en 18% de las personas con hepatitis B la infección llega a diagnosticarse y de ellas, apenas 3% reciben tratamiento.

La situación epidemiológica nacional muestra, por su parte, un aumento significativo en el número de casos notificados pasando de 936 en el 2007 a 2.594 en el 2022 para hepatitis B; y de 185 en el 2011 a 1.073 en el año 2022 para hepatitis C. Sin embargo, se requiere un fortalecimiento aún mayor en el tamizaje y detección de casos teniendo en cuenta que, en el año 2022 se estimaba una prevalencia de hepatitis B de 0,6% a nivel nacional con un total aproximado de 308.000 casos⁸; y una prevalencia de 0,6% para hepatitis C, con un estimado de 320.000 personas a nivel nacional viviendo con esta infección⁹.

⁶ ENTerritorio – CES. Vulnerabilidad al VIH y prevalencia de VIH en mujeres transgénero en tres ciudades de Colombia: Bogotá, Medellín y Santiago de Cali. Bogotá. 2019.

⁷ Wirtz, A. L., Guillén, J. R., Stevenson, M., Ortiz, J., Talero, M. Á. B., Page, K. R., ... & Spiegel, P. B. (2023). HIV infection and engagement in the care continuum among migrants and refugees from Venezuela in Colombia: a cross-sectional, biobehavioural survey. *The Lancet HIV*.

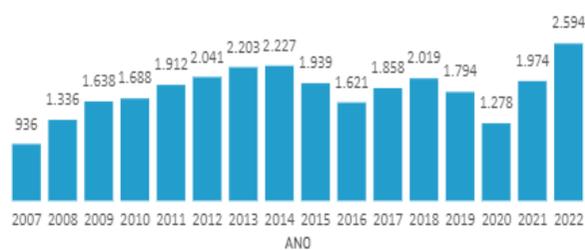
⁸ The Polaris Observatory Collaborators. Global prevalence, cascade of care, and prophylaxis coverage of hepatitis B in 2022: a modelling study. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2023. Published Online July 27, 2023. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(23\)00197-8](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(23)00197-8)

⁹ The Polaris Observatory Collaborators. Global change in hepatitis C virus prevalence and cascade of

El comportamiento demográfico indica que el 54,5% de los casos se registraron en hombres, 17,8% en gestantes y 0,6% en personas procedentes del exterior (9). El grupo etario con la mayor proporción de casos es de 25 a 34 años (31,7% de casos de hepatitis B y 30,5% de los casos de hepatitis C.¹⁰ El mecanismo más probable de transmisión es la vía sexual con un 72,1% de los casos, seguido de la parenteral/ percutánea con 11,8% de los casos.

Es de resaltar que un importante número de las personas diagnosticadas y tratadas por hepatitis B y C, tienen coinfección con VIH, siendo el contacto sexual la vía más común de transmisión entre ellos¹¹.

Tabla 5



Fuente. Sivigila -Número de casos de hepatitis B notificados al Sivigila 2007-2022

Tabla 6

Casos reportados de hepatitis C en SIVIGILA 2011-2022

Año	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Número de casos	185	196	155	237	220	292	571	886	870	666	897	1.073

Fuente: SIVIGILA. Informes de evento 2011-2022

La Organización Mundial de la Salud ha venido planteando acciones que se requiere sean tomadas en cuentas con el fin de reducir la incidencia de infecciones crónicas por virus de la hepatitis a 2030, y reducir la mortalidad anual a causa de las hepatitis crónicas. Es menester acercar la atención a las comunidades y propender por un tratamiento integral en la prestación de los servicios desde la atención primaria.

Con relación a la transmisión de otras ITS se destaca la sífilis congénita, la cual ha aumentado de 1,5 por 1000 nacidos vivos (incluidos mortinatos) en 2018 a 2.3 por 1000 nacidos vivos (incluidos mortinatos) en 2023 (dato preliminar)¹², lo que

care between 2015 and 2020: a modelling study. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2022. Published Online February 15, 2022.

[https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(21\)00472-6](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(21)00472-6)

¹⁰ https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Hepatitis%20BCD.pdf

¹¹ Cuenta de Alto Costo. Informe Situación de la hepatitis C en Colombia 2022. Disponible en www.cuentadeltocosto.org

¹² Instituto Nacional de Salud. Informe de evento Sífilis Congénita a período epidemiológico XIII de 2023. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-even->

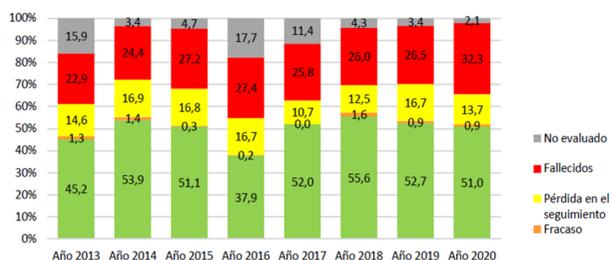
evidencia que los esfuerzos en materia de salud pública y atención integral han sido insuficientes para avanzar hacia la meta de 0,5 casos por 1000 nacidos vivos (incluidos mortinatos) al 2030.

