REPÚBLICA DE COLOMBIA

GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXIV - Nº 2357 | Bogotá, D. C., lunes, 15 de diciembre de 2025 | EDICIÓN DE 35 PÁGINAS

DIRECTORES: DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ, SECRETARIO GENERAL DEL SENADO, www.secretariasenado.gov.co — JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA, SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA, www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

PONENCIAS

INFORME DE PONENCIA POSITIVA PARA PRIMER DEBATE EN SENADO PROYECTO DE LEY NÚMERO 72 DE 2025 SENADO

por medio del cual se establece el Programa Nacional de Tamizaje Oncológico y se dictan otras disposiciones.

Honorable Senador
MIGUEL ÁNGEL PINTO HERNÁNDEZ
Presidente Comisión Séptima Senado de la República

Asunto: Informe de ponencia para primer debate en Senado Proyecto de Ley **Nº 072 de 2025 SENADO "Por medio del cual se establece el Programa Nacional de Tamizaje Oncológico y se dictan otras disposiciones".**

Respetado señor Presidente:

En cumplimiento del honroso encargo que nos hiciera la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, y en desarrollo de lo dispuesto en la Ley 5ª de 1992 art. 150, 153 y 156, en nuestra calidad de ponentes, nos permitimos radicar informe de ponencia al proyecto descrito en el asunto.

Cordialmente,

FERNEY SILVA IDROBO
Senador Pacto Histórico

NADIA BLEL SCAFF
Senadora Partico Conservador

INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE:

Con el ánimo de rendir una ponencia comprensible a los honorables miembros de la Comisión Séptima del Senado de la República y buscando precisar los objetivos, el alcance y la necesidad del proyecto, procedemos a desarrollar el informe de ponencia en el siguiente orden:

I. Trámite del Proyecto de Ley.
II. Objeto y contenido del Proyecto de Ley.
III. Exposición de motivos.
IV. Marco Legal y Constitucional.
V. Pliego de Modificaciones.
VI. Impacto Fiscal.
VII. Conflicto de intereses.
VIII. Proposición.
IX. Texto Propuesto.

I. **TRÁMITE DEL PROYECTO DE LEY**

Mediante al oficio CSP-CS- 0835-2025 de la Comisión Séptima del Senado, se nos designó como ponentes del presente Proyecto de Ley, cuya autoría corresponde al Congresistas .S PEDRO HERNANDO FLÓREZ PORRAS, FABIÁN DIAZ PLATA, FERNEY SILVA IDROBO, OMAR RESTREPO CORREA, MARTHA PERALTA EPIEYÚ, NADIA BLEL SCAFF.

Radicado en Senado: 30-07-2025, en comisión: 11-08-2025 y publicado en la Gaceta del Congreso No1393/2025.

II. OBJETO Y CONTENIDO DEL PROYECTO DE LEY

El Proyecto de Ley cuenta con 12 artículos, donde se busca dictar normas para crear el Programa Nacional de Tamizaje Oncológico a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Instituto Nacional de Cancerología y el Instituto Nacional de Salud. El objetivo del programa será ampliar la práctica de tamizaje oncológico en Colombia, posicionando el tamizaje como un elemento fundamental dentro de las estrategias generales de prevención, detección temprana, diagnóstico, atención y tratamiento del

cáncer, con un enfoque equitativo, sostenible y regional. Lo anterior, con el fin de detectar en estadios tempranos diferentes tipos de cáncer —como el de estómago, pulmón, mama, próstata, colorrectal y cuello uterino— con base en criterios de alta prevalencia, incidencia y mortalidad, posibilitando un diagnóstico y tratamiento oportunos, y mejorando la calidad y la expectativa de vida de la población, en especial de quienes habitan en zonas rurales, dispersas y apartada, de conformidad con el siguiente:

ARTÍCULO 1. Objeto.

TÍTULO I. PAUTAS DEL PROGRAMA NACIONAL DE TAMIZAJE ONCOLÓGICO

ARTÍCULO 2. Programa Nacional de Tamizaje Oncológico.

ARTÍCULO 3. Funciones del Programa Nacional de Tamizaje Oncológico.

ARTÍCULO 4. Enfoque diferencial e inclusión.

ARTÍCULO 5. Garantía de Financiación y Presupuesto para el Programa Nacional de Tamizaje Oncológico.

ARTÍCULO 6. Tratamiento de la información del Programa Nacional de Tamizaje Oncológico.

TÍTULO II. SENSIBILIZACIÓN, PEDAGOGÍA E INVESTIGACIÓN

ARTÍCULO 7. Fortalecimiento del talento humano en salud.

ARTÍCULO 8. Fomento a la investigación científica y tecnológica.

ARTÍCULO 9. Cánceres mortales.

ARTÍCULO 10. Participación de pacientes en estrategias de sensibilización.

ARTÍCULO 11. Fomento a la difusión de mensajes en salud oncológica.

ARTÍCULO 12. Vigencia.

III. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Proyecto de Ley 072 de 2025 Senado **"Por medio del cual se establece el Programa Nacional de Tamizaje Oncológico y se dictan otras disposiciones"**

1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que en 2022 hubo 20 millones de nuevos casos de cáncer y 9,7 millones de fallecimientos a causa de la enfermedad. Además, sólo alrededor de 53,5 millones de personas habían sobrevivido cinco años después de recibir un diagnóstico de cáncer. Se calcula que aproximadamente 1 de cada 5 personas desarrollará cáncer en algún momento de su vida, mientras que cerca de 1 de cada 9 hombres y 1 de cada 12 mujeres fallecen debido a esta enfermedad[1].

De igual manera, en Colombia el panorama del cáncer es igualmente grave. La Cuenta de Alto Costo (CAC) ha reportado que a octubre de 2024 se habían reportado 651.589 casos prevalentes de cáncer, con un aumento del 5.41% frente al 2023. Además, de esos nuevos casos reportados el 93,83% corresponden a cáncer de tipo invasivo[2].

Este contexto complejo de la enfermedad se agrava al considerar algunas patologías como el cáncer de pulmón. Según las OMS se presentaron 1,8 millones de muertes relacionadas a esta enfermedad, convirtiéndose en el cáncer con mayor incidencia y mortalidad global. En Colombia, el cáncer de pulmón es el segundo en mortalidad entre todos los tipos de cáncer, con más de 5.879 casos nuevos diagnosticados en 2023 y una alarmante proporción de diagnósticos en estadios avanzados (54,53% en estadio IV)[3].

A pesar de su impacto en la población y en el sistema de salud, el cáncer de pulmón no ha sido priorizado en los principales planes de salud pública del país, como el Plan Decenal de Salud Pública (2022-2031), que se enfoca en otros tipos de cáncer, ni en la Resolución 3282 de 2018, que establece lineamientos para la detección temprana de cáncer de mama, cuello uterino, colon y recto, entre otros[4]

Estas normativas demuestran un esfuerzo por mitigar la carga del cáncer en Colombia, sin embargo, son insuficientes. Prueba de ello es la variación negativa, según datos de la CAC,

[1] Organización Mundial de la Salud. (2024). Tomado de https://www.who.int/es/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services

[2] Cuenta de Alto Costo. (2025). Tomado de: https://cuentadealtocosto.org/cancer/dia-mundial-del-cáncer- 2025-unidos-por-lo-unico-el-cancer-es-una-de-las-principales-causas-de-morbilidad-y-mortalidad-en-el- ' mundo/

[3] Ibid

[4] Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Resolución 1035 de 2022. Tomado de: www.minsalud.gov.co/Normatividad

en la detección temprana de algunos de los tipos de cáncer con mayores índices de mortalidad en el mundo, como pulmón (-12.5%), colorrectal (-3.13%) y próstata (-3.39%)[5].

Es imperativo, entonces, lograr generar más herramientas que lleven al país a un contexto alentador de cara a esta enfermedad en el menor tiempo posible, pues la OMS estima que, a 2050, en países como Colombia se dará el mayor aumento absoluto de la incidencia del cáncer.

Una estrategia con claros efectos favorables en la mitigación de la carga prestacional y mortalidad del cáncer es la detección temprana. Por un lado, la OMS ha afirmado que la detección temprana salva vidas y reduce los costos de tratamiento[6]. En la misma línea, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha publicado un resumen de políticas clave para el cáncer de mama, donde expone que "la detección temprana del cáncer de mama mejora la supervivencia, disminuye la morbilidad y reduce el costo de la atención"[7] .De igual manera, el estudio de la Academia de Medicina de Delaware publicado en 2024 por el Instituto Nacional de Salud de EE. UU. menciona que el piloto nacional de tamizaje de pulmón realizado en este país mostró una reducción del 20% de la mortalidad en los pacientes[8].

2. Contexto Epidemiológico

La Cuenta de Alto Costo ha determinado que en octubre de 2024 se habían reportado 651.589 casos prevalentes de cáncer. Además, el INC emitió en septiembre del 2024 el reporte de datos auditados de la población con cáncer[9] en el SGSSS de Colombia. En el documento se menciona que en las bases de las EAPB existen 520,339 casos activos[10]. En el caso de cánceres no priorizados, como el cáncer de pulmón se ha evidenciado que la mayoría de los diagnósticos se dan en hombres (53,35%) y en personas mayores de 60 años, con una mediana de edad de 69 años. Las regiones Central y Caribe concentran el mayor número de casos, representando el 42,38% y 20,04% de la incidencia nacional, respectivamente.

Además de los factores de riesgo tradicionales, como el tabaquismo y la exposición a sustancias carcinogénicas, factores socioeconómicos y la desigualdad en el acceso a servicios de salud contribuyen al diagnóstico tardío. La falta de programas de tamizaje sistemático y la limitada infraestructura de salud en regiones rurales perpetúan estas disparidades.

3. Justificación y consideraciones

La detección temprana del cáncer puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte. Según estudios internacionales, los pacientes diagnosticados en estadios iniciales tienen tasas de supervivencia significativamente mayores en comparación con aquellos diagnosticados en estadios avanzados. No obstante, en Colombia, más de la mitad de los casos en patologías como el cáncer de pulmón se detectan en etapas avanzadas, cuando las opciones de tratamiento son limitadas y menos efectivas.

a) Consideraciones históricas

El acceso al derecho a la salud en Colombia ha sido un camino progresivo que ha encontrado diferentes barreras. Para personas con enfermedades de alto costo como el cáncer dicho camino ha sido complejo y aún hay muchos retos por superar. Lograr una cobertura adecuada de los servicios para los afectados por estas patologías es fundamental de cara al costo y prevalencia que la OMS ha pronosticado que el cáncer tendrá en países como Colombia. Ello es clave cuando se estudia tipos de cáncer específicos como el de pulmón, el cual ha sido una de las principales causas de mortalidad por cáncer en Colombia. Según el Instituto Nacional de Cancerología, entre 2012 y 2016, se registraron tasas significativas de incidencia y mortalidad por esta enfermedad en el país[11].

[5] Ibid, pg.1

[6] Organización Mundial de la Salud. (2017). Tomado de: https://www.who.int/es/news/item/03-02-2017-early-cancer-diagnosis-saves-lives-cuts-treatment-costs

[7] Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (S.F.). Tomado de: https://www.paho.org/sites/default/files/2018-02/UICC_EarlyDetection_BreastAwareness_SPANISH_FA.pdf

[8] Nam B, Hamm D, Katurakes N, Mulligan C. Lung Cancer Screening: Early Detection Decreases Mortality. Dela J Public Health. 2024 Aug 28;10(3):22-24. doi: 10.32481/djph.2024.08.07. PMID: 39211408; PMCID: PMC11356585.

[9] Ibid. Pg,1.

[10] Cuenta de Alto Costo. (2024). Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2023. Tomado de: https://cuentadealtocosto.org/wp-content/uploads/2024/12/situacion-del-canceren-la-poblacion-adulta-de-colombia-2023-3.pdf

[11] Instituto Nacional de Cancerología. (2023). Anuario Estadístico 2022. Tomado de: https://www.cancer.gov.co/recursos_user/files/libros/archivos/Anuario_INC_2022_VERSION_DIGITAL.p df

Históricamente, las políticas de salud pública en Colombia han priorizado la detección temprana de otros tipos de cáncer, como el de mama y el de cuello uterino, dejando de lado programas específicos para el cáncer de pulmón. Esta omisión ha perpetuado altas tasas de mortalidad y una carga significativa para el sistema de salud.

b) Consideraciones Científicas

La detección temprana del cáncer es fundamental para mejorar las tasas de supervivencia y reducir la carga sobre los sistemas de salud. Diversos tipos de cáncer han mostrado beneficios significativos cuando se implementan estrategias de tamizaje eficaces dirigidas a poblaciones de riesgo.

En el caso del cáncer de pulmón, estudios internacionales recientes han demostrado que el tamizaje mediante tomografías computarizadas de baja dosis puede reducir significativamente la mortalidad en personas con alto riesgo, como fumadores crónicos o exfumadores. No obstante, en Colombia, la implementación de programas estructurados de tamizaje para esta patología sigue siendo limitada, lo que representa una oportunidad de mejora en salud pública.

De manera similar, el cáncer de estómago continúa siendo una enfermedad de mal pronóstico, principalmente debido al diagnóstico en etapas avanzadas. En estos casos, la enfermedad suele estar diseminada a ganglios linfáticos, hígado o pulmones, lo que limita drásticamente las opciones terapéuticas. La supervivencia global a cinco años en estadios avanzados es inferior al 10%[12]. Contar con estrategias de diagnóstico precoz permitiría intervenir oportunamente y mejorar sustancialmente los desenlaces clínicos.

Existen diversas herramientas y tecnologías avanzadas que están revolucionando la detección temprana del cáncer, principalmente a través de la Inteligencia Artificial (IA) y la mejora en los procesos diagnósticos. Estas tecnologías ofrecen un potencial significativo para mejorar las tasas de detección y tratamiento en etapas iniciales, lo que podría tener un impacto directo en la reducción de la mortalidad.

- **IA en Imágenes Médicas:** Uno de los enfoques más prometedores es el uso de modelos de IA para analizar imágenes médicas, como radiografías de tórax y tomografías computarizadas (TC). Estos modelos tienen la capacidad de identificar patrones asociados al cáncer en etapas tempranas, incluso antes de que los síntomas se manifiesten. Los sistemas basados en IA están diseñados para mejorar la precisión y velocidad del diagnóstico, ayudando a detectar el cáncer antes de que se convierta en una enfermedad incurable[13].

- **Análisis Híbrido de Imágenes Histológicas:** A través de un análisis híbrido de imágenes histológicas, la IA puede analizar muestras de tejidos a nivel microscópico, combinando imágenes de alta resolución con algoritmos de aprendizaje profundo. Este enfoque permite identificar signos de cáncer con una precisión mayor, lo que contribuye a un diagnóstico temprano y oportuno[14].

- **Modelos Predictivos y Pronósticos:** Además de su capacidad diagnóstica, los modelos basados en IA se utilizan para predecir la evolución de la enfermedad. Analizan datos clínicos y de imágenes para proporcionar una visión más clara del posible desenlace del cáncer de pulmón, permitiendo la personalización de los planes de tratamiento y mejorando las probabilidades de éxito[15].