De igual manera, en el ya mencionado estudio Bienvenir⁷, la prevalencia de sífilis en población migrante fue del 5%, teniendo unos porcentajes mayores en mujeres embarazadas con un 9,2%, hombres que tienen sexo con hombres 18,2%, uso de sexo transaccional 10,2%, población clave 15,2%, y uso de drogas inyectables 9,1%.

Frente a la coinfección TB/VIH, se observa un aumento en la mortalidad pasando de 22,9% en 2013 a 32,3% en el año 2020, siendo Antioquia, Valle del Cauca y Bogotá D.C. las entidades territoriales con el mayor número de casos de coinfección en el país.¹³.

Tabla 7

Base de datos nominal de cierre casos de tuberculosis año 2013 al 2020



Fuente: MSPS, PNPCT, informes consolidados 2013 al 2017

3.2 Repercusiones en la Salud Individual y Poblacional – VIH

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), afecta negativamente aspectos biológicos, psicológicos, sociales y económicos de quien la padece, de la familia y de la sociedad. En la dimensión biológica pueden presentarse enfermedades oportunistas; en el plano psicológico y social aparecen reacciones de temor y culpa.

El estigma y la discriminación, hacia las personas en riesgo y afectadas por el VIH, incluyendo el autoestigma, pueden ocasionar abandono por parte de la familia y los amigos o ser excluidos y censurados por otros miembros de la sociedad. En lo económico, produce alto impacto debido a la complejidad y cronicidad de la enfermedad, los costos de los servicios de salud, los costos que debe asumir la familia o la persona, la pérdida laboral, el abandono de la actividad económica y la disminución de la población en edad productiva.

Estudios nacionales han demostrado, que las personas con mayor vulnerabilidad a la infección por VIH sufren actitudes discriminatorias antes de adquirir el virus. Las personas en riesgo de adquirirlo se enfrentan a este tipo de situaciones en el hogar,

sus actividades cotidianas, el trabajo, o incluso en el contacto con los servicios.

En el estudio “Romper el Círculo, Índice de estigma y discriminación de las personas que viven con VIH en Colombia”¹⁴, un 8.7% de las personas refirieron haberse sentido excluidos en actividades familiares, más del 69% refirió haber sido víctima de murmuraciones, un 19.5% ha sufrido violencia verbal, el 15.4% agresión virtual y un 6.1% agresiones físicas. Casi el 15% de las personas que ha sufrido algún tipo de estigma o discriminación lo relacionan con su pertenencia a una población clave y un 12.4% ha experimentado esta situación en los servicios de salud.

El estigma y discriminación asociadas al diagnóstico de VIH también limita la búsqueda de relaciones afectivas, el disfrute de la vida sexual, la decisión sobre la tenencia de hijos, el abandono de actividades educativas, laborales o asistencia a servicios. Igualmente, situaciones como la migración, generan situaciones de estigma y discriminación, donde más de la mitad de la población proveniente de Venezuela, refiere haberlo vivido⁷,

Estos aspectos inciden en el bienestar y la calidad de vida del individuo que vive con VIH, en cuanto a lograr su proyecto de vida. La infección altera las dinámicas familiares de quien la padece y de la sociedad en la que vive.

A pesar de que la investigación científica realizada a la fecha evidencia avances positivos en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la infección, se reconoce que sus resultados no son suficientes para garantizar el control de la epidemia.¹⁵

A partir de lo anterior, se evidencia que las patologías que busca abordar el presente proyecto de ley y por el cual se busca orientar la gestión intersectorial para la prevención, diagnóstico oportuno y atención integral del VIH, hepatitis B y C, ITS y Coinfección por TB/VIH en el territorio nacional son una prioridad. Estas condiciones han venido en aumento en los últimos años, afectando a la población en edad productiva y reproductiva, constituyéndose en una carga financiera para el sistema de seguridad social en salud, elevando la morbimortalidad y afectando la calidad de vida de los colombianos.

Todas estas patologías son prevenibles; sin embargo, el acceso al tratamiento oportuno de las mismas puede hacer que el curso natural de estas

¹⁴ Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia. Resultados y recomendaciones – 2022.

¹⁵ VER EN: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272017000200019 - Prevención de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en Colombia: brechas y realidades.

[tos/Informesdeevento/SIFILIS%20CONGENITA%20PE%20XIII%202023.pdf](https://www.msp.gov.co/Informesdeevento/SIFILIS%20CONGENITA%20PE%20XIII%202023.pdf)

¹³ Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. Informe de evento tuberculosis, año 2022.

infecciones se detenga y se corten las cadenas de transmisión.

De esta forma, se requiere fortalecer la capacidad institucional, brindando herramientas que permitan un trabajo coordinado y articulado entre distintos niveles, haciendo énfasis en la garantía de derechos y el acceso oportuno a tecnologías adecuadas para la prevención, atención y tratamiento.