- **Riesgos aumentados**: Hay sustancias como el asbesto que generan un riesgo incrementado de sufrir tipos de cáncer, entre ellos el cáncer de pulmón. La CDC y el Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos han expresado que el asbesto puede inhalarse con facilidad en diferentes lugares como el trabajo, localidades y hogares[16]. Esta exposición puede llevar a que fibras de asbesto se alojen y acumulen en los pulmones, generando cicatrices e inflamación en los tejidos que llegan a causar diferentes enfermedades permanentes[17]. Estas instituciones han mencionado que el asbesto en todas sus formas es tóxico, peligroso y puede generar cáncer de pulmón. De igual manera, centros de referencia para el tratamiento de cáncer, como la Clínica Mayo en EE. UU., han expuesto que las personas afectadas por la inhalación de fibras de asbesto tienen un riesgo incrementado de desarrollar cáncer de pulmón[18].

c) **Consideraciones Económicas**

La OECD ha mencionado que a medida se proyecta un incremento del 114% en el gasto per cápita en salud por cáncer entre 2023 y 2050, suponiendo que las demás condiciones se mantengan constantes. Además, los esfuerzos para reducir la variabilidad en los resultados del cáncer entre países podrían prolongar la supervivencia de los pacientes, lo que implicaría tratamientos más prolongados y un mayor riesgo de recurrencia, sumando un 35% adicional al costo del cáncer en ese mismo período. Por último, el desarrollo y uso de nuevos medicamentos y tecnologías podrían elevar aún más el gasto total en tratamiento. Por lo tanto, recomienda ''adoptar medidas para prevenir y tratar el cáncer a fin de reducir su carga sanitaria, económica y social''[19].

Esta organización ha estimado que una mejor detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer podría prevenir una de cada dos muertes prematuras por cáncer, aumentar la esperanza de vida media de la población en seis meses y añadir el equivalente a 6 200 trabajadores a tiempo completo. Un ejemplo de la carga económica se encuentra en el cáncer de pulmón, su falta de priorización implica la muerte de aproximadamente 3.875 personas al año en Colombia[20].

Por ende, además de los costos directos asociados al tratamiento, existen costos indirectos relacionados con la pérdida de productividad y la atención informal que recae en las familias. La implementación de programas de detección temprana no solo tiene el potencial de salvar vidas, sino también de reducir los costos asociados al tratamiento en etapas avanzadas de la enfermedad, al permitir intervenciones más efectivas y menos costosas en etapas tempranas.

4. Beneficios de la ley

Los beneficios de este proyecto de ley son amplios y significativos: 1. Impacto en la mortalidad: La detección temprana puede reducir drásticamente la mortalidad por cáncer, mejorando la calidad de vida y aumentando la supervivencia de los pacientes. 2. Reducción de costos: Al diagnosticar y tratar la enfermedad en estadios iniciales, se disminuyen los gastos asociados al manejo de complicaciones y tratamientos prolongados. 3. Equidad en el acceso a la salud: El proyecto contribuirá a reducir las disparidades regionales y socioeconómicas en el acceso a servicios de diagnóstico y tratamiento. 4. Fortalecimiento del sistema de salud: Al incorporar tecnologías avanzadas y capacitar al personal médico, se fortalecerá la capacidad del sistema para responder a otras patologías oncológicas.

5. MARCO CONSTITUCIONAL Y LEGAL

a) Marco Constitucional

La Constitución Política de Colombia consagra la salud como un derecho fundamental y obliga al Estado a garantizar su prestación bajo principios de equidad, accesibilidad y calidad:

- **Artículo 48:** Establece que la seguridad social es un servicio público obligatorio, cuya prestación debe garantizarse a través de un sistema integral, bajo los principios de universalidad y solidaridad. Este proyecto de ley responde directamente a este mandato al proponer estrategias específicas para la detección temprana del cáncer de pulmón, una **patología de alto impacto social y económico.**
- **Artículo 49**: Declara que "la atención en salud es un derecho fundamental y el saneamiento ambiental, un servicio público esencial". Este artículo subraya la obligación del Estado de implementar políticas efectivas que permitan atender enfermedades graves como el cáncer de pulmón en sus etapas iniciales.
- **Artículo 11:** Al garantizar el derecho a la vida, este proyecto asegura que todas las personas en riesgo de desarrollar cáncer de pulmón puedan acceder

[12] American Cancer Society, 2024

[13] Qure.ai. (2022), Need for Speed: AI, AstraZeneca, and early lung cancer diagnosis. qure.ai. Tomado de: https://www.qure.ai/blog/need-for-speed-ai-astrazeneca-and-early-lung-cancer-diagnosis

[14] N. F. Noaman, B. M. Kanber, A. A. Smadi, L. Jiao and M. K. Alsmadi, "Advancing Oncology Diagnostics: AI-Enabled Early Detection of Lung Cancer Through Hybrid Histological Image Analysis," in IEEE Access, vol. 12, pp. 64396-64415, 2024, doi: 10.1109/ACCESS.2024.3397040.

[15] Kanan, Mohammed, Hajar Alharbi, Nawaf Alotaibi, Lubna Almasuood, Shahad Aljoaid, Tuqa Alharbi, Leen Albraik, Wojod Alothman, Hadeel Aljohani, Aghnar Alzahrani, and et al. 2024. "AI-Driven Models for Diagnosing and Predicting Outcomes in Lung Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis" Cancers 16, no. 3: 674. https://doi.org/10.3390/cancers 16030674

[16] Agencia para Sustancias Tóxicas y el Registro de Enfermedades. (2016). ToxFAQSTM - Asbesto (Amianto) (Asbestos). Tomado de: https://www.atsdr.cdc.gov/es/toxfaqs/es_tfacts61.html

[17] National Health Institute. (2017). Exposición al asbesto y el riesgo de cáncer. Tomado de: https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/sustancias/asbesto/hoja-informativaasbesto#:~:text=El%20asbesto%20ha%20sido%20clasificado,3%2C%207%2C%208).

[18] Mayo Clinic. (2022). Asbestosis. Enfermedades y Afecciones. Tomado de: https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/asbestosis/symptoms-causes/syc-20354637.

[19] OECD. (2024). Abordando el impacto del cáncer en la salud, la economía y la sociedad: Colombia. OECD. Tomado de: https://www.oecd.org/es/publications/2024/11/tackling-the-impact-of-cancer-on-health-theeconomy-and-society-country-notes_db760f3f/colombia_fsd7602d.html

[20] Ministerio de Salud. (s.f.). 33 mil personas al año mueren de Cáncer en Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Tomado de: https://www.minsalud.gov.co/Paginas/33-mil-personas-al-a%C3%B1omueren-de-C%C3%A 1ncer-en-Colombia.aspx?utm_source=chatgpt.com

oportunamente a servicios de detección y tratamiento, incrementando las probabilidades de supervivencia.

b) Leyes Generales sobre la atención del Cáncer

En Colombia, varias leyes regulan aspectos relacionados con la atención del cáncer. Sin embargo, estas normas presentan vacíos en la detección temprana del cáncer de pulmón, lo que justifica este proyecto de ley:

- **Ley 1384 de 2010 (Ley Sandra Ceballos)**: Esta ley establece las bases para la atención integral del cáncer, garantizando derechos como diagnóstico temprano y tratamiento adecuado. Las principales disposiciones de esta ley inlcuyen la garantía de la cobertura total del diagnóstico y tratamiento del cáncer, sin restricciones administrativas o económicas; prohíbe la discriminación laboral por padecer cáncer; fomenta programas de prevención y detección temprana del cáncer; y obliga a las EPS e IPS a prestar servicios oportunos y de calidad.
- **Ley 2194 de 2022:** Introduce mejoras en los modelos de atención del cáncer al establecer medidas para garantizar la detección temprana, atención integral y rehabilitación funcional de los pacientes con cáncer en el país, con un enfoque en la equidad y el acceso oportuno a los servicios de salud. En particular estipula que el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los indicadores y/o tiempos máximos, en los que se deberá autorizar y programar el tratamiento requerido, entre ellos las consultas médicas; establece el acompañamiento psicológico y social; y el acceso a los exámenes especializados. Además, garantiza que los pacientes reciban tratamiento sin interrupciones y en el menor tiempo posible.
- **Ley 2360 de 2024:** Reconoce a las personas con sospecha o diagnóstico de cáncer como sujetos de especial protección constitucional. Aunque esta ley refuerza el acceso a servicios de salud, no incluye al cáncer de pulmón dentro de los programas de tamizaje, lo que limita su efectividad.

c) Resoluciones y Programas Nacionales

El cáncer de pulmón no está incluido dentro de los programas y lineamientos establecidos en normativas clave, lo que deja un vacío en la atención de esta patología:

- **Resolución 3282 de 2018:** Define los lineamientos para la detección temprana de ciertos tipos de cáncer (mama, cuello uterino, colon y recto, próstata), excluyendo al cáncer de pulmón. Esto refleja una priorización limitada que ignora la alta incidencia y mortalidad de esta enfermedad.
- **Plan Decenal de Salud Pública (2022-2031):** Aunque este plan establece metas para la reducción de la mortalidad por cáncer, no contempla estrategias específicas para el cáncer de pulmón, lo que perpetúa desigualdades en el acceso a servicios de diagnóstico y tratamiento.
- **Resolución 2717 de 2024:** Fijó el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para financiar los servicios y tecnologías en salud en la vigencia 2025, recoge una serie de recomendaciones emitidas por la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud al Ministerio de Salud y Protección Social, entre las cuales se destaca la ampliación de la ruta de atención integral para personas expuestas al asbesto.

e) Normativa internacional sobre detección temprana

Diferentes países de la región han incorporado a su ordenamiento jurídico instrumentos que contemplan la importancia de la detección temprana del cáncer mediante procesos de tamizaje. En este ámbito han sido particularmente visibles las normas implementadas en Argentina y Chile. En el caso argentino, se ha expedido la Resolución 1813 de 2013, creando el Programa Nacional de Control de Cáncer de Mama con miras a la detección temprana.

Además, se creó el Plan Nacional de Control de Cáncer (2018-2022), cuyo propósito fue mejorar la prevención, diagnóstico, detección, tratamiento y paliación del cáncer. Por último, se implementó el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino, buscando el desarrollo de programas de detección temprana para este tipo de cáncer. En el caso chileno, está la Ley 21.258 de 2020, la creó diferentes organizaciones y deberes frente al tratamiento y diagnóstico de pacientes con cáncer. Por un lado, crea el Fondo Nacional del Cáncer, destinado a financiar programas y proyectos que se encuentren exclusivamente relacionados con la investigación, estudio, evaluación, promoción, y desarrollo de iniciativas para la prevención, vigilancia y pesquisa del cáncer. Por otro lado, pone la tarea al Ministerio de Salud de elaborar el Plan Nacional del Cáncer, el cual debe disponer los objetivos estratégicos, líneas de acción, metas e indicadores de promoción, prevención, diagnóstico, entre otros.

Fuera del cono sur hay también ejemplos valiosos, por ejemplo, la NOM-041-SSA2-2011, de México, encaminada a generar programas de detección temprana del cáncer de mama. De igual forma, la Ley peruana N° 31.336 de 2021, estableció que el Estado debe incentivar y promover acciones encaminadas a la prevención del cáncer. Para ello, la ley considero mandar a que se trabajará en conjunto con el Ministerio de Salud, de Educación y el sector privado para desarrollar estrategias orientadas a la promoción de la salud y prevención de enfermedades oncológicas.

Un último referente en la materia es España y la Unión Europea mediante instrumentos como la Ley 33 de 2011 en España y la Recomendación del Consejo de la Unión Europea 878/CE de 2003, se ha explicado las mejores prácticas para la realización de procedimientos de cribado y su importancia para la detección temprana del cáncer. En su mayoría los instrumentos anteriormente mencionados contemplan la prevención, detección temprana y vigilancia del cáncer de mama, de cuello uterino y de colon como prioridades.

Por lo tanto, se evidencia un esfuerzo a nivel mundial y regional por regular y promover el acceso a una valoración temprana en materia de cáncer. Ello, debido a que el cáncer, en sus diferentes formas, es una enfermedad de alto impacto en la vida de los pacientes y un costo elevado para el sistema de salud, especialmente cuando es detectado en estadíos avanzados. Lo cual, ha llevado a plantear que es primordial que los Estados reglamenten y promuevan estrategias que apoyen la consecución de diagnósticos tempranos y mejores desenlaces para los pacientes. De igual manera, en la región se ha venido gestando un esfuerzo por garantizar el diagnóstico oportuno del cáncer de pulmón, debido a su prevalencia y mortalidad.

En primer lugar, este carcinoma hace parte de los cánceres priorizados por su incidencia en la mayoría de los instrumentos mencionados anteriormente. Uno de los países que ha avanzado en la materia ha sido Perú donde se ha buscado declarar de interés nacional la detección temprana del cáncer de pulmón. La iniciativa legislativa 05522 de Perú tuvo un concepto favorable del Ministerio de Salud en el 2021, mostrando la importancia que han identificado los entes técnicos en materia de salud de uno de los países de la región a la hora de promover la detección temprana del cáncer de pulmón. Además, el PL 2550/2024 de Brasil establece el TCBD como la herramienta clave para la detección temprana del cáncer de pulmón, con un enfoque basado en evidencia, accesibilidad y prevención.

Por otro lado, hay numerosas publicaciones de sociedades médico-científicas que exhortan a las autoridades a tomar medidas para dar prioridad al tamizaje en las estrategias nacionales e internacionales de salud pública. En primer lugar, Lung Cancer Policy Network realizó un estudio de las experiencias en 15 países en Europa, América y Oceanía, donde se implementó un piloto de Plan Nacional de Tamizaje. El estudio concluyó que las experiencias fueron positivas y que era necesario un método más proactivo para dar prioridad al cribado (tamizaje) con TCBD.

En la misma línea, la CDC, la Revista Colombiana de Cancerología y un grupo de 20 expertos técnicos en Argentina han promulgado recomendaciones para la realización exitosa de tamizajes de pulmón al resaltar que este está relacionado con un aumento en la supervivencia. Con el marco normativo anteriormente expuesto es posible constatar que materializar un acceso a un diagnóstico oportuno para los pacientes de cáncer es viable a través de programas de tamizaje que han de ser reglamentados y promovidos por el Estado.

Esto presenta una gran área de oportunidad para Colombia, pues aún hacen falta estrategias enfocadas en esta área, pero se han realizado esfuerzos normativos para alcanzarlo. Por ende, Colombia debe aprender e incorporar las lecciones expuestas por la normatividad de otros países. Es por ello por lo que el presente Proyecto Legislativo busca llenar ese vacío regulatorio y dar al país soluciones a la problemática del cáncer basándose en evidencia y experiencias previas.

f) Obligaciones Internacionales

Colombia ha ratificado compromisos internacionales que exigen la implementación de estrategias específicas para la prevención y tratamiento del cáncer:

- **Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS):** En particular, la meta 3.4, que busca reducir en un tercio las muertes prematuras por enfermedades no transmisibles para el año 2030. La detección temprana del cáncer de pulmón es fundamental para cumplir con esta meta.
- **Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS):** La OMS promueve la detección temprana como una estrategia clave para reducir la carga de enfermedades como el cáncer. Este proyecto de ley incorpora herramientas avanzadas, como la inteligencia artificial y las tomografias de baja dosis, alineándose con estas recomendaciones.