Es urgente que el país garantice el compromiso de todos los niveles territoriales en la consolidación de una respuesta efectiva, coordinada e integral frente a las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, por lo que es necesario dotar de herramientas al nivel nacional, departamental, distrital y municipal, para que avancen en dicho propósito, aún más cuando solo quedan 5 años para el logro de las metas 95-95-95. Esto implica que todos los actores en los niveles territoriales avancen principalmente en tres propósitos: prevención basada en la evidencia, diagnóstico oportuno y atención integral, reconociendo que los distintos grupos poblacionales presentan una susceptibilidad distinta y, por lo tanto, requieren respuestas diferenciadas.

Como respuesta a lo anterior, la prevención combinada emerge como una alternativa que analiza de forma integral la susceptibilidad de los sujetos y las comunidades, y brinda alternativas biomédicas, comportamentales y socioculturales encaminadas a reducir el riesgo de infección y fortalecer estrategias que, basadas en el tratamiento oportuno, reduzcan el riesgo de transmisión a otras personas. De esta manera, los procesos de prevención (primaria, secundaria y terciaria) están encaminados a aunar esfuerzos para que se alcance el diagnóstico oportuno, se detenga el deterioro progresivo de la enfermedad gracias a la atención integral, y se posibilite la cura en los casos en que esto sea posible.

ONUSIDA a través de la Coalición Global para la prevención del VIH / Sida en la reunión sostenida en Namibia, en noviembre de 2023¹⁶, apunta que *“la naturaleza polifacética de la epidemia de VIH/SIDA exige una respuesta integral que trascienda los límites tradicionales de la atención sanitaria. El enfoque multisectorial reconoce que los factores determinantes y las consecuencias del VIH se extienden a diversos sectores más allá de la atención sanitaria, como la educación, los servicios sociales, la justicia, las finanzas y otros. Este enfoque se basa en la compleja interacción de factores socioeconómicos, culturales, jurídicos y políticos en la propagación y gestión del VIH. Entre ellos se incluyen la pobreza, los niveles de educación, el estigma social, los marcos jurídicos y el acceso a la información y los recursos. Por ejemplo, el sector educativo desempeña un papel fundamental en la formación de conocimientos y actitudes sobre*

el VIH. Las escuelas y Universidades son vitales para impartir educación sobre salud sexual, reducir el estigma y promover comportamientos seguros entre los jóvenes. Por otro lado, el sistema judicial influye en el panorama del VIH a través de leyes y políticas que afectan a los derechos y la protección de poblaciones clave, como los profesionales del sexo, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y los consumidores de drogas. Por lo tanto, implicar a estos sectores es esencial para una respuesta eficaz de prevención del VIH”.

Al aprobar esta ley, el país contará con un marco legal propicio para que los distintos sectores actúen de forma coordinada, articulada y corresponsable en la definición de una respuesta local y nacional.

4. Contenido de la Iniciativa

Entre los aspectos relevantes que se plasman en el presente proyecto de ley, encontramos los siguientes:

1. Gestión Integral Intersectorial. Establece el abordaje intersectorial de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), el VIH/sida, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C haciendo corresponsables a las entidades públicas del orden nacional y territorial.

2. La gestión integral intersectorial estará orientada a garantizar la promoción, prevención, diagnóstico, atención, tratamiento, rehabilitación y paliación de las que personas que viven con dichas infecciones o en riesgo de adquirirlas.

3. Líneas de Gestión Integral. Define las líneas de gestión integral o lineamientos de acción que deberán desarrollar en el marco de competencias las entidades del orden nacional y territorial, clasificadas de acuerdo con el sector de injerencia.

- Sector Salud. Acciones encaminadas a acceso continuo y oportuno a la atención integral del VIH y las hepatitis B y C, incluyendo el tratamiento farmacológico.

- Sector Educación. Acciones encaminadas a promover el ejercicio de una sexualidad responsable, sana, informada y segura a través de procesos de formación integral en salud sexual y reproductiva.

- Sector Laboral. Acciones dirigidas a promover el respeto de los derechos laborales de las personas en riesgo de infección o que viven con VIH, ITS, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C, evitando cualquier forma de estigma o discriminación en el ambiente laboral.

- Sector Justicia. Acciones encaminadas a garantizar a través de los servicios de salud carcelario, el manejo integral y continuo de las ITS, VIH, Coinfección TB/VIH y hepatitis B y C en todos los centros penitenciarios.

- Sector inclusión Social, Igualdad y Equidad. Acciones dirigidas a promover la protección de las personas que viven con ITS, VIH, Coinfección TB/

¹⁶ UNAIDS; The leadership Forum. ORIENTACIÓN PARA LA DIRECCIÓN DE UN ENFOQUE MULTISECTORIAL PARA AMPLIAR LA PREVENCIÓN DEL VIH A NIVEL NACIONAL. Namibia, 2023.

VIH y hepatitis B y C o en riesgo de infección, con especial énfasis en contextos de vulnerabilidad.

- Sector Tecnologías de la Información y la Comunicación. Acciones dirigidas a promover en los espacios institucionales y mensajes cívicos la emisión de mensajes de prevención contra la violencia basada en género, el estigma y la discriminación, y la prevención de ITS, VIH, Coinfección TB/VIH y hepatitis B y C.

- Sector Ciencias y Tecnología de innovación. Acciones dirigidas a la realización de investigaciones y proyectos encaminados a la generación de conocimiento y desarrollo tecnológico y farmacéutico relacionado directa o indirectamente con los eventos objeto de este proyecto de ley.

4. Plan Nacional de Respuesta. Establece a cargo de Ministerio de Salud y protección social la formulación y actualización del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, indicando objetivos, indicadores de impacto, resultado y producto, sistema de evaluación y mecanismos de participación social, entre otros.

Plan que deberá ser adoptado por Municipios, Distritos y Departamentos en los territorios.

5. Consejo Nacional de Sida. Fortalece el marco de competencias este órgano asesor y otorga el rol de ente articulador de la gestión integral e intersectorial de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), el VIH/sida, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C en el territorio nacional.

6. Conflicto de Interés.

Respecto del conflicto de intereses teniendo en cuenta el artículo 3° de la Ley 2003 de 2019, por la cual se modifica parcialmente la Ley 5ª de 1992 y se dictan otras disposiciones, que modifica el artículo 291 de la misma ley, que establece la obligación al autor del proyecto presentar la descripción de las posibles circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto, siendo estos, criterios guías para que los Congresistas tomen una decisión en torno a si se encuentran en una causal de impedimento, se considera que frente al presente proyecto, no se generan conflictos de interés alguno, puesto que las disposiciones aquí contenidas son generales y no generan beneficios particulares, actuales y directos.

Sin perjuicio de lo anterior, se debe tener en cuenta que la descripción del posible conflicto de interés que se pueda presentar frente al trámite del presente proyecto de ley, no exime del deber del Congresista de identificar causales adicionales.

7. Proposición

En este sentido, 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 con miras a fortalecer el ámbito normativo de la salud pública, me permito

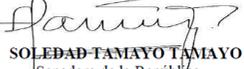
poner a consideración del honorable Congreso, este proyecto de ley.


NADYA BLEL SCAFF
Senadora de la República
AUTOR


GERMÁN ROGELIO ROZO ANÍS
Representante a la Cámara
Departamento de Arauca
COAUTOR


PIEDAD CORREAL RUBINAO
Representante a la Cámara
Departamento del Quindío
COAUTORA


JULIANA ARAY FRANCO
Representante a la Cámara
Departamento de Bolívar


SOLEDAD TAMAYO TAMAYO
Senadora de la República
Partido Conservador Colombiano


SENADORA DE LA REPÚBLICA
PARTIDO CONSERVADOR COLOMBIANO

PROYECTO DE LEY NÚMERO 265 DE 2024 CÁMARA

por medio del cual se establecen las principales líneas de gestión para el abordaje intersectorial de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), el VIH/sida, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C en el territorio nacional y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. *Objeto.* La presente ley tiene por objeto establecer las principales líneas de gestión para el abordaje intersectorial de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), el VIH/sida, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, de forma que se garantice el acceso a la promoción, prevención, diagnóstico, atención, tratamiento, rehabilitación y paliación para las personas que viven con dichas infecciones o en riesgo de adquirirlas, con especial énfasis en aquellas que se encuentran en contextos de vulnerabilidad.

Artículo 2°. *De la gestión integral intersectorial.* Las entidades públicas y privadas del orden nacional y territorial, Entidades Prestadoras de Servicios de Salud (EPS) o quien haga sus veces, en el marco de sus competencias, serán corresponsables de la ejecución de programas, acciones y/o estrategias articuladas con miras a la promoción de la salud y prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), el VIH/sida, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C en el territorio nacional.

Artículo 3°. *Objetivos.* Serán objetivos de la gestión integral intersectorial:

1. Implementar y garantizar el acceso a todos los mecanismos de prevención combinada, desplegando simultánea y oportunamente, estrategias biomédicas, comportamentales y estructurales. Los diferentes sectores involucrados, así como las entidades territoriales del nivel departamental, distrital y municipal implementarán estrategias de

prevención combinada frente al VIH/sida, las ITS, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, conforme a las directrices, lineamientos y recomendaciones emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y sociedades científicas nacionales e internacionales, cuando ello sea aplicable.

2. Desarrollar estrategias, planes y proyectos dirigidos a superar el estigma y la discriminación que enfrentan las personas en riesgo o afectadas por el VIH/sida, ITS, coinfección TB/VIH o hepatitis B y C, a fin de promover procesos educativos y de concienciación para reducir la vulnerabilidad ante los eventos prioritarios establecidos en la presente ley, con el objetivo de erradicar el estigma y la discriminación.

3. Estructurar e implementar Mesas Técnicas en los diferentes sectores como educación, justicia, salud, entre otros, para analizar e intervenir los determinantes sociales que influyen en la aparición de los eventos objeto de la presente ley.

4. Fortalecer el acceso de la población al diagnóstico oportuno del VIH/sida, las ITS, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C.

5. Garantizar la atención integral, oportuna y el acceso a tratamiento a las personas diagnosticadas con VIH/sida, ITS, coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, conforme a lo establecido en las normas, guías, protocolos y lineamientos vigentes del Ministerio de Salud y Protección Social como de Sociedades Científicas Nacionales e Internacionales, cuando ello sea aplicable.

6. Asegurar la operación de los sistemas de información existentes y desarrollar las herramientas que permitan transitar hacia el reporte de la información en tiempo real.