- **Declaración Mundial sobre el Cáncer (UICC, 2013):** Insta a los gobiernos a priorizar la atención oncológica en sus políticas de salud pública. Este proyecto responde a este llamado al enfocarse en una de las patologías más letales y desatendidas.

g) Vacíos Normativos Identificados:

El análisis del marco normativo vigente evidencia varios vacíos que este proyecto busca subsanar:

1. Ausencia de programas de tamizaje para el cáncer de pulmón: Aunque se han implementado iniciativas para otros tipos de cáncer, como mama y próstata, no existen programas similares para el cáncer de pulmón, a pesar de su alta mortalidad y el impacto económico asociado.

2. Desigualdad en la distribución de recursos: La falta de lineamientos específicos perpetúa disparidades en el acceso a servicios de salud entre regiones rurales y urbanas.

3. Falta de indicadores actualizados: Colombia carece de bases de datos centralizadas y registros robustos que permitan analizar la incidencia y prevalencia del cáncer de pulmón, dificultando la toma de decisiones informadas.

G. Objetivo del Proyecto

El presente proyecto de ley tiene como propósito establecer un programa nacional para la detección temprana del cáncer, mediante la implementación de estrategias de tamizaje sistemático dirigidas a poblaciones de alto riesgo y personas con antecedentes familiares.

Asimismo, busca fortalecer la infraestructura de salud, garantizando acceso a tecnología avanzada y especialistas en diagnóstico, con énfasis en regiones rurales y zonas de alta incidencia. Además, fomenta el uso de herramientas innovadoras como la Inteligencia Artificial para mejorar la precisión diagnóstica, promueve la capacitación continua del personal médico en el manejo temprano de casos y propone la creación de un sistema de registro nacional que permita centralizar y analizar datos, optimizando la toma de decisiones en salud pública.

Objetivos específicos

El presente proyecto de ley tiene como propósito establecer un programa nacional para la detección temprana del cáncer, enfocado en:

1. **Implementar programas de tamizaje:** Desarrollar estrategias de detección sistemática mediante para poblaciones de alto riesgo y personas con antecedentes familiares.
2. **Fortalecer la infraestructura de salud:** Garantizar la disponibilidad de tecnología avanzada y especialistas en diagnóstico temprano, especialmente en zonas rurales y regiones con alta incidencia.
3. **Incorporar tecnología innovadora:** Fomentar el uso de herramientas como Inteligencia Artificial para el análisis de imágenes médicas, lo que permitirá diagnósticos más rápidos y precisos.
4. **Capacitar al personal médico:** Proveer formación continua en detección temprana, manejo de casos y utilización de nuevas tecnologías para los profesionales de la salud.
5. **Crear bases de datos centralizadas:** Establecer un sistema de registro nacional que permita monitorear y analizar los casos de cáncer, facilitando la toma de decisiones en salud pública.

IV. PLIEGO DE MODIFICACIONES

Texto Radicado	Texto Propuesto para Primer Debate	Justificación
ARTÍCULO 1. Objeto. La presente ley tiene por objeto crear el Programa Nacional de Tamizaje Oncológico a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Instituto Nacional de Cancerología y el Instituto Nacional de Salud. El objetivo del programa será ampliar la práctica de tamizaje oncológico en Colombia, posicionando el tamizaje como un elemento fundamental dentro de las estrategias generales de prevención, detección temprana, diagnóstico, atención y tratamiento del cáncer, con un enfoque equitativo, sostenible y regional. Lo anterior, con el fin de detectar en estadios tempranos diferentes tipos de cáncer —como el de estómago, pulmón, mama, próstata, colorrectal y cuello uterino— con base en criterios de alta prevalencia, incidencia y mortalidad, posibilitando un diagnóstico y tratamiento oportunos, y mejorando la calidad y la expectativa de vida de la población, en especial de quienes habitan en zonas rurales, dispersas y apartadas	Se mantiene la redacción	N/A
TÍTULO I. **PAUTAS DEL PROGRAMA NACIONAL DE TAMIZAJE ONCOLÓGICO**	Se mantiene la redacción	N/A
ARTÍCULO 2. Programa Nacional de Tamizaje Oncológico. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el Programa Nacional de Tamizaje Oncológico en un plazo máximo de un año (1) contado a partir de la entrada en vigencia de la presente ley. Este programa deberá enfocarse en actividades de educación en prevención del cáncer y establecimiento de medidas de política pública para la promoción del tamizaje desde el nivel primario de atención, teniendo en cuenta buenas prácticas internacionales. Asimismo, involucrará el acceso a tecnologías avanzadas para detección y diagnóstico temprano y a pruebas de tamizaje a poblaciones prioritarias y la implementación de estrategias diferenciadas, de acuerdo con las características epidemiológicas y sociales de cada región. **PARÁGRAFO 1.** El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Instituto Nacional de Cancerología y el Instituto Nacional de Salud, deberá priorizar el desarrollo de lineamientos, estrategias e indicadores para tipos de cáncer como el de estómago, pulmón, mama, próstata, colorrectal y cuello uterino, con base en criterios de mayor prevalencia, incidencia y mortalidad.	Se mantiene la redacción	N/A

PARÁGRAFO 2. El Ministerio de Salud y Protección Social desarrollará un informe detallado cada cuatro (4) años, que contenga indicadores clave que permitan medir su efectividad, eficacia, cobertura, impacto en salud y sostenibilidad, y replantear metas a corto, mediano y largo plazo. Lo anterior, sin perjuicio de la evaluación anual que se realice de los indicadores clave que los lineamientos establezcan.		
ARTÍCULO 3. Funciones del Programa Nacional de Tamizaje Oncológico. Son funciones del Programa Nacional de Tamizaje Oncológico: 1. Definir responsabilidades y lineamientos a seguir para cada uno de los actores correspondientes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Entidades Territoriales, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - hospitales y clínicas, Empresa Promotoras de Salud, Centros de Atención Primaria o la instancia de haga sus veces en el Sistema de Salud, Superintendencia Nacional de Salud, Instituto Nacional de Salud, Instituto Nacional de Cancerología, etc). 2. Elaborar los lineamientos para la realización de tamizajes y promoción de la detección temprana en los tipos de cáncer priorizado. 3. Dar seguimiento a la implementación de los lineamientos, las actividades de tamizaje y el correcto funcionamiento del Programa, y emitir directrices claras para su organización y operación. 4. Actualizar periódicamente los lineamientos del Programa para el tamizaje oncológico, de acuerdo con la normatividad vigente (Plan de Choque contra el Cáncer 2024, Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, entre otros). 5. Contribuir a la toma de decisiones de política pública y a un gasto más eficiente en salud, a partir de los resultados y la data arrojada por el Programa.	**ARTÍCULO 3. ~~Funciones~~ Contenido del Programa Nacional de Tamizaje Oncológico.** ~~Son funciones~~ **El** ~~del~~ Programa Nacional de Tamizaje Oncológico **deberá**: 1. Definir responsabilidades y lineamientos a seguir para cada uno de los actores correspondientes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Entidades Territoriales, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - hospitales y clínicas, Empresa Promotoras de Salud, Centros de Atención Primaria o la instancia de haga sus veces en el Sistema de Salud, Superintendencia Nacional de Salud, Instituto Nacional de Salud, Instituto Nacional de Cancerología, etc). 2. Elaborar los lineamientos para la realización de tamizajes y promoción de la detección temprana en los tipos de cáncer priorizado. 3. Dar seguimiento a la implementación de los lineamientos, las actividades de tamizaje y el correcto funcionamiento del Programa, y emitir directrices claras para su organización y operación. 4. Actualizar periódicamente los lineamientos del Programa para el tamizaje oncológico, de acuerdo con la normatividad vigente (Plan de Choque contra el Cáncer 2024, Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, entre otros). 5. Contribuir a la toma de decisiones de política pública y a un gasto más eficiente en salud, a partir de los resultados y la data arrojada por el Programa.	Se mejora la redacción del artículo en el entendido de que el Programa Nacional de Tamizaje Oncológico , no es un órgano y el artículo se refiere a las definiciones que debe contener el mismo.
ARTÍCULO 4. Enfoque diferencial e inclusión. Los lineamientos que elabore el Ministerio de Salud y Protección Social observarán en todo momento el enfoque de diversidad y priorización a las comunidades indígenas, afrodescendientes y población rural en la ejecución del Programa Nacional de Tamizaje Oncológico. Lo anterior, para efectos de adaptar la operatividad del Programa al contexto social, económico y cultural.	Se mantiene la redacción	N/A.
ARTÍCULO 5. Garantía de Financiación y Presupuesto para el Programa Nacional de Tamizaje Oncológico. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social y las demás entidades competentes, podrá garantizar los recursos presupuestales necesarios para la formulación, ejecución y monitoreo del Programa Nacional de Tamizaje Oncológico, con el fin de cumplir con los objetivos establecidos en la presente ley.	Se mantiene la redacción	N/A
ARTÍCULO 6. Tratamiento de la información del Programa Nacional de Tamizaje Oncológico. La información obtenida del tamizaje oncológico se incorporará al Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) y deberá crearse un sistema de seguimiento en tiempo real al paciente y su estado en la navegación del sistema. En dichos sistemas, la información será administrada por el Ministerio de Salud y Protección Social y podrá ser consultada por entes de control, tales como las Secretarías de Salud municipales y departamentales, la ADRES, el INS y el INC, de acuerdo con las normas vigentes.	Se mantiene la redacción	N/A

TÍTULO II. **SENSIBILIZACIÓN, PEDAGOGÍA E INVESTIGACIÓN**	Se mantiene la redacción	N/A
ARTÍCULO 7. Fortalecimiento del talento humano en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará, implementará y evaluará estrategias integrales para el fortalecimiento de las capacidades del personal de atención en salud, priorizando el nivel primario, enfocados en la capacitación constante sobre la importancia del tamizaje oncológico y de abordajes especializados e innovadores para la detección temprana en el territorio nacional: 1. Capacitación continua. Desarrollo de programas de formación y actualización periódica sobre la importancia, técnicas y protocolos del tamizaje oncológico, iniciando con los profesionales de la salud de los niveles primarios de atención. 2. Incorporación de tecnologías. Promoción del uso de herramientas digitales y soluciones tecnológicas que optimicen la identificación, seguimiento y manejo de casos detectados en el tamizaje oncológico, especialmente aquellas que usen Inteligencia Artificial (IA). 3. Competencias regionalizadas. Adaptación de las estrategias formativas a las necesidades específicas de cada región, teniendo en cuenta las particularidades epidemiológicas y los recursos disponibles. 4. Navegación óptima del paciente. Desarrollo de programas de formación y actualización periódica para la capacitación e implementación de enfermeros(as) navegadores que optimicen la navegación del paciente y se integren con herramientas tecnológicas y/o tecnologías de la información para hacer más eficiente el paso de los pacientes por el sistema. **PARÁGRAFO. Abordaje especializado.** Para los tipos de cáncer que no cuentan con herramientas de tamizaje, el enfoque deberá centrarse en identificar factores de riesgo, educación en síntomas tempranos y en la promoción de incentivos para la investigación y desarrollo de tecnologías diagnósticas.	**ARTÍCULO 7. Fortalecimiento del talento humano en salud.** El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará, implementará y evaluará estrategias integrales para el fortalecimiento de las capacidades del personal de atención en salud, priorizando el nivel primario, enfocados en la capacitación constante sobre la importancia del tamizaje oncológico y de abordajes especializados e innovadores para la detección temprana en el territorio nacional; **<u>para ello propenderá por:</u>** 1. Capacitación continua. Desarrollo de programas de formación y actualización periódica sobre la importancia, técnicas y protocolos del tamizaje oncológico, iniciando con los profesionales de la salud de los niveles primarios de atención. 2. Incorporación de tecnologías. Promoción del uso de herramientas digitales y soluciones tecnológicas que optimicen la identificación, seguimiento y manejo de casos detectados en el tamizaje oncológico, especialmente aquellas que usen Inteligencia Artificial (IA). 3. Competencias regionalizadas. Adaptación de las estrategias formativas a las necesidades específicas de cada región, teniendo en cuenta las particularidades epidemiológicas y los recursos disponibles. 4. Navegación óptima del paciente. Desarrollo de programas de formación y actualización periódica para la capacitación e implementación de enfermeros(as) navegadores que optimicen la navegación del paciente y se integren con herramientas tecnológicas y/o tecnologías de la información para hacer más eficiente el paso de los pacientes por el sistema. **PARÁGRAFO. Abordaje especializado.** Para los tipos de cáncer que no cuentan con herramientas de tamizaje, el enfoque deberá centrarse en identificar factores de riesgo, educación en síntomas tempranos y en la promoción de incentivos para la investigación y desarrollo de tecnologías diagnósticas.	Se mejora la redacción , en aras de mejor comprensión del articulado.
ARTÍCULO 8. Fomento a la investigación científica y tecnológica. El Gobierno Nacional apoyará la investigación científica y tecnológica para el tamizaje oncológico, con especial énfasis en aquellas iniciativas que incorporen Inteligencia Artificial (IA), de tipos de cáncer de mama, próstata, pulmón, colorrectal, cuello uterino, estómago, entre otros prevalentes, y el abordaje especializado, mediante: 1. Asignación de recursos. En la gestión de recursos del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación, se establecerán como prioridad los proyectos relacionados con tecnologías que faciliten el tamizaje oncológico y estudios epidemiológicos. 2. Estímulos financieros. Se otorgarán incentivos a la academia (investigadores, universidades, centros de investigación, etc.) que desarrollen soluciones diagnósticas innovadoras aplicables al contexto colombiano. 3. Alianzas estratégicas. Se fomentará la colaboración público-privada para el desarrollo e implementación de herramientas tecnológicas que permitan un mayor acceso a prácticas de tamizaje oncológico. **PARÁGRAFO.** El Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación presentará anualmente un informe de avances, recursos ejecutados y resultados obtenidos en el marco de esta estrategia.	**ARTÍCULO 8. Fomento a la investigación científica y tecnológica.** El Gobierno Nacional apoyará la investigación científica y tecnológica para el tamizaje oncológico, con especial énfasis en aquellas iniciativas que incorporen Inteligencia Artificial (IA), de tipos de cáncer de mama, próstata, pulmón, colorrectal, cuello uterino, estómago, entre otros prevalentes, y el abordaje especializado, mediante: **<u>1.</u>** Asignación de recursos. En la gestión de recursos del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación, se establecerán como prioridad los proyectos relacionados con tecnologías que faciliten el tamizaje oncológico y estudios epidemiológicos. **<u>2.</u>** Estímulos financieros. Se otorgarán incentivos a la academia (investigadores, universidades, centros de investigación, etc.) que desarrollen soluciones diagnósticas innovadoras aplicables al contexto colombiano. **<u>3.</u>** Alianzas estratégicas. Se fomentará la colaboración público-privada para el desarrollo e implementación de herramientas tecnológicas que permitan un mayor acceso a prácticas de tamizaje oncológico. **PARÁGRAFO.** El Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación presentará anualmente un informe de avances, recursos ejecutados y resultados obtenidos en el marco de esta estrategia.	Se utiliza el punto y aparte para los numerales 1, 2 y 3 para mayor comprensión.
ARTÍCULO 9. Cánceres mortales. El programa deberá priorizar la ejecución de las acciones comprendidas en la presente ley en función de la mortalidad de los diferentes tipos de cáncer. **PARÁGRAFO.** El Programa Nacional de Tamizaje Oncológico recopilará información relevante para los cánceres más mortales y será actualizado tomando en cuenta las cifras recogidas.	Se mantiene la redacción	N/A
ARTÍCULO 10. Participación de pacientes en estrategias de sensibilización. El	Se mantiene la redacción	N/A