7. Garantizar el acceso efectivo a los derechos que le asisten a las personas que viven con VIH/sida, ITS, Coinfección TB/VIH, hepatitis B y C para la superación del estigma y la discriminación, el alcance de la igualdad, la equidad y el acceso a la información. La educación y la atención integral serán elementos centrales de dicha gestión.

8. Fomentar la investigación social y el desarrollo científico, tecnológico y farmacéutico para la prevención, diagnóstico oportuno y atención integral del VIH/sida, las ITS, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C.

9. Promover la participación y el liderazgo de las comunidades en los componentes biomédico, estructural y comportamental de la prevención combinada.

10. Capacitar o informar al personal administrativo y de salud de las Entidades de Prestación de Servicios (EPS); Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) e Instituciones hospitalarias, acerca de los derechos de los pacientes a los mecanismos de prevención combinada, especialmente a la profilaxis pre exposición PrEP.

11. Promover campañas educativas con enfoque diferencial dirigidas a la ciudadanía sobre

la prevención, diagnóstico de VIH/sida, las ITS, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C; así como de los derechos y deberes que les asisten a los pacientes. Para tal fin, el Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones serán los encargados.

Artículo 4º. Líneas de gestión integral. Corresponde a las entidades del orden nacional y territorial adelantar las siguientes líneas de gestión correspondientes al sector vinculado:

1. Sector Salud:

a) Fortalecer las capacidades del Ministerio de Salud y Protección Social y las entidades territoriales en VIH/sida, ITS, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C, incluyendo la sífilis gestacional y congénita, con referencia a la disponibilidad de talento humano en salud y recursos financieros que apalanquen la implementación y sostenibilidad de las intervenciones establecidas en esta ley.

El Ministerio de Salud y Protección Social podrá realizar negociaciones o compras centralizadas de tecnologías en salud dentro de las cuales se incluyen pero no se limitan a preservativos femeninos y masculinos, pruebas rápidas, incluyendo el autotest, profilaxis preexposición y posexposición, elementos para kits de inyección de menor riesgo, medicamentos para el tratamiento de sobredosis y tratamientos de sustitución de opioides, entre otros, para ampliar la cobertura de oferta preventiva y atención integral del sistema de salud en acciones de tipo colectivo, comunitario o individual que contribuyan a la reducción del riesgo de infección por estos eventos.

El Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con la ADRES, o quien haga sus veces, definirá los mecanismos que permitan el flujo de recursos desde las diferentes fuentes involucradas

b) Coordinar la operación de los sistemas de operación relacionados con los eventos priorizados en la presente ley y desarrollar las herramientas que permitan el reporte de la información en tiempo real para el análisis epidemiológico, la actualización de la información y el seguimiento de los casos.

c) Direccionar las acciones de política pública orientadas a favorecer la generación del conocimiento, la sostenibilidad de la cooperación internacional y la generación de capacidades del talento humano en salud y organizaciones de base comunitaria para la respuesta nacional ante estos eventos.

d) Generar planes, programas y estrategias para la eliminación de las hepatitis B y C, con miras al cumplimiento de los objetivos trazados por la Organización Mundial de la Salud para el año 2030.

e) Garantizar el acceso continuo y oportuno a la atención integral del VIH/sida y las hepatitis B y C, incluyendo el tratamiento farmacológico de alta calidad, a las personas con diagnóstico de ITS,

VIH/sida, coinfección TB/VIH y hepatitis B y C, independientemente de su afiliación o vinculación al sistema de salud, estableciendo vigilancia y control respecto a los incumplimientos relacionados.

f) Promover la eliminación de barreras de acceso a servicios médicos y tratamientos a partir del fomento de las acciones de telesalud, la implementación de canales de atención remota por medio de las tecnologías de información y telecomunicaciones disponibles y la difusión de campañas educativas para la prevención.

g) Desarrollar programas o esquemas de acceso prioritario y permanencia en el sistema de salud a las personas migrantes, trabajadores (as) sexuales, habitantes de calle, campesinos, indígenas, población transgénero y demás grupos poblacionales claves que viven con las ITS, el VIH/sida, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, incluyendo la implementación de acciones preventivas.

h) El Ministerio de Salud y Protección Social podrá realizar negociaciones o compras centralizadas de medicamentos antirretrovirales (ARV) para el tratamiento o prevención del VIH en casos de desabastecimiento o según lo establezca la regulación vigente o por razones de interés público, así como de antivirales de acción directa para la hepatitis B, C y otras ITS.

i) Fortalecer los procesos de planeación de los agentes del sistema de salud para la entrega oportuna de insumos como dispositivos médicos, medicamentos, entre otros, para la prevención, diagnóstico o atención integral de los eventos contemplados en la presente ley.

j) Actualizar bienalmente las guías de práctica clínica, vías clínicas, lineamientos y protocolos relativos a la promoción, prevención y atención integral del VIH/sida, la sífilis gestacional y congénita, las ITS, la Coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C.