Gobierno Nacional fomentará la participación activa de los pacientes con diagnóstico oncológico y sus organizaciones en los espacios de discusión, diseño, implementación y evaluación de las estrategias de sensibilización, educación y comunicación del Programa Nacional de Tamizaje Oncológico. Esta participación tendrá como propósito fortalecer el control social, garantizar la pertinencia cultural y territorial de los mensajes, mejorar la apropiación del conocimiento en salud y contribuir a una atención centrada en el paciente.		
ARTÍCULO 11. Fomento a la difusión de mensajes en salud oncológica. La Comisión de Regulación de Comunicaciones (CRC) podrá promover la emisión de mensajes sobre prevención, tamizaje y detección temprana del cáncer, priorizando los tipos de mayor carga en salud pública y garantizando su difusión en zonas rurales, dispersas y apartadas. También podrá fomentar estrategias de comunicación dirigidas a pacientes oncológicos para apoyar la adherencia al tratamiento, el autocuidado y la sostenibilidad del sistema de salud.	Se mantiene la redacción	N/A
ARTÍCULO 12. Vigencia. La presente ley entra en vigencia a partir de su sanción y publicación en el Diario Oficial y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.	Se mantiene la redacción	N/A

V. IMPACTO FISCAL

El cumplimiento de las metas y la ejecución de las medidas establecidas en el Proyecto de Ley se hará en el marco de las competencias constitucionales y legales de las entidades involucradas y en concordancia con las disponibilidades presupuestales, el Marco Fiscal de Mediano Plazo y el Marco de Gasto de Mediano Plazo.

Por consiguiente, para continuar con el trámite legislativo, es pertinente tener a consideración la siguiente jurisprudencia[10] de la Corte Constitucional:

"Las obligaciones previstas en el artículo 7º de la Ley 819/03 constituyen un parámetro de racionalidad legislativa, que está encaminado a cumplir propósitos constitucionalmente valiosos, entre ellos el orden de las finanzas públicas, la estabilidad macroeconómica y la aplicación efectiva de las leyes. Esto último, en tanto un estudio previo de la compatibilidad entre el contenido del proyecto de ley y las proyecciones de la política económica, disminuye el margen de incertidumbre respecto de la ejecución material de las previsiones legislativas. El mandato de adecuación entre la justificación de los proyectos de ley y la planeación de la política económica; empero, no puede comprenderse como un requisito de trámite para la aprobación de las iniciativas legislativas, cuyo cumplimiento recaiga exclusivamente en el Congreso. Ello en tanto (i) el Congreso carece de las instancias de evaluación técnica para determinar el impacto fiscal de cada proyecto, la determinación de las fuentes adicionales de financiación y la compatibilidad con el marco fiscal de mediano plazo; y (ii) aceptar una interpretación de esta naturaleza constituiría una carga irrazonable para el Legislador y otorgaría un poder correlativo de veto al Ejecutivo, a través del Ministerio de Hacienda, respecto de la competencia del Congreso para hacer las leyes. Un poder de este carácter, que involucra una barrera en la función constitucional de producción normativa, se muestra incompatible con el balance entre los poderes públicos y el principio democrático. Si se considera dicho mandato como un mecanismo de racionalidad legislativa, su cumplimiento corresponde inicialmente al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, una vez el Congreso ha valorado, mediante las herramientas que tiene a su alcance, la compatibilidad entre los gastos que genera la iniciativa legislativa y las proyecciones de la política económica trazada por el Gobierno. Así, si el Ejecutivo considera que las cámaras han efectuado un análisis de impacto fiscal erróneo, corresponde al citado Ministerio el deber de concurrir al procedimiento legislativo, en aras de ilustrar al Congreso sobre las consecuencias económicas del proyecto. El artículo 7º de la Ley 819 de 2003 no puede interpretarse de modo tal que la falta de concurrencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público dentro del proceso legislativo afecte la validez constitucional del trámite respectivo

Es relevante mencionar que la Corte Constitucional, en Sentencia C-911 de 2007, señala que el impacto fiscal de las normas no puede convertirse en óbice, para que las corporaciones públicas ejerzan su función legislativa y normativa.

"En la realidad, aceptar que las condiciones establecidas en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003 constituyen un requisito de trámite que le incumbe cumplir única y exclusivamente al Congreso reduce desproporcionadamente la capacidad de iniciativa legislativa que reside en el Congreso de la República, con lo cual se vulnera el principio de separación de las Ramas del Poder Público, en la medida en que se lesiona seriamente la autonomía del Legislativo.

Precisamente, los obstáculos casi insuperables que se generarían para la actividad legislativa del Congreso de la República conducirían a concederle una forma de poder de veto al Ministro de Hacienda sobre las iniciativas de ley en el Parlamento.

*Es decir, el mencionado artículo debe interpretarse en el sentido de que su fin es obtener que las leyes que se dicten tengan en cuenta las realidades macroeconómicas, pero sin crear barreras insalvables en el ejercicio de la función legislativa ni crear un poder de veto legislativo en cabeza del Ministro de Hacienda***.**

***VI.* CONFLICTO DE INTERESES.**

Según lo establecido en el artículo 3 de la Ley 2003 de 2019, corresponde al autor del proyecto y el ponente de un Proyecto de Ley enunciar las posibles circunstancias en las que se podría incurrir en conflicto de interés por parte de los congresistas que participen de la discusión y votación del Proyecto de Ley. En ese sentido, señala el artículo 1º de la Ley 2003 de 2019 lo siguiente:

"ARTÍCULO 1° El artículo 286 de la Ley 5 de 1992 quedará así:

ARTÍCULO 286. Régimen de conflicto de interés de los congresistas. Todos los congresistas deberán declarar los conflictos de intereses que pudieran surgir en ejercicio de sus funciones. Se entiende como conflicto de interés una situación donde la discusión o votación de un proyecto de ley o acto legislativo o artículo, pueda resultar en un beneficio particular, actual y directo a favor del congresista.

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."*

Atendiendo el anterior apartado legal, se considera que en el caso de este Proyecto de Ley no existen circunstancias que eventualmente puedan generar un conflicto de interés por parte de los congresistas que participen en el debate y votación. Lo anterior, entendiendo el carácter general de lo propuesto en la iniciativa legislativa.

Es menester señalar que la descripción de los posibles conflictos de interés que se puedan presentar frente al trámite o votación del presente Proyecto de Ley, conforme a lo dispuesto en el artículo 291 de la Ley 5 de 1992 modificado por la Ley 2003 de 2019, no exime al Congresista de identificar causales adicionales en las que pueda estar incurso.

***VII.* PROPOSICIÓN.**

Con fundamento en las anteriores consideraciones y argumentos, en el marco de la Constitución Política y la Ley, propongo a la Honorable Comisión Séptima Constitucional del Senado de la República **dar primer debate** al Proyecto de Ley No. Proyecto de Ley 072 de 2025 Senado **"Por medio del cual se establece el Programa Nacional de Tamizaje Oncológico y se dictan otras disposiciones"**

Proyecto de Ley No. 072 de 2025 Senado

"Por medio del cual se establece el Programa Nacional de Tamizaje Oncológico y se dictan otras disposiciones"

TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE.

Texto propuesto para primer debate Proyecto de Ley 072 de 2025 Senado **"Por medio del cual se establece el Programa Nacional de Tamizaje Oncológico y se dictan otras disposiciones"**

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA

ARTÍCULO 1. Objeto. La presente ley tiene por objeto crear el Programa Nacional de Tamizaje Oncológico a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Instituto Nacional de Cancerología y el Instituto Nacional de Salud. El objetivo del programa será ampliar la práctica de tamizaje oncológico en Colombia, posicionando el tamizaje como un elemento fundamental dentro de las estrategias generales de prevención, detección temprana, diagnóstico, atención y tratamiento del cáncer, con un enfoque equitativo, sostenible y regional. Lo anterior, con el fin de detectar en estadios tempranos diferentes tipos de cáncer —como el de estómago, pulmón, mama, próstata, colorrectal y cuello uterino— con base en criterios de alta prevalencia, incidencia y mortalidad, posibilitando un diagnóstico y tratamiento oportunos, y mejorando la calidad y la expectativa de vida de la población, en especial de quienes habitan en zonas rurales, dispersas y apartadas

TÍTULO I.

PAUTAS DEL PROGRAMA NACIONAL DE TAMIZAJE ONCOLÓGICO

ARTÍCULO 2. Programa Nacional de Tamizaje Oncológico. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el Programa Nacional de Tamizaje Oncológico en un plazo máximo de un año (1) contado a partir de la entrada en vigencia de la presente ley. Este programa deberá enfocarse en actividades de educación en prevención del cáncer y establecimiento de medidas de política pública para la promoción del tamizaje desde el nivel primario de atención, teniendo en cuenta buenas prácticas internacionales. Asimismo, involucrará el acceso a tecnologías avanzadas para detección y diagnóstico temprano y a pruebas de tamizaje a poblaciones prioritarias y la implementación de estrategias diferenciadas, de acuerdo con las características epidemiológicas y sociales de cada región.

PARÁGRAFO 1. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Instituto Nacional de Cancerología y el Instituto Nacional de Salud, deberá priorizar el desarrollo de lineamientos, estrategias e indicadores para tipos de cáncer como el de estómago, pulmón, mama, próstata, colorrectal y cuello uterino, con base en criterios de mayor prevalencia, incidencia y mortalidad.

PARÁGRAFO 2. El Ministerio de Salud y Protección Social desarrollará un informe detallado cada cuatro (4) años, que contenga indicadores clave que permitan medir su efectividad, eficacia, cobertura, impacto en salud y sostenibilidad, y replantear metas a corto, mediano y largo plazo. Lo anterior, sin perjuicio de la evaluación anual que se realice de los indicadores clave que los lineamientos establezcan.

ARTÍCULO 3. Contenido del Programa Nacional de Tamizaje Oncológico. El Programa Nacional de Tamizaje Oncológico deberá:

1. Definir responsabilidades y lineamientos a seguir para cada uno de los actores correspondientes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Entidades Territoriales, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -hospitales y clínicas, Empresa Promotoras de Salud, Centros de Atención Primaria o la instancia de haga sus veces en el Sistema de Salud, Superintendencia Nacional de Salud, Instituto Nacional de Salud, Instituto Nacional de Cancerología, etc).

2. Elaborar los lineamientos para la realización de tamizajes y promoción de la detección temprana en los tipos de cáncer priorizado.

3. Dar seguimiento a la implementación de los lineamientos, las actividades de tamizaje y el correcto funcionamiento del Programa, y emitir directrices claras para su organización y operación.

4. Actualizar periódicamente los lineamientos del Programa para el tamizaje oncológico, de acuerdo con la normatividad vigente (Plan de Choque contra el Cáncer 2024, Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, entre otros).

5. Contribuir a la toma de decisiones de política pública y a un gasto más eficiente en salud, a partir de los resultados y la data arrojada por el Programa.

ARTÍCULO 4. Enfoque diferencial e inclusión. Los lineamientos que elabore el Ministerio de Salud y Protección Social observarán en todo momento el enfoque de diversidad y priorización a las comunidades indígenas, afrodescendientes y población rural en la ejecución del Programa Nacional de Tamizaje Oncológico. Lo anterior, para efectos de adaptar la operatividad del Programa al contexto social, económico y cultural.

ARTÍCULO 5. Garantía de Financiación y Presupuesto para el Programa Nacional de Tamizaje Oncológico. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social y las demás entidades competentes, podrá garantizar los recursos presupuestales necesarios para la formulación, ejecución y monitoreo del Programa Nacional de Tamizaje Oncológico, con el fin de cumplir con los objetivos establecidos en la presente ley.

ARTÍCULO 6. Tratamiento de la información del Programa Nacional de Tamizaje Oncológico. La información obtenida del tamizaje oncológico se incorporará al Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) y deberá crearse un sistema de seguimiento en tiempo real al paciente y su estado en la navegación del sistema. En dichos sistemas, la información será administrada por el Ministerio de Salud y Protección Social y podrá ser consultada por entes de control, tales como las Secretarías de Salud municipales y departamentales, la ADRES, el INS y el INC, de acuerdo con las normas vigentes.

TÍTULO II.

SENSIBILIZACIÓN, PEDAGOGÍA E INVESTIGACIÓN

ARTÍCULO 7. Fortalecimiento del talento humano en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará, implementará y evaluará estrategias integrales para el fortalecimiento de las capacidades del personal de atención en salud, priorizando el nivel primario, enfocados en la capacitación constante sobre la importancia del tamizaje oncológico y de abordajes especializados e innovadores para la detección temprana en el territorio nacional; para ello propenderá por:

1. Capacitación continua. Desarrollo de programas de formación y actualización periódica sobre la importancia, técnicas y protocolos del tamizaje oncológico, iniciando con los profesionales de la salud de los niveles primarios de atención.

2. Incorporación de tecnologías. Promoción del uso de herramientas digitales y soluciones tecnológicas que optimicen la identificación, seguimiento y manejo de casos detectados en el tamizaje oncológico, especialmente aquellas que usen Inteligencia Artificial (IA).

3. Competencias regionalizadas. Adaptación de las estrategias formativas a las necesidades específicas de cada región, teniendo en cuenta las particularidades epidemiológicas y los recursos disponibles.

4. Navegación óptima del paciente. Desarrollo de programas de formación y actualización periódica para la capacitación e implementación de enfermeros(as) navegadores que optimicen la navegación del paciente y se integren con herramientas tecnológicas y/o tecnologías de la información para hacer más eficiente el paso de los pacientes por el sistema.

PARÁGRAFO. Abordaje especializado. Para los tipos de cáncer que no cuentan con herramientas de tamizaje, el enfoque deberá centrarse en identificar factores de riesgo, educación en síntomas tempranos y en la promoción de incentivos para la investigación y desarrollo de tecnologías diagnósticas.

ARTÍCULO 8. Fomento a la investigación científica y tecnológica. El Gobierno Nacional apoyará la investigación científica y tecnológica para el tamizaje oncológico, con especial énfasis en aquellas iniciativas que incorporen Inteligencia Artificial (IA), de tipos de cáncer de mama, próstata, pulmón, colorrectal, cuello uterino, estómago, entre otros prevalentes, y el abordaje especializado, mediante:

1. Asignación de recursos. En la gestión de recursos del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación, se establecerán como prioridad los proyectos relacionados con tecnologías que faciliten el tamizaje oncológico y estudios epidemiológicos.

2. Estímulos financieros. Se otorgarán incentivos a la academia (investigadores, universidades, centros de investigación, etc.) que desarrollen soluciones diagnósticas innovadoras aplicables al contexto colombiano.

3. Alianzas estratégicas. Se fomentará la colaboración público-privada para el desarrollo e implementación de herramientas tecnológicas que permitan un mayor acceso a prácticas de tamizaje oncológico.

PARÁGRAFO. El Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación presentará anualmente un informe de avances, recursos ejecutados y resultados obtenidos en el marco de esta estrategia.

ARTÍCULO 9. Cánceres mortales. El programa deberá priorizar la ejecución de las acciones comprendidas en la presente ley en función de la mortalidad de los diferentes tipos de cáncer.

PARÁGRAFO. El Programa Nacional de Tamizaje Oncológico recopilará información relevante para los cánceres más mortales y será actualizado tomando en cuenta las cifras recogidas.

ARTÍCULO 10. Participación de pacientes en estrategias de sensibilización. El Gobierno

Nacional fomentará la participación activa de los pacientes con diagnóstico oncológico y sus organizaciones en los espacios de discusión, diseño, implementación y evaluación de las estrategias de sensibilización, educación y comunicación del Programa Nacional de Tamizaje Oncológico. Esta participación tendrá como propósito fortalecer el control social, garantizar la pertinencia cultural y territorial de los mensajes, mejorar la apropiación del conocimiento en salud y contribuir a una atención centrada en el paciente.

ARTÍCULO 11. Fomento a la difusión de mensajes en salud oncológica. La Comisión de Regulación de Comunicaciones (CRC) podrá promover la emisión de mensajes sobre prevención, tamizaje y detección temprana del cáncer, priorizando los tipos de mayor carga en salud pública y garantizando su difusión en zonas rurales, dispersas y apartadas. También podrá fomentar estrategias de comunicación dirigidas a pacientes oncológicos para apoyar la adherencia al tratamiento, el autocuidado y la sostenibilidad del sistema de salud.

ARTÍCULO 12. Vigencia. La presente ley entra en vigencia a partir de su sanción y publicación en el Diario Oficial y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Del señor presidente

FERNEY SILVA IDROBO
Senador Pacto Histórico

NADIA BLEL SCAFF
Senadora Partico Conservador

LA COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA. - Bogotá D.C., a los quince (15) días del mes de diciembre del año dos mil veinticinco (2025) - En la presente fecha se autoriza la **publicación en Gaceta del Congreso de la República, Informe** de Ponencia para primer debate, y texto propuesto, así:

INFORME DE PONENCIA PARA: PRIMER DEBATE

NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: 072 DE 2025 SENADO

TITULO: "POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECE EL PROGRAMA NACIONAL DE TAMIZAJE ONCOLÓGICO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

INICIATIVA H.S. PEDRO HERNANDO FLÓREZ PORRAS, FABIÁN DIAZ PLATA, FERNEY SILVA IDROBO, OMAR RESTREPO CORREA, MARTHA PERALTA EPIEYÚ, NADIA BLEL SCAFF

RADICADO: EN SENADO: **30-07-2025** EN COMISIÓN: **14-08-2025**EN CÁMARA: **XX-XX-202X**

PUBLICACIONES – GACETAS

TEXTO ORIGINAL	PONENCIA 1ºDEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO COM VII SENADO	PONENCIA 2ºDEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA SENADO	PONENCIA 1ºDEBATE CAMARA	TEXTO DEFINITIVO COM VII CÁMARA	PONENCIA 2ºDEBATE CAMARA	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA CAMARA
12 Art 1393/2025								

PONENTES PRIMER DEBATE		
HH.SS. PONENTES	ASIGNADO (A)	PARTIDO
FERNEY SILVA IDROBO	PONENTE	PACTO HISTÓRICO
NADIA BLEL SCAFF	PONENTE	PARTIDO CONSERVADOR

NÚMERO DE FOLIOS: TREINTA Y CINCO (35)
RECIBIDO EL DÍA: 12 DE DICIEMBRE DE 2025
HORA: 11:05

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

El secretario,

PRAXERE JOSÉ OSPINO REY
Secretario General Comisión Séptima

INFORME DE PONENCIA POSITIVA PARA PRIMER DEBATE DEL PROYECTO DE LEY NÚMERO 293 DE 2025 SENADO – 145 DE 2025 CÁMARA

por medio de la cual se dictan medidas dirigidas a prevenir y detener el acoso y la violencia en el entorno laboral del sistema de residencias médicas y odontológicas - Ley Doctora Catalina.

Bogotá, Diciembre 12 de 2025

Honorable Senador
MIGUEL ANGEL PINTO HERNANDEZ
Presidente
Comisión Séptima Constitucional Permanente
Senado de la República

Señor
PRAXERE JOSE OSPINO REY
Secretario
Comisión Séptima Constitucional Permanente
Senado de la República

Asunto: Informe de ponencia **Positiva** para primer debate en el Senado de la República del Proyecto de Ley No. 293 de 2025 Senado – No. 145 de 2025 Cámara, *"por medio de la cual se dictan medidas dirigidas a prevenir y detener el acoso y la violencia en el entorno laboral del sistema de residencias médicas y odontológicas – Ley Doctora Catalina"*.

Honorable Presidente y Secretario,

Atendiendo la designación realizada por la Honorable Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, y en cumplimiento del mandato legal dispuesto en artículo 150 de la Ley 5° de 1992, dentro del término establecido para tal efecto, nos permitimos rendir informe de ponencia **POSITIVA** para primer debate, ante la Comisión séptima del Senado de la República, del Proyecto de Ley No. 293 de 2025 Senado – 145 de 2025 Cámara, *"Por medio de la cual se dictan medidas dirigidas a prevenir y detener el acoso y la violencia en el entorno laboral del sistema de residencias médicas y odontológicas – Ley Doctora Catalina"*.

De forma cordial,

LORENA RÍOS CUÉLLAR
Senadora de la República
Coordinadora ponente

FABIAN DIAZ PLATA
Senador de la República
Ponente

MARTHA ISABEL PERALTA EPIEYÚ
Senadora de la República
Ponente

1. TRÁMITE DEL PROYECTO DE LEY

El pasado 4 de agosto de 2024 fue radicado en la Secretaría General de la Cámara, el Proyecto de Ley 145 de 2024 Cámara. La iniciativa tiene como autores a los honorables Representantes Álvaro Leonel Rueda Caballero, Héctor David Chaparro Chaparro, Julia Miranda Londoño y Santiago Osorio Marín.

Por designación de la Mesa Directiva de la Honorable Comisión Séptima Constitucional de la Cámara, se designaron como ponentes del proyecto a los honorables Representantes Héctor David Chaparro, Germán Rogelio Rozo, María Fernanda Carrascal y Juan Camilo Londoño.

El 18 de noviembre de 2024 se realizó Audiencia Pública en el Salón Boyacá del Capitolio Nacional, donde asistieron entidades públicas del orden nacional, colectivos y otros interesados en la iniciativa.

El martes 1° de abril de 2025 se discutió y aprobó en la Comisión Séptima de la Cámara la ponencia de primer debate del Proyecto de Ley 145 de 2024 Cámara.

El miércoles 3 de septiembre de 2025, se discutió y aprobó en la Plenaria de la Cámara de representantes la ponencia para segundo debate del proyecto de ley 145 de 2024 Cámara, el cual fue enviado a la Comisión Séptima del Senado el pasado 16 de octubre de 2025.

Mediante el oficio con radicado CSP-CS-1044-2025 del 05 de noviembre de 2025, fue designada la Senadora Lorena Ríos Cuéllar como ponente de esta iniciativa legislativa, posterior a ello, mediante oficio CSP-CS-1062-2025 del 18 de noviembre de la presente anualidad, los senadores Fabian Diaz Plata y Martha Peralta Epieyú, fueron incluidos como ponentes de este proyecto de ley, quedando como ponentes y la HS. Lorena Ríos como ponente coordinadora.

2. OBJETO DEL PROYECTO DE LEY

Conforme al proyecto radicado y publicado en Gaceta del Congreso número 1137 de 2024, se contempla que esta iniciativa legislativa tiene como objeto modificar la Ley 1917 de 2018 con el fin de mejorar las condiciones laborales de los residentes médicos en Colombia, prevenir el maltrato y el acoso en el ámbito de la práctica formativa, establecer canales efectivos de denuncia y seguimiento para casos de acoso, e implementar un programa integral de salud mental para los residentes, garantizando así un ambiente de formación seguro, respetuoso y propicio para el desarrollo profesional y personal de los médicos en formación.

3. JUSTIFICACIÓN

La residencia médica constituye una etapa esencial en la formación de profesionales de la salud, caracterizándose por su intensidad, largas jornadas y alto nivel de exigencia. Los médicos residentes, además de enfrentar la presión académica y

asistencial, a menudo deben lidiar con la falta de condiciones laborales adecuadas, remuneración insuficiente y falta de apoyo emocional y psicológico. Estas condiciones pueden tener un impacto significativo en la salud mental y bienestar de los residentes. Algunos sobre la exposición a la violencia, sin enfáticos en señalar que "la formación del recurso humano constituye un pilar importante del sistema de salud; bajo ese escenario, las residencias médicas son un proceso social de gran importancia que garantiza la formación y preparación de los futuros médicos especialistas, para que alcancen un mayor perfeccionamiento en su práctica profesional; no obstante, las concepciones teóricas al respecto, se resisten a considerar la realidad de la violencia interpersonal (física, psicológica y sexual) como una variable determinante en la formación profesional de los médicos residentes, enfocándose en analizar, casi exclusivamente, cuestiones de orden técnico y científico"[1]. Por lo que mediante esta iniciativa resulta fundamental abordar ese pilar de la formación que abarca la órbita emocional y de salud mental de esta población.

Uno de los casos conocidos más recientes que hacen evidente la crisis que enfrentan los médicos residentes en Colombia es el de Catalina Gutiérrez Zuluaga, una joven residente de la Universidad Javeriana quien lamentablemente se suicidó, dejando una carta en la que denunció supuestos abusos y sobrecarga laboral en el desarrollo de su residencia. Su trágica muerte puso en evidencia la urgente necesidad de mejorar las condiciones laborales y de salud mental de los médicos residentes en el país.

The New England Journal of Medicine publicó en octubre de 2004 un artículo denominado "Effect of Reducing Interns Work Hours on Serious Medical Errors in Intensive Care Units" (Efecto de la reducción de las horas de trabajo de los pasantes en los errores médicos graves en las unidades de cuidados intensivos) en el que se condujo un estudio sobre el descanso de los internos y la seguridad de los pacientes, como parte del estudio sobre horas de trabajo, salud y seguridad de Harvard en las Unidades de Cuidados Intensivos y las Unidades de Cuidados Coronarios del Hospital Brigham and Women's, un Hospital Académico de Boston.

Dicho artículo arrojó como conclusión que "Los internos cometieron errores médicos sustancialmente más graves cuando trabajaban turnos frecuentes de 24 horas o más que cuando trabajaban turnos más cortos. Eliminar los turnos de trabajo prolongados y reducir el número de horas que trabajan los internos por semana puede reducir los errores médicos graves en la unidad de cuidados intensivos."[2] (traducción propia)

En el artículo "Jornadas laborales y sus repercusiones en médicos residentes en un hospital de segundo nivel", Prieto-Miranda destaca la labor pionera de Landrigan, el investigador líder tras la reforma de las horas de trabajo en médicos residentes. Indica que Landrigan es responsable del único ensayo con distribución al azar sobre esta reforma, cuyos resultados son ahora la principal justificación para las nuevas restricciones en las horas de trabajo. En una encuesta realizada a médicos residentes, el 41% identificó la fatiga como la causa de su error médico más grave, y una gran parte de estos eventos tuvo lugar durante su internado. Además, el 31% de los errores graves resultó en accidentes mortales, muchos de ellos para el mismo personal médico, al conducir bajo la influencia de la fatiga generada por los excesivos horarios laborales.[3]

Prieto-Miranda resalta a su vez que, Bocanegra[4] Rivera en su artículo "Sobrecarga laboral en los profesionales de la salud y su relación con la seguridad del paciente", observó que al trabajar más de 50 horas a la semana se incrementa el riesgo de cometer errores. También, que el mismo autor señala que en países de la Unión Europea se cuenta con una normatividad clara del tema buscando reducir la fatiga y el riesgo de errores médicos, promoviendo con ello un equilibrio adecuado entre el trabajo y el descanso para los residentes.

Añade Prieto-Miranda que, en Estados Unidos han reducido paulatinamente las horas de trabajo de los médicos residentes, con justificación en estudios como los realizados por Blum[5] y Landrigan[6]. En estos estudios, los autores sugieren que una semana laboral ideal no debería exceder las 50 horas y que las guardias deberían tener una duración máxima de 11 horas, permitiendo al menos 5 horas de sueño. Esto, debido a que superar esta carga horaria afecta significativamente a los residentes, aumentando la probabilidad de errores, deteriorando la calidad de vida con alteraciones del estado de ánimo y depresión, y comprometiendo el juicio médico.

En abril de 2023, se publicó en la revista Health Policy un artículo denominado "Work like a Doc: A comparison of regulations on residents' working hours in 14 high-income countries" (Trabaje como médico: una comparación de las regulaciones de las horas de trabajo de los residentes en 14 países de altos ingresos), el resultado de la comparación se resumen continuación:

PAÍS	HORAS SEMANALES MÁXIMAS	HORAS MÁXIMAS POR TURNO
Republica Checa	40 horas/semana	16 horas
Inglaterra	48 horas/semana	13 horas
Estonia	40 horas/semana	24 horas
Finlandia	48 horas/semana	24 horas
Alemania	42 horas/semana	24 horas
Canadá	60-80 horas/semana	26 horas
Hungría	48 horas/semana	16 horas
Irlanda	48 horas/semana	24 horas
Israel	71.5 horas/semana	26 horas
Irlanda	48 horas / semana	24 horas
Latvia	40 horas/semana	24 horas
Holanda	48 horas/semana	24 horas
Eslovenia	48 horas/semana	16 horas
España	48 horas/semana	24 horas
Estados Unidos	80 horas/semana	28 horas

Fuente: Elaboración Propia, según cifras del articulo " A comparison of regulations on residents' working hours in 14 high-income countries [7]

La conclusión a la que llegaron los autores del artículo es que "en los países analizados, los residentes aún trabajan largas horas. Los intentos de limitar la duración de los turnos o de las horas de trabajo semanales resultan en mejoras modestas en la calidad de vida de los residentes con efectos en la calidad de atención y la educación de los residentes"[8]. (Traducción propia)

En Colombia, la Ley 1917 de 2018 creó el Sistema Nacional de Residencias Médicas, y en el parágrafo 1, del artículo quinto, señaló que:

> "Parágrafo 1°. Salvo en los casos de emergencia establecidos en la norma para los prestadores de servicios de salud, la dedicación del residente en dichos prestadores no podrá superar las 12 horas por turno y las 66 horas por semana las cuales para todos los efectos deberán incluir las actividades académicas, de prestación de servicios de salud e investigativas".