k) Garantizar en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud la formación continua del talento humano en salud y otro personal, que participe en la atención en todas las fases de la prestación de servicios de salud a las personas diagnosticadas o en riesgo de infección de los eventos priorizados en la presente ley, incluyendo aspectos de enfoque diferencial y de derechos que promuevan una atención humanizada, respetuosa de los derechos humanos y libre de estigma y discriminación.

l) Establecer las condiciones que posibiliten la contratación social de las organizaciones de base comunitaria y organizaciones no gubernamentales para la implementación de acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, detección temprana y apoyo a la atención de las personas en contextos de vulnerabilidad o que viven con los eventos contemplados en este proyecto de ley.

m) Asegurar el suministro ininterrumpido de los tratamientos para las ITS de que trata la presente

ley, incluso ante la falta de prescripción médica actualizada.

n) El Ministerio de Salud expedirá en los próximos 6 meses a la sanción de la presente ley, un lineamiento de funcionamiento para los dispositivos de base comunitarios dispuestos para atender a las personas que se inyectan sustancias con el objetivo de prevenir la transmisión de infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/ SIDA, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, así como la atención oportuna a diagnóstico positivo de alguna de estas enfermedades.

2. Sector Educación:

a) Promover el ejercicio de una sexualidad responsable, sana, informada y segura a través de procesos de formación integral en salud sexual y reproductiva acorde al momento del curso de vida de los estudiantes en la niñez, adolescencia y la juventud; así como los procesos de formación a docentes y orientadores, en derechos sexuales y reproductivos, apoyándose en el uso de herramientas pedagógicas pertinentes para tales fines.

b) La educación integral para sexualidad y derechos sexuales y reproductivos en las instituciones educativas públicas y privadas se hará con la participación de toda la comunidad educativa, haciendo énfasis en la promoción de actitudes y comportamientos responsables que permitan el respeto de la dignidad humana, la intimidad, el desarrollo de la autonomía, la toma informada y autónoma de decisiones, la autoestima, los valores de convivencia y el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos; factores que contribuyen a la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluida la Infección por VIH/sida, las hepatitis B y C, la prevención de embarazos en adolescentes, de las violencias basadas en género, así como de la morbimortalidad materna.

c) Desarrollar planes, programas y proyectos que promuevan el respeto por las diferencias, incluyendo las relacionadas con identidad de género, orientación sexual, el ejercicio de la sexualidad, así como la eliminación del estigma y la discriminación en todos los entornos escolares, en atención a lo dispuesto en la Ley 1620 de 2013.

d) Garantizar entornos seguros para las niñas, adolescentes y mujeres, incluyendo políticas y estrategias relacionadas con la eliminación de la violencia basada en género, en las instituciones educativas.

e) Las Instituciones de educación superior o escuelas de formación técnica que imparten formación de pregrado a profesionales de la salud y auxiliares, en el marco de su autonomía universitaria, propenderán por la inclusión en sus mallas curriculares, de los aspectos básicos en promoción, prevención, atención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para las personas vulnerables o que viven con Infecciones de transmisión sexual, con énfasis en sífilis gestacional y congénita, VIH/sida, la coinfección TB/VIH,

hepatitis B y C, con enfoque de derechos, de vulnerabilidad, de género y diferencial y de acuerdo con las estrategias propuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

3. Sector Laboral:

a) Desarrollar planes o proyectos e implementar estrategias que contribuyan al respeto de los derechos laborales de las personas en riesgo de infección o que viven con VIH/sida, ITS, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C, evitando cualquier forma de estigma o discriminación en el ambiente laboral.

b) Promover entornos laborales seguros para las personas en riesgo de infección o que viven con algunas de las condiciones priorizadas en la presente ley, incluyendo estrategias y políticas enfocadas a la prevención de la violencia basada en género, eliminación del estigma y la discriminación, y la socialización de dichas estrategias en los procesos de selección, inducción, entrenamiento y formación continua de los trabajadores y colaboradores.

c) Formular estrategias que incentiven la vinculación laboral de personas que viven con VIH/sida o hepatitis B, teniendo en cuenta la cronicidad de estos eventos.

4. Sector Justicia:

a) Implementar los planes, programas y proyectos de promoción de la salud y de prevención combinada de las ITS, VIH/sida, Coinfección TB/VIH y hepatitis B y C en todos los centros penitenciarios que operan en el país.

b) Garantizar a través de los servicios de salud carcelario, el manejo integral y continuo de los eventos objeto de la presente ley, incluyendo el acceso a preservativos, profilaxis pre y posexposición, tratamiento antirretroviral, y demás tecnologías que reduzcan los riesgos relacionados, para todas las personas privadas de la libertad, independientemente de su sexo, orientación sexual o identidad de género.

c) Promover espacios de formación en derechos y garantías desarrollados en la presente ley, dirigidos a los funcionarios y empleados judiciales, para brindar una administración de justicia consciente de los retos y estigmas que enfrentan los grupos poblacionales que viven con ITS, VIH/sida, Coinfección TB/VIH.