En los mismos términos, el artículo 2.7.1.1.15 del Decreto 780 de 2016 estableció:

> "Articulo 2.7.1.1.16 Garantías de seguridad, protección y bienestar de los Estudiantes
> c) Los turnos de las prácticas formativas de los estudiantes se fijarán atendiendo las normas, principios y estándares de calidad en la prestación del servicio de salud y de bienestar de los estudiantes y docentes. En cualquier caso, los turnos serán de máximo 12 horas, con descansos que garanticen al estudiante su recuperación física y mental y no podrán superar 66 horas por semana."

Sin embargo, pese a que Colombia tiene una regulación de 12 horas por turno y 66 horas semanales, la misma muchas veces no se cumple. Los médicos residentes en Colombia, a menudo, trabajan más de 80 horas a la semana, con guardias que pueden extenderse hasta 36 horas continuas. Esta carga horaria extrema no solo afecta su rendimiento, la salud de los mismos pacientes y capacidad de aprendizaje, sino que también pone en riesgo su salud física y mental. La falta de un descanso adecuado y de periodos de recuperación contribuye significativamente al desarrollo de trastornos como el burnout, la depresión y la ansiedad.

A pesar de la alta presión y el estrés inherente a su labor, muchos programas de residencia médica carecen de servicios de apoyo psicológico. Los residentes llegan a sentirse sin recursos para manejar la carga emocional que implica la atención de pacientes graves y la toma de decisiones críticas, además de la presión propia de ser parte de un programa académico. La American Medical Association ha publicado un artículo denominado "How programs can address the 5 top resident physician stressors" (Cómo los programas pueden abordar los cinco principales factores

[1] Ver estudio en el siguiente enlace: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-78582018000100054

[2] Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW, Kaushal R, et al. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. N Engl J Med 2004;351:1838-1848. (Texto original: Interns made substantially more serious medical errors when they worked frequent shifts of 24 hours or more than when they worked shorter shifts. Eliminating extended work shifts and reducing the number of hours interns work per week can reduce serious medical errors in the intensive care unit.)

[3] Prieto-Miranda SE, Jiménez-Bernardino CA, Cázares- Ramírez G, Vera-Haro MJ, Esparza-Pérez RI. Jornadas laborales y sus repercusiones en médicos residentes en un hospital de segundo nivel. Med Int Méx 2015;31:669-679. Recuperado de: https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2015/mim156e.pdf

[4] Bocanegra Rivera JC. Sobrecarga laboral en los profesionales de la salud y su relación con la seguridad del paciente. Revista Médico Legal. Volumen XVIII. Mayo de 2012 No1, 2012 6-13. Citado por: Prieto-Miranda SE, Jiménez-Bernardino CA, Cázares- Ramírez G, Vera-Haro MJ, Esparza-Pérez RI. Jornadas laborales y sus repercusiones en médicos residentes en un hospital de segundo nivel. Med Int Méx 2015;31:669-679. Recuperado de: https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2015/mim156e.pdf

[5] Blum AB, Raiszadeh F, Shea S, Mermin D, et al. US public opinion regarding proposed limits on resident physician work hours. BMC Med 2010;8:33 Citado por: Prieto-Miranda SE, Jiménez-Bernardino CA, Cázares- Ramírez G, Vera-Haro MJ, Esparza-Pérez RI. Jornadas laborales y sus repercusiones en médicos residentes en un hospital de segundo nivel. Med Int Méx 2015;31:669-679. Recuperado de: https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2015/mim156e.pdf

[6] Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW, Kaushal R, et al. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. N Engl J Med 2004;351:1838-1848. Citado por: Prieto-Miranda SE, Jiménez-Bernardino CA, Cázares- Ramírez G, Vera-Haro MJ, Esparza-Pérez RI. Jornadas laborales y sus repercusiones en médicos residentes en un hospital de segundo nivel. Med Int Méx 2015;31:669-679. Recuperado de: https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2015/mim156e.pdf

[7] Health Policy. A comparison of regulations on residents' working hours in 14 high-income countries Recuperadora de: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851023000568

[8] Rina Maoz Breuer a, Ruth Waitzberg a b, Adin Breuer c, Peter Cram d, Lucie Bryndova e, Gemma A. Williams f, Kaija Kasekamp g, Ilmo Keskimaki h, Liina-Kaisa Tynkkynen h u, Verena van Ginneken i, Eszter Kovács j, Sara Burke k, Domhnall McGlacken-Byrne l, Carol Norton m, Barbara Whiston m, Daiga Behmane n, Ieva Grike o, Ronald Batenburg p, Tit Albreh q, Rade Pribakovic r, Enrique Bernal-Delgado s, Francisco Estupiñan-Romero s, Ester Angulo-Pueyo s, Adam J. Rose at. Work like a Doc: A comparison of regulations on residents' working hours in 14 high-income countries. En digital: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851023000568

estresantes de los médicos residentes), en el que se afirma que la falta de un sistema de apoyo adecuado agrava el riesgo de desarrollar problemas de salud mental, con un 42% de los residentes experimentando burnout y un 41% reportando estrés laboral significativo. Así mismo, que la falta de personal de apoyo y el exceso de tareas administrativas son algunos de los principales factores de estrés identificados. Estos problemas subrayan la necesidad de implementar sistemas de apoyo psicológico más robustos y accesibles para los residentes médicos.[9]

Esta situación evidencia la necesidad de no solo disminuir la intensidad semanal, sino también de establecer un marco normativo más robusto que impida que se sigan violentando estos topes máximos con el fin de mejorar las condiciones laborales de los residentes médicos en Colombia, así como prevenir el maltrato y el acoso en el ámbito de la práctica formativa, establecer canales efectivos de denuncia y seguimiento para casos de acoso, e implementar un programa integral de salud mental para los residentes, garantizando así un ambiente de formación seguro, respetuoso y propicio para el desarrollo profesional y personal de los médicos en formación.

Es por lo anterior, que se propone de manera urgente y necesaria modificar la Ley 1917 de 2018 a efectos de establecer una reducción de los turnos a 12 horas y el máximo de horas semanales a 60, en las cuales deberán incluirse todas las actividades académicas, de prestación de servicios de salud e investigativas, disposición esta que deberá ser incorporada como una de las condiciones mínima que regulen el contrato especial para la práctica formativa de los residentes en Colombia; Así como establecer de manera taxativa que *"Solo de manera excepcional, en los casos de emergencia establecidos en la norma para los prestadores de servicios de salud, que se encuentren debidamente justificados, se podrá exceder transitoriamente la dedicación del residente establecida en el numeral 5.4."* con el fin de evitar la imposición de jornadas superiores a la máximas permitidas sin ningún tipo de justificación procedente.

Asimismo, es esencial incorporar condiciones óptimas de bienestar, seguridad y salud mental en los residentes en nuestro país. Por lo que es imperativo que estos especialistas en formación sean tratados con respeto y dignidad, en un ambiente libre de maltrato y acoso. Para ello, se propone con esta iniciativa la creación de un Programa Integral de Salud Mental, diseñado y puesto en funcionamiento por el Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Ministerio de Educación Nacional. Este programa debe garantizar el acceso gratuito a servicios de apoyo psicológico y psiquiátrico, implementar programas de prevención del estrés y agotamiento profesional, establecer un sistema de seguimiento y monitoreo continuo de la salud mental de los residentes, proveer recursos y apoyo inmediato en casos de crisis, y desarrollar programas de sensibilización y capacitación sobre la importancia de la salud mental. Además, asegurando la confidencialidad y protección de la información personal de los residentes que accedan al programa, garantizando que no habrá repercusiones negativas en su formación profesional.

[9] Información disponible en: https://www.ama-assn.org/medical-residents/medical-resident-wellness/how-programs-can-address-5-top-resident-physician

Lo anterior, teniendo en cuenta que se ha hecho pública la situación de acoso y maltrato a la que se ven sometidos algunos médicos en el desarrollo de su residencia, haciendo honor al popular adagio "la letra con sangre entra". La situación es tan grave que, tras el suicidio de la Dra. Catalina Gutierrez Zuluaga, el rector de la Universidad Javeriana, Luis Fernando Múnera, en entrevista con El Tiempo, manifestó que ya se tienen identificados otros casos de maltrato y acoso por parte de los docentes de la institución. En este sentido se pronunció también la Asociación Nacional de Internos y Residentes-ANIR- indicando que les han llegado denuncias de golpes, por lo que están terminando un estudio en el que el 12% de los encuestados afirmó que ha recibido violencia física por parte de sus docentes.[10]

En la construcción del proyecto se recibió una denuncia de una estudiante de posgrado en cirugía maxilofacial, donde se expone una serie de situaciones adversas que ha enfrentado desde su ingreso al programa. Se mencionan conflictos con una compañera, presunta favorecida por la coordinadora del posgrado, quien le dificultaba el acceso a materiales de estudio y se encargaba de difamar ante otros estudiantes y docentes. Además, describe la hostilidad y los obstáculos académicos impuestos por su residente mayor, incluyendo la asignación de tareas sin valor educativo y la prohibición de asistir a citas académicas cruciales. A lo largo de su formación, enfrentó abusos verbales y académicos de varios profesores y coordinadores, quienes incluso la enviaron a rotaciones de menor valor formativo, limitando su aprendizaje en áreas críticas como trauma facial. Estas experiencias, sumadas al trato despectivo y la falta de apoyo institucional, han impactado negativamente en su salud mental y desempeño académico. Concluye que, debido a los múltiples intentos de justicia dentro de la institución actualmente cuenta con suspensión del programa y matrícula condicional, situación que le ha impedido finalizar sus estudios y obtener su título.

Es evidente la urgente necesidad de poner freno a los abusos y condiciones nefastas que enfrentan muchos residentes en Colombia para culminar sus estudios. Las situaciones de maltrato físico y psicológico a las que muchos se ven sometidos, no solo afectan su bienestar, sino que también deterioran la calidad educativa y la reputación de las instituciones académicas.

Es inconcebible que muchos estudiantes, pese a las adversidades, opten por guardar silencio respecto de los abusos y el maltrato al que se ven sometidos debido a la dificultad de acceder a un programa de posgrado y en consecuencia la imperiosa necesidad de finalizarlo a cualquier costo. Esta situación refleja una profunda crisis en nuestro sistema educativo.

Es por lo anterior, que con el fin evaluar la implementación y efectividad de esta ley, además se propone con esta iniciativa que el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Trabajo presenten un informe anual conjunto al Congreso de la República, incluyendo cifras sobre casos de maltrato y acoso, el funcionamiento de los canales de denuncia y el impacto del Programa Integral de Salud Mental para residentes. Este informe estará disponible públicamente y permitirá al Congreso evaluar la implementación de la ley, tomar medidas correctivas y adoptar nuevas políticas si es necesario.

[10] El Tiempo. CAMILO ANDRÉS PEÑA CASTAÑEDA. 23 de Julio de 2024. Noticia disponible en: https://www.eltiempo.com/salud/denuncias-de-residentes-de-medicina-alcanzan-incluso-la-violencia-fisica-habla-presidenta-de-asociacion-de-residentes-3365155

Como Congreso, representando al pueblo Colombiano, debemos dar ejemplo al mundo. Es fundamental implementar medidas que aseguren un ambiente académico sano y seguro, donde el respeto y la dignidad de los estudiantes sean prioritarios. La educación debe ser una herramienta de empoderamiento y desarrollo, no un camino de sufrimiento y opresión. Al abordar y resolver estas problemáticas, no solo mejoraremos la situación de nuestros estudiantes, sino que también se mejorará la calidad de atención que reciben los pacientes, disminuyendo los riesgos de errores médicos y posicionamos a Colombia como un referente en la defensa de los derechos y el bienestar de quienes buscan formarse académicamente.

4. FUNDAMENTO NORMATIVO

4.1. Fundamento Constitucional

El artículo primero de la Constitución Política de Colombia de 1991 establece:

> "**ARTÍCULO 1o.** Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general."

A su turno el artículo 25 ibídem reza que:

> "**ARTÍCULO 25.** El trabajo es un derecho y una obligación social y goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado. Toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas."

En ese sentido, el artículo 53 inciso final ibidem dispone:

> "La ley, los contratos, los acuerdos y convenios de trabajo, no pueden menoscabar la libertad, la dignidad humana ni los derechos de los trabajadores."

Finalmente el artículo 67 ibídem expone que:

> "**ARTÍCULO 67.** La educación es un derecho de la persona y un servicio público que tiene una función social; con ella se busca el acceso al conocimiento, a la ciencia, a la técnica, y a los demás bienes y valores de la cultura.
>
> La educación formará al colombiano en el respeto a los derechos humanos, a la paz y a la democracia; y en la práctica del trabajo y la recreación, para el mejoramiento cultural, científico, tecnológico y para la protección del ambiente."

4.2. Fundamento Legal

La Ley 1917 de 2018 "Por medio de la cual se reglamenta el Sistema de Residencias Médicas en Colombia, su mecanismo de financiación y se dictan otras disposiciones" dispuso en su artículo primero el objeto de la misma así:

> "**ARTÍCULO 1o. OBJETO.** La presente ley tiene por objeto crear el Sistema Nacional de Residencias Médicas en Colombia que permita garantizar las condiciones adecuadas para la formación académica y práctica de los profesionales de la medicina que cursan programas académicos de especialización médico quirúrgicas como apoyo al Sistema General de Seguridad Social en Salud, define su mecanismo de financiación y establece medidas de fortalecimiento para los escenarios de práctica del área de la salud.
>
> **PARÁGRAFO.** <Parágrafo adicionado por el artículo 2 de la Ley 2315 de 2023. El nuevo texto es el siguiente:> Para efectos de esta ley, se entenderán también como residentes dentro del Sistema Nacional de Residencias Médicas a los odontólogos que se encuentren cursando especialización médico quirúrgica en cirugía oral y maxilofacial de conformidad con lo establecido en el artículo 4o de la presente ley."

A su vez esta ley definió el sistema de Residencias Médicas en el artículo 3 de la siguiente manera:

> "**ARTÍCULO 3o. SISTEMA NACIONAL DE RESIDENCIAS MÉDICAS.** El Sistema Nacional de Residencias Médicas es un conjunto de instituciones, recursos, normas y procedimientos que intervienen en el proceso de formación de los profesionales médicos que cursan un programa de especialización médico quirúrgica y requiera de práctica formativa dentro del marco de la relación docencia-servicio existente entre la Institución de Educación Superior y la institución prestadora de servicio de salud.
>
> **PARÁGRAFO.** <Parágrafo adicionado por el artículo 3 de la Ley 2315 de 2023. El nuevo texto es el siguiente:> Se reconocerán como residentes dentro del Sistema Nacional de Residencias Médicas a los odontólogos que se encuentren cursando especialización médico quirúrgica en cirugía oral y maxilofacial."

En el artículo 5 ibidem se definió el contrato especial de práctica formativa de residentes, estableciendo las condiciones mínimas, así:

> "**ARTÍCULO 5o. CONTRATO ESPECIAL PARA LA PRÁCTICA FORMATIVA DE RESIDENTES.** <Artículo modificado por el artículo 96 del Decreto Ley 2106 de 2019. El nuevo texto es el siguiente:>

<Inciso modificado por el artículo 5 de la Ley 2315 de 2023. El nuevo texto es el siguiente:> Dentro del marco de la relación docencia-servicio mediará el contrato de práctica formativa del residente, como una forma especial de contratación cuya finalidad es la formación de médicos especialistas en programas médico quirúrgicos y odontólogos en especialización médico quirúrgica en cirugía oral y maxilofacial, mediante el cual el residente se obliga a prestar, por el tiempo de duración del programa académico, un servicio personal, acorde al plan de delegación progresiva de competencias propias de la especialización, a cambio de lo cual recibe un apoyo de sostenimiento educativo mensual, así como las condiciones, medios y recursos requeridos para el desarrollo formativo.

El contrato especial para la práctica formativa de residente contemplará las siguientes condiciones mínimas:

5.1. Apoyo de sostenimiento educativo mensual no inferior a tres salarios mínimos mensuales legales vigentes.

5.2. Garantía de las condiciones, medios y recursos requeridos para el desarrollo formativo.

5.3. Afiliación al Sistema General de Seguridad en Salud y al Sistema General de Riesgos Laborales.

5.4. Derecho a vacaciones por el período que la institución de educación superior contemple para el programa, sin que exceda de quince (15) días hábiles por año académico; sin perjuicio de los casos especiales establecidos en la normativa vigente. Durante este periodo de descanso el residente recibirá el apoyo de sostenimiento educativo correspondiente.

5.5. Plan de trabajo o de práctica, propio del programa de formación de acuerdo con las características de los servicios, dentro de los espacios y horarios que el prestador de servicios de salud tenga contemplados.

5.6. La institución de educación superior definirá el escenario base del programa, entendido este como aquel prestador de servicios de salud en el que el residente realiza la mayor parte de las rotaciones definidas en el programa académico.

5.7. Se desarrollará bajo la responsabilidad del convenio docente asistencial entre la institución de educación superior y el prestador del servicio de salud.

PARÁGRAFO 1o. Salvo en los casos de emergencia establecidos en la norma para los prestadores de servicios de salud, la dedicación del residente en dichos prestadores no podrá superar las 12 horas por turno y las 66 horas por semana, las cuales para todos los efectos deberán incluir las actividades académicas, de prestación de servicios de salud e investigativas.

PARÁGRAFO 2o. El Gobierno nacional podrá establecer incentivos económicos u otros especiales y diferenciales a los residentes que cursen programas de especialización considerados prioritarios para el país."

En el mismo sentido en el parágrafo 1, del artículo quinto, con relacion a la jornada de los residentes señalo que:

"**Parágrafo 1°.** Salvo en los casos de emergencia establecidos en la norma para los prestadores de servicios de salud, la dedicación del residente en dichos prestadores no podrá superar las 12 horas por turno y las 66 horas por semana las cuales para todos los efectos deberán incluir las actividades académicas, de prestación de servicios de salud e investigativas".

En este sentido, la Resolución 1872 de 2019 "Por la cual se reglamenta la Ley 1917 de 2018 que creó el Sistema de Residencias Médicas en Colombia, su mecanismo de financiación y se dictan otras disposiciones", expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, en su artículo 8 expone:

"**Artículo 8. Derechos del residente.** El contrato especial para la práctica formativa de residentes, deberá incluir los siguientes derechos de los residentes:

(...)

8.7. Desarrollar su práctica con sujeción a los turnos concertados entre la institución de educación superior y el prestador de servicios de salud que se constituya como escenario de práctica formativa de programas de especialización médico quirúrgica, por un término no superior a las 12 horas por turno y 66 horas por semana. Estos turnos deberán incluir las actividades académicas, de prestación de servicios de salud e investigativas, con descansos que garanticen al estudiante su recuperación física y mental.

(...)"

Por otra parte el artículo 2.7.1.1.15 del Decreto 780 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social" establece:

"**Articulo 2.7.1.1.16 Garantías de seguridad, protección y bienestar de los Estudiantes.**

c) Los turnos de las prácticas formativas de los estudiantes se fijarán atendiendo las normas, principios y estándares de calidad en la prestación del servicio de salud y de bienestar de los estudiantes y docentes. En cualquier caso, los turnos serán de máximo 12 horas, con descansos que garanticen al estudiante su recuperación física y mental y no podrán superar 66 horas por semana."

4.3. Audiencia pública

4.3.1. Cindy Viviana Rodríguez. Residente de Pediatría. (Presidenta de Asociación Nacional de Internos y Residentes- ANIR)

El 12 de julio de 2018 se realiza la firma de la ley de Recientes, fruto de múltiples movilizaciones a nivel nacional encabeza de la ANIR, donde se puso sobre la mesa varias dificultades de las dificultades a las que se enfrentan las y los médicos que persiguen el sueño de especializarse. El logro de un salario para apoyar la manutención durante los tres y hasta cinco años de formación, fue un cambio en el paradigma frente al bienestar, sin embargo estamos viendo que esta ley se queda insuficiente ante los hechos actuales y lamentablemente hay algunos aspectos como el derecho a alimentarse o a no recibir mal trato durante el proceso formativo que están en discusión. Los contratos especiales para la práctica formativa de residentes en el momento pareciera que no tuvieran un doliente específico para las dificultades presentadas, ya que son un mecanismo híbrido entre el ministerio de salud y de educación, sin considerarse una vinculación laboral a pesar de tener un horario instaurado, funciones delegadas bien especificadas y el príncipe subordinación, que hacen característicos a un contrato laboral. Por esta causa estamos avanzando la vinculación del Ministerio de Trabajo ya que es necesaria la vinculación de este tema en la definición de nuestros tipo de contratación, en algunas instituciones incluso se han denunciado temas de vacaciones a pesar de estar ya claro en la ley de Recientes en el número de horas que se den manejar diaria y semanalmente que también ya se encuentra normativizadas en nuestras legislación actual. Desde la misma ley se abarca el máximo de horas de dedicación, que no es ser más de 12 horas por turno y 66 semanales, sin embargo nos han llegado dudas sobre si en esas 12 horas están incluidos temas tan esenciales como la alimentación, reflejando que no hay un respeto hacia la misma y que en algunos casos estaban presentándose todo un horario laboral sin derecho a un desayuno o un almuerzo, que ya incluso raya una discusión sobre derechos humanos. Aunque haya rotaciones, también donde la revistas están a las seis de la mañana y antes hay que levantarse desde las tres o cuatro de la mañana para preparar una revista de hasta 60 pacientes, después de haber estado trabajando en revisiones de temas hasta la una de la mañana. Esta situación, lejos de ser algo atípico es algo que está presentándose de una manera recurrente y que está vulnerando directamente algo que ya se encuentra legislado, además lejos de generar calidad, transforma un riesgo para la salud mental, disminuye la agilidad y precisión de la toma de decisiones y además quita la responsabilidad de los verdaderos representantes y encargados de los servicios que son los especialistas y que tienen un pago derivado para esta razón.

Ante la recurrencia de este incumplimiento, el ministerio de salud promulgó la circular externa 12 del 25 de julio como una forma de recordar aquellos derechos ya definidos por la ley y que aún se incumplen. Nos han llegado también algunas denuncias sobre la recomendaciones frente a tiempos de vacaciones que también se encuentran definidos por la ley de residentes y que incluso después de despegarse este debate se siguen presentando, por lo tanto es algo que necesitamos que se establezca porque ya está definida. Es notar también que la regulación de matrículas es una duda que se encuentra pendiente, el artículo dos se expresa que el valor de la matrícula de los programas de especialización médico quirúrgica y clínica odontológica no podrán exceder el total de los costos administrativos y operativos en que incurren para el desarrollo de la institución de educación superior y estos costos reportados deben ser verificables y demostrarse, sin embargo hay costos de hasta 25 millones de pesos el semestre, en universidades donde no hay un acompañamiento de docentes aunque nuestras prácticas y nuestros turnos los hacemos de la mano de especialistas que no tienen una formación pedagógica, que no tienen una vinculación con las universidades, que no tienen un seguimiento en cuanto a las responsabilidades y que por lo tanto corresponde a un ámbito asistencial y no ámbito académico.

Es necesario poner nuevamente esta discusión sobre la mesa porque este factor se asocia directamente con la sobrecarga académica y laboral de los estudiantes de posgrados, quienes ven como mandatario tener que trabajar para pagar los créditos cuya mensualidad son más altas que lo que recibimos actualmente por la ley de residentes.

Otra de las deudas pendientes con la Ley de Residentes, es el tema de la regulación de matrículas. Si bien en su artículo 12 expresa que "*El valor de la matrícula de los programas de especialización médico quirúrgica y clínico odontológica, no podrán exceder el total de los costos administrativos y operativos en que incurra para su desarrollo la institución de educación superior y estos costos reportados deben ser verificables y demostrables*", siguen existiendo costos de hasta 25 millones de pesos semestrales en universidades donde no hay acompañamiento de docentes, sino que dejan a especialistas que no tienen formación pedagógica a cargo de los residentes en un proceso que corresponde al ámbito asistencial, pero no académico. Es necesario poner nuevamente está discusión sobre la mesa porque este factor se asocia a la sobrecarga académica/laboral de los estudiantes de postgrado quienes ven como mandatario tener que trabajar para pagar los créditos que les permitan completar sus matrículas.

Es de anotar que otra de las deudas de la Ley de Residentes, es la cobertura para segunda especialidad o "fellows" .Si hace un tiempo debatimos sobre la necesidad de contar con un pago para profesionales que se encontraban haciendo especialización, el no contar con un salario para especialistas que se encuentran desarrollando su ejercicio laboral en el marco de su especialización en las instituciones, refleja un retroceso en el debate e implica una necesidad nuevamente de trabajar en este tema, ya que los especialistas que deciden continuar con sus estudios, necesitan trabajar mientras estudian con lo que las horas de descanso y estudio son insuficientes, sin tener en cuenta siquiera el ocio.

Continuamos entonces con unas condiciones inadecuadas para el ejercicio académico que nos devuelven a los años de discusión de ley de residentes. Hay algunas instituciones, como el Instituto Nacional de Cancerología, donde sus residentes de segunda especialidad tienen una vinculación laboral lo cual permite

delegar funciones y les asegura un pago por el trabajo realizado; es necesario abordar esta experiencia para poder tener un punto de partida que se replique hacia el grueso de esta población.

En este punto es necesario exponer por qué la necesidad de establecer una ruta de acompañamiento en salud mental. Sabemos que es una situación multifactorial y que las redes de apoyo, mecanismos de afrontamiento, antecedentes personales y familiares e historias de vida influyen en los desenlaces ante exposición a situaciones adversas. Pero si evaluamos el contexto de un residente que logró superar las múltiples barreras de acceso, quien debió endeudarse para pagar la matrícula, abandonó su empleo y red de apoyo para desplazarse a otra ciudad en su proceso de formación y está bajo la presión social y de las personas que le acompañan para graduarse, se logra visibilizar el porqué renunciar no es tan fácil como lo plantean algunas personas.

Si a esto le sumamos la sobrecarga, el nulo acompañamiento que en ocasiones se da por parte de docentes e incluso compañeros, además de refuerzos negativos diarios, se entiende porque estos mecanismos de afrontamiento se van minando y en muchas de las denuncias leímos situaciones donde esperaban sufrir algún accidente o lesión para no tener que ir a las prácticas, ya que incluso en los momentos de mayor deterioro, el incumplir o abandonar la responsabilidad, no aparece planteado. Ante esta aparente imposibilidad de salida y situación que termina excediendo las herramientas psicológicas y físicas, es cuando tenemos un riesgo de contar con desenlaces tan dolorosos como el que nos cita el día de hoy en este espacio.

El acompañamiento en salud implica una detección temprana de riesgo, incluso con actividades de tamización en las semanas de entrega de documentación y trámites de matrícula en la universidad. Esto, no en un ámbito de estigmatizar sino de crear redes, generar comunicación con familias y personas de apoyo para así estar atentos a las personas y los momentos de mayor riesgo. Es entender que, en una profesión donde nos dedicamos a cuidar, el cuidar al compañero, al estudiante, es igual de importante como lo son nuestros pacientes. Una buena red de apoyo, un espacio seguro y un programa de acompañamiento, pueden cambiar la historia de quién empieza a deteriorarse durante el proceso de formación en residencia médica, incluso si no es derivado del reto académico sino de situaciones personales que se desarrollan en esta etapa.

En este mismo espacio, hace un tiempo, se hablaba sobre la ley contra la violencia hacia niños y niñas en el contexto de crianza. Como pediatra en formación, hemos estudiado y comprobado que el grito, el golpe, no forma ni educa, sino que impacta en el autoestima, la resolución de conflictos, gestión de emociones y demuestra la falencia de estas características por parte del cuidador. Si ya avanzamos frente a este debate con los niños, ¿Porque seguimos justificando y naturalizando este comportamiento en el proceso formativo de profesionales y universitarios?, ¿Que puede justificar el tener que golpear, arrastrar, insultar o agarrar por el cuello, como nos han reportado en las denuncias, a una persona por no tener una respuesta a una pregunta académica o no recordar un paraclínico? Lamentablemente, el maltrato verbal y psicológico han sido los más prevalentes en las denuncias que hemos recibido y por ende los más difíciles de documentar o probar. Hemos avanzado en el tema, contar con la norma de inspección y vigilancia de educación superior, en la ley 1740 de 2014, donde tendrá efecto en la acreditación de programas, la inobservancia por parte de las instituciones en caso de denuncias de maltrato.

Preocupa además la incidencia, recurrencia e impunidad vista en situaciones de violencia basada en género y violencia sexual que han hecho de los hospitales, universidades y sitios de práctica lugares inseguros para las mujeres, sin tener ningún tipo de justificación relacionada con el proceso académico. Al momento, se han destituido 4 especialistas de diferentes partes del territorio nacional por situaciones de acoso y abuso sexual, con el acompañamiento del tribunal de ética médica en los casos que las víctimas nos han autorizado y la generación de copias al a Fiscalía. Estos abusadores terminan representando no solo un riesgo para las estudiantes y profesionales médicas de pre y postgrado, también para quienes forman parte del equipo de trabajo e incluso pacientes, pues en algunos casos hemos tenido conocimiento de hasta 4 denuncias diferentes hacia la misma persona.

Sabemos que son muchos retos, y que se requieren cambios estructurales y culturales, probablemente los más difíciles de dar. Pero somos la generación del acuerdo de paz, de las crianzas no violentas, de la defensa de derechos para la población LGBTIQ+ y estamos seguros que seremos la que logre cortar el ciclo de violencia en la formación en salud.