5. Sector Inclusión Social, Igualdad y Equidad:

a) Desarrollar estrategias para proveer la protección social necesaria a migrantes, personas en condición de desplazamiento forzado, víctimas del conflicto, en situación de pobreza, y demás personas en contextos de vulnerabilidad, en riesgo de infección o que viven con los eventos objeto de la presente ley; con el fin de favorecer su reintegración social y económica, a través de una coordinación efectiva entre el Departamento Administrativo para la Prosperidad Social y todos los sectores involucrados en el Plan de Respuesta Nacional ante

las ITS, el VIH/sida, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C.

6. Sector Tecnologías de la Información y la Comunicación:

a) La Comisión Nacional de Regulación promoverá en los espacios institucionales y mensajes cívicos, la emisión de mensajes de prevención contra el estigma y la discriminación, y la prevención de las condiciones priorizadas en la presente ley, en los horarios de alta sintonía en televisión por los medios ordinarios y canales por suscripción.

7. Sector de Ciencias y Tecnología e Innovación:

a) Desarrollar programas de estímulo y apoyo a la realización de investigaciones y proyectos encaminados a la generación de conocimiento y desarrollo tecnológico y farmacéutico relacionado directa o indirectamente con los eventos objeto de la presente ley.

b) Promover el establecimiento de beneficios e incentivos tributarios para el desarrollo de la investigación científica y social en el área.

c) Facilitar investigaciones sociales de tipo cualitativo y cuantitativo, enfocadas en documentar el impacto de las dinámicas culturales, sociales, y poblacionales en las condiciones priorizadas en la presente ley.

Parágrafo 1º. Las presentes líneas de gestión integral estarán a cargo del organismo rector o cartera ministerial del sector correspondiente de acuerdo con la estructura de la Administración Pública.

Artículo 5º: De la participación de la comunidad en la respuesta. Las organizaciones lideradas por la comunidad podrán participar en la respuesta a las ITS, el VIH/sida, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, en alguna de las siguientes formas:

1. Ejecutores del plan de intervenciones colectivas, previo cumplimiento de la normativa vigente.

2. Constituirse como prestadores de servicios de salud o quien haga sus veces, en el marco de la normativa vigente.

3. Actuar como gestores comunitarios en salud o su equivalente, para facilitar el acceso a servicios sociales y de salud requeridos de acuerdo con los lineamientos que se expidan para tal efecto por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

4. Hacer parte de los espacios definidos de participación social y comunitaria.

Artículo 6º: De la articulación con la atención primaria en salud. Los prestadores de salud públicos, privados y mixtos que desarrollen acciones enmarcadas dentro de la atención primaria en salud, deberán garantizar la inclusión dentro de su oferta de servicios de acciones promocionales y preventivas relacionadas con la sexualidad, salud sexual y reproductiva, incluyendo los elementos de prevención combinada para los eventos contemplados en esta ley, así como garantizar

estrategias de formación continuada a su personal, que incluyan un enfoque diferencial, de derechos, de eliminación del estigma y la discriminación y de violencia basada en género.

Artículo 7°. *Plan nacional de respuesta.* El Ministerio de Salud y Protección Social formulará y actualizará, cada cinco años, el Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH/sida, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, incluyendo objetivos, estrategias, indicadores de impacto, resultado, metas, sistema de evaluación y mecanismos de participación social, entre otros.

Parágrafo. Las entidades territoriales municipales, distritales y departamentales tendrán la responsabilidad de adoptar, adaptar e implementar planes locales de respuesta a las ITS, VIH/sida, Coinfección por TB/VIH y hepatitis B y C, en concordancia con lo dispuesto en el Plan Nacional. El desarrollo de estos planes y los resultados obtenidos serán objeto de rendición pública de cuentas.

Artículo 8°. *Consejo nacional de sida.* El Consejo Nacional de Sida o el organismo que haga sus veces, sesionará como mínimo cada seis (6) meses o antes a solicitud de sus integrantes, y será el ente articulador de la gestión integral o intersectorial de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), el VIH/sida, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C en el territorio nacional. Además de las funciones establecidas en el marco normativo vigente, desarrollará las siguientes:

a) Desarrollar en el marco de la política pública medidas orientadas a la eliminación de las barreras de acceso al ejercicio pleno de derechos fundamentales de las personas con las ITS, el VIH/sida, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, en especial, a la salud, el trabajo y educación.

b) Promover el uso de la información estadística y epidemiológica para definir o fortalecer las acciones de políticas públicas relacionadas con las ITS, el VIH/sida, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C.

c) Coordinar los mecanismos para la participación intersectorial en las actividades de prevención combinada y atención integral dirigidas a las personas afectadas y en riesgo de ITS, VIH/sida, coinfección TB/VIH y hepatitis B y C.

d) Realizar el seguimiento y evaluación del Plan Nacional de respuesta ante las ITS, el VIH/sida, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C.

e) Apoyar la gestión de recursos para la respuesta nacional ante las ITS, el VIH/sida, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C.

f) Prestar la asesoría técnica que se le solicite para la elaboración de proyectos, acuerdos o convenios internacionales.

g) Vigilar el cumplimiento de la Política pública de prevención, diagnóstico oportuno y atención del VIH, hepatitis B y C, ITS y Coinfección por TB/VIH.

h) Generar informes con recomendaciones de carácter vinculante a quien corresponda frente al cumplimiento del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH/sida, la coinfección por TB/VIH y las hepatitis B y C.

Parágrafo. El Gobierno nacional garantizará la participación de los ciudadanos, organizaciones de base comunitaria, asociaciones de pacientes y sociedades científicas de áreas de Infectología, Pediatría, Ginecología y Medicina Familiar en el Consejo Nacional de SIDA.

Artículo 9°. *Mecanismo de seguimiento o monitoreo.* El Ministerio de Salud y Protección Social adoptará el sistema de información de actividades comunitarias y colectivas en salud sexual y reproductiva (SISCOSSR) para monitorear el avance de la respuesta nacional, departamental, distrital y municipal en materia de acceso a las acciones de prevención combinada y otras dirigidas a las personas afectadas y en riesgo de ITS, VIH/sida, coinfección TB/VIH y hepatitis B y C. Para su implementación, el sistema de información de actividades comunitarias y colectivas en salud sexual y reproductiva (SISCOSSR) deberá articularse con las herramientas y sistemas de información actualmente existentes a cargo de las entidades respectivas.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social emitirá las disposiciones necesarias para garantizar el seguimiento y monitoreo de manera oportuna, precisa y continua, a través del SISCOSSR y las demás fuentes de información disponibles.

Artículo 10. *Vigilancia.* Las Personerías Municipales y Distritales, con el apoyo de la Defensoría del Pueblo, ejercerán la vigilancia del cumplimiento a lo ordenado en la presente ley y emitirán las alertas a la autoridad competente en caso de ser necesario.

La Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus funciones, ejercerá las acciones de Inspección, Vigilancia y Control de las competencias atribuibles al sector salud.

Artículo 11. *Informes de seguimiento.* El Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de la conmemoración del Día Nacional de Respuesta al VIH y el Sida, presentará un informe anual sobre la implementación y avance del Plan Nacional de Respuesta a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes de Senado y de Cámara de Representantes y dispondrá informes públicos para consulta por parte de la población general.

Artículo 12. *Fuentes de financiación.* El Gobierno nacional apropiará los recursos para la implementación del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH/sida, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, incluidas las acciones de compra centralizada que se estimen pertinentes en el marco de esta ley, de conformidad con el Marco Fiscal de Mediano Plazo y el Marco de Gasto de Mediano Plazo.

En todo caso, los recursos presupuestados y las metas de cobertura anualmente no podrán ser menores a los invertidos en la vigencia inmediatamente anterior. Las entidades del orden nacional y territorial podrán incluir en su proceso anual de planeación y programación presupuestal, los recursos destinados para la implementación de la presente ley.

Artículo 13. Reglamentación. El Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Educación, el Ministerio de la Igualdad y la Equidad, el Ministerio de Justicia, El Ministerio de Ciencias, Tecnologías e innovación, y demás entidades del orden nacional que estén involucradas en la implementación de acciones dispuestas en la presente ley, contarán con un plazo máximo de seis meses para reglamentar las distintas disposiciones contenidas en la presente ley, que así lo requieran.

Artículo 14. Atención diferencial a mujeres. La gestión integral incorporará un enfoque de equidad de género y acciones afirmativas para garantizar la igualdad de oportunidades y el acceso sin discriminación de las mujeres a los servicios de prevención, diagnóstico y atención integral de las ITS, el VIH/sida, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C. Se establecerán rutas diferenciales de atención que consideren las necesidades y vulnerabilidades particulares de las mujeres con ITS, VIH/sida, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, especialmente en temas de salud sexual y reproductiva, ejercicio de derechos sexuales y acceso a servicios de apoyo psicosocial.

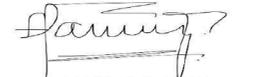
Artículo 15. Vigencia. La presente ley rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.


NADYA BUEL SCAFF
Senadora de la República
AUTOR


GERMÁN ROGELIO ROZO ANÍS
Representante a la Cámara
Departamento de Arauca
COAUTOR


PIEDAD CORREAL RUBINAO
Representante a la Cámara
Departamento del Quindío
COAUTORA


JULIANA ARAY FRANCO
Representante a la Cámara
Departamento de Bolívar


SOLEDAD TAMAYO
Senadora de la República
Partido Conservador Colombiano

Stamp from the Cámara de Representantes, Secretaría General. It contains handwritten information: 'El día 29 de agosto del año 2024', 'Ha sido presentado en este despacho el Proyecto de Ley 265 Acto Legislativo', 'No. ... Con su correspondiente Expositiva de Motivos, suscrito Por: N.S. Nadya Buel Scaff'. A signature is written over the stamp.

CONTENIDO

Gaceta número 1520 - lunes, 23 de septiembre de 2024
CÁMARA DE REPRESENTANTES
PROYECTOS DE LEY

	Págs.
Proyecto de ley número 236 de 2024 Cámara, por la cual se establece la conformación e integración de las Juntas Interdisciplinarias de Calificación Regionales y Nacional y se dictan otras disposiciones.	1
Proyecto de ley número 265 de 2024 Cámara, por medio del cual se establecen las principales líneas de gestión para el abordaje intersectorial de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), el VIH/sida, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C en el territorio nacional y se dictan otras disposiciones.....	13