4.3.2. Ministerio de Educación – Nina María Padrón Ballestas - subdirectora de inspección y vigilancia.

Para el Ministerio de Educación Nacional es muy importante poder participar en este ejercicio, porque ha sido una prioridad abordar el análisis de esta situación de una manera efectiva. Para nosotros es una prioridad atender de manera integral la situación de los y las residentes del país, y desde luego saludan la iniciativa porque encuentran en ella una modificación al régimen actual que sin duda fortalecerá el desarrollo de los y las residentes en las especialidades médico quirúrgicas. La única posibilidad para avanzar y crecer como sociedad es asumir el compromiso de revisar oportunamente que se está haciendo bien y en que se debe mejorar y fortalecer. Desde el ministerio quieren aportar al debate y contribuir con propuestas y observaciones que puedan ayudar a establecer un régimen mucho más completo del que actualmente se tiene establecido en la ley y en el reglamento.

Dentro de los propósitos y objetivos que persigue la educación superior está la formación integral de los y las estudiantes, por eso contribuyen en este esfuerzo de la iniciativa para mejorar las condiciones de todos y todas las residentes del país. El ministerio de educación nacional desde un inicio ha estado presto y ha generado acercamientos con los residentes y ha activado las rutas de inspección y vigilancia, incluso otros mecanismos no coercitivos para proponer alternativas para solucionar la situación que afrontan los residentes.

Frente al proyecto:

- Artículo 4 que modificaría el artículo 5 de la vigente Ley, donde establece en su parágrafo los turnos. En el parágrafo 1 se indica que excepcionalmente el techo podrá ser modificado por situaciones de emergencia. Sería pertinente establecer criterios para definir en qué casos se está en un escenario de emergencia. Evaluar si el concepto es de la literatura médica dejarlo así establecido.

- Artículo 5 Sobre la prevención del maltrato y acoso en las residencias. Es necesario establecer acciones de detección y acción temprana para la prevención de estas violencias. Articulación entre todas las autoridades que tendrían competencia en la materia (ministerios, fiscalía, órganos de control, entre otros) para tener un abordaje más integral.

- Parágrafo del artículo 15 donde se establece que el gobierno nacional debe establecer el marco legal de las decisiones sancionatorias que se van a expedir. ¿Se quiere que se recoja/recopile lo que ya existe en un Decreto? Porque el gobierno no tiene competencia para establecer un régimen sancionatorio por ser reserva legal.

4.3.3. Doctora Edilma Suárez Castro, Superintendente Delegada para entidades de aseguramiento en salud. Superintendencia de Salud.

Frente al trabajo que se hizo en 2023 para la política pública intersectorial de talento humano en salud, en un trabajo que se realizó en diferentes regiones y con un trabajo intersectorial, se vio la necesidad de que exista una norma, una Ley clara. Hoy existe un vacío normativo que impide articular y actuar a las entidades para tomar acciones respecto a lo que ha venido sucediendo con los trabajadores del sector salud, específicamente con los residentes de medicina. Existe una situación que se basa en el error de la autonomía universitaria, porque cuando se van a tomar acciones las instituciones alegan ese derecho, esto sucede con el consto de las matrículas y las situaciones de acoso.

La Ley requiere ser expresa en que los residentes dado que son profesionales deben ser vinculados laboralmente, recibir un salario como médicos generales, haciendo la claridad que de que están haciendo un proceso de formación posgradual y deben recibir todas las prestaciones sociales que corresponde como trabajadores, dado que actualmente están haciendo un trabajo laboral sin ningún tipo de reconocimiento y que en el momento en el que se vinculen laboralmente con todas las prestaciones sociales los derechos laborales les son aplicables.

Existe una normalización del abuso, la violencia y el acoso laboral generalizado en todas las instituciones de salud con todos los trabajadores. Se está normalizando el maltrato en la formación de todos profesionales del sector salud. La Ley 1010 de 2006 solo se queda en el papel y no tiene dientes, así lo muestran los estudios de las universidades.

4.3.4. Humberto Fernández - Presidente Asociación Latinoamericana Cirugía.

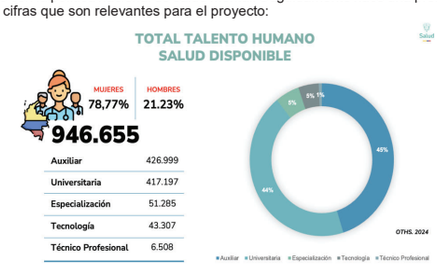
Los estudiantes residentes sufren todo tipo de acoso y maltrato, por ejemplo, no les permiten desayunar o comer y eso es preocupante. Este proyecto es una necesidad a gritos de los estudiantes.

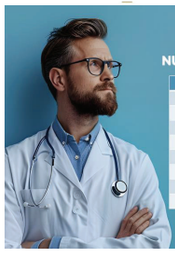
Igualmente preocupa la formación de los maestros formadores de estudiantes. El simple hecho de tener años de ser especialista no lo capacitan para ser docente. Por eso este proyecto requiere que se contemple una capacitación a los docentes y evaluar la capacidad física y mental. Los que van a capacitar estudiantes se deben formar, porque es muy probable que el que ha sido maltratado sea un maltratador.

4.3.5. Aldemar Parra – Ministerio de Salud.

Expresa la necesidad de abordar este tipo de iniciativas, por cuanto las condiciones salariales y la salud mental de los residentes es un asunto que requiere ser visibilizado. Es necesario que el proyecto tenga un enfoque de género toda vez que es un sector mayoritariamente ocupado por mujeres.

Una persona que está siendo maltratada laboralmente no puede atender con calidad a la población, especialmente cuando esas personas son las que materializan un derecho fundamental como lo es la salud. Con ese propósito el Gobierno Nacional incluyo en el Plan Nacional de Desarrollo algunas de estas problemáticas, lo mismo sucede con la política nacional de salud mental. Seguidamente hace una presentación de las cifras que son relevantes para el proyecto:





NÚMERO DE RESIDENTES DE MEDICINA

Profesionales Salud	Número
Medicina	132.648
Especialistas medicina	46.224
Residentes activos	**6.299**
Enfermería	80.614
Auxiliar enfermería	350.310
Tecnología APH	3.257
Terapia Ocupacional	5.757
Psicología	90.509

Datos del Observatorio Talento Humano en Salud. Octubre 2024

¿Cuáles son los principales riesgos psicosociales en salud?

Algunos de los riesgos psicosociales más comunes en el sector salud incluyen:

- **Carga de trabajo excesiva:** Horas laborales prolongadas, alta demanda de atención, falta de personal suficiente.
- **Exposición a la violencia:** Agresiones verbales o físicas por parte de pacientes o familiares.
- **Demanda emocional:** Manejar situaciones de sufrimiento y muerte de manera constante.
- **Falta de control sobre el trabajo:** Sentir que no se tiene autonomía en la toma de decisiones.
- **Conflictos interpersonales:** Problemas en las relaciones con compañeros de trabajo, superiores o pacientes.
- **Falta de reconocimiento:** No sentirse valorado por el trabajo realizado.
- **Inseguridad laboral:** Temor a perder el empleo o a no ser renovado el contrato.
- **Cambios organizacionales frecuentes:** Dificultad para adaptarse a nuevas estructuras y procesos.

Rivera –Casas 2022

¿Cuáles son las consecuencias de los riesgos psicosociales en salud?

Los riesgos psicosociales pueden tener consecuencias graves tanto para los trabajadores de la salud:

- **Problemas de salud mental:** Estrés, ansiedad, depresión, burnout.
- **Problemas físicos:** Enfermedades cardiovasculares, trastornos musculoesqueléticos, problemas de sueño.
- **Reducción de la calidad de atención:** Errores médicos, disminución de la empatía y comunicación con los pacientes.
- **Absentismo laboral:** Ausencias frecuentes por enfermedad o baja.
- **Rotación de personal:** Alta tasa de abandono del empleo.

Rivera –Casas 2022

Estudios de maltrato a residentes especialidades médicas

El maltrato a estudiantes de medicina es un problema internacional.

Un meta análisis del 2018 muestra que el 59,4% de estudiantes de medicina han experimentado, por lo menos un tipo de acoso o discriminación durante su entrenamiento.

El hostigamiento verbal es el reportado con mayor frecuencia (63,0%) realizado principalmente por el tutor, seguido por el paciente y el familiar del paciente

Sarabia. 2018

Estudios de maltrato a residentes especialidades médicas

Estudio HEROES en Colombia, evaluó 1.719 miembros del personal de salud durante la pandemia.

Se estimó:

98%	22,8%	16,1%	2,6%
del THS sufrió altos niveles de malestar psicológico.	tuvo riesgo moderado a severo de problemas de depresión.	tuvo riesgo moderado a severo de problemas de ansiedad.	tuvo ideación suicida.

El bajo apoyo social incrementa el riesgo de que los miembros de los equipos de salud presenten malestar psicológico y síntomas depresivos.

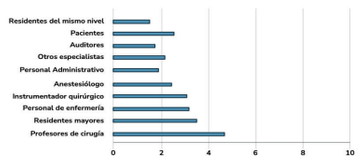
OPS, 2022

Estudios de maltrato a residentes en especialidades médicas

- Estudio nacional, de corte transversal, realizado en **20 programas de residencia del país en septiembre de 2023.**
- Autoevaluaron exposición **acoso sexual y laboral.**
- **238 residentes** (64,7 % del total de la población).
- Se encontraron tasas de **acoso laboral (35%) y sexual (18%).**
- Ambos tipos de acoso fueron **significativamente mayores en los programas ubicados en el centro del país.**

Domínguez-Torres et al. 2023

Frecuencia de actitudes negativas relacionadas con el acoso laboral por tipo de perpetrador



Frecuencia de actitudes negativas
0 = Extremadamente infrecuente; 10 = Extremadamente frecuente

Domínguez-Torres et al. 2023

Estudios de maltrato a residentes especialidades médicas

Síndrome de desgaste profesional en residentes de cirugía. Universidad Javeriana

Estudio transversal

Participaron 302 residentes en el estudio

- **20,2 %** presentaron síndrome de desgaste profesional.
- **43,7 %** presentaron agotamiento emocional
- **23,2 %** presentaron despersonalización
- **45 %** presentaron baja realización personal

Cuevas & Sanabria 2020

Sobre Estudios de maltrato a residentes especialidades médicas, se afirma que:

- Ideación suicida en residentes de especialidades médico-quirúrgicas en una universidad en Bogotá.
- Estudio de corte transversal, 439 estudiantes de todas las especialidades en 2022. Universidad el Bosque.
- Prevalencia de intento suicida previo del 6,5% y 22,6% de ideación suicida.
- Las mujeres presentaron una asociación mayor con ideación suicida OR 2.3 y de riesgo suicida por la escala Plutchik OR 8.9.
- Burnout: Prevalencia y factores de riesgo en residentes de especialidades médicas y quirúrgicas de la Universidad el Bosque
- Estudio transversal.
- La prevalencia de Síndrome de agotamiento en el grupo de estudio (93 residentes) fue de 23,6%.
- Las variables como especialidad cursada, año de residencia (dos primeros años), trabajo adicional y número de horas de ocio fueron estadísticamente significativa para el desarrollo del Síndrome de Burnout.
- las variables agotamiento emocional y despersonalización fueron encontradas en la mayoría de los individuos (77,4%), a pesar de **que no todos ellos cumplieron criterios para el síndrome de Burnout**

Hace una serie de propuestas para atender el interrogante de ¿Cómo prevenir y mitigar los riesgos psicosociales en salud?

Tanto el acoso laboral como el sexual son problemas serios en la formación de los residentes de medicina, considerando su doble rol como trabajadores y estudiantes de posgrado. Ambos, originados en una cultura educativa jerárquica y rígida de muchos departamentos medico quirúrgicos, acarreando consecuencias negativas para el individuo (problemas físicos y psicológicos), la organización (pobre clima de aprendizaje, deserción) y el sistema de salud (desenlaces negativos para los pacientes, aumento de costos).

A nivel mundial, hasta un 63 % de los residentes de cirugía han reportado ser víctimas de acoso laboral y 27 % de acoso sexual, de acuerdo con una extensa revisión de la literatura publicada en 2022. Las cifras en Colombia, aunque menores, también son preocupantes. Para 2020, la prevalencia de estos problemas correspondió a 49 % y 14,5 %, respectivamente.

Propuestas:

- **Educación y sensibilización:** Implementar programas de capacitación obligatoria para todo el personal médico, incluyendo residentes, sobre el acoso sexual y laboral. Estos programas deben abordar conceptos clave como consentimiento, límites profesionales, respeto y diversidad.
- **Creación de canales de denuncia seguros:** Establecer mecanismos confidenciales y accesibles para que los residentes puedan reportar incidentes de acoso sin temor a represalias. Estos canales deben ser conocidos por todos y garantizar la protección de la identidad del denunciante.

- **Promoción de una cultura de respeto:** Fomentar un ambiente de trabajo basado en el respeto mutuo, la equidad y la tolerancia cero al acoso. Esto puede lograrse a través de campañas de comunicación, charlas y talleres que involucren a todo el personal.

- **Revisión y actualización de protocolos:** Evaluar y actualizar periódicamente los protocolos institucionales para la prevención y atención del acoso, asegurando que sean claros, concisos y efectivos.

Finalmente destaca que el Ministerio expidió la circular 012 del 25 de julio de 2024, dirigida a las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, Secretarias de Salud Departamentales y Distritales, residentes médicos, y profesionales del servicio social obligatorio.

Se enunció la normatividad que regula el Sistema Nacional de Residencias Médicas, y el Servicio Social Obligatorio, con el fin de conminar a los partícipes de ambos sistemas a velar por el cumplimiento irrestricto de los derechos con que cuenta el talento humano en salud.

A su vez, la circular 012 del 25 de julio de 2024 invitó tanto a residentes médicos como a los profesionales del servicio social obligatorio a elevar las denuncias ante las entidades competentes, en caso de que no se esté cumplimiento el marco normativo que regula la materia.

4.3.6. María Clara Rangel Galvis – Universidad del Bosque.

En relación al artículo 5 se considera necesario establecer una ruta para la atención a la denuncia. Existe una falta de cultura de denuncia a nivel nacional tiene como ampara la ausencia de protección que tiene el denunciante para ser acompañado en el proceso luego de presentar la queja. A esto se le suma el vínculo que existe entre los docentes y la universidad, pues su relación no supone un vínculo formal (en la mayoría de las veces es ad honorem), lo que lleva a que la universidad no puede ejercer muchas acciones contra el docente, dejando de esta manera un espacio para la desprotección de los docentes. En necesario fortalecer la formación de los docentes, y de esta manera tener mejores políticas de prevención.

4.3.7. Diego Rafael Chaparro Diaz - Federación Odontológica Colombiana.

Inicia planteando el interrogante sobre ¿Cuántos y qué tipo de profesionales de la salud esperamos que ejerzan en Colombia?. Ve con preocupación que no son claros los planes, programas e incentivos para que los jóvenes estudien y ejerzan profesiones de la salud en Colombia. Un estudiante ingresa con muchas dificultades a estudiar y en el transcurso debe soportar muchas presiones, para luego salir al mercado laboral y no tener un salario con buenos ingresos.

Presión y aguante son dos conceptos que adquieren relevancia durante la residencia y el ejercicio profesional primario. Se debe repensar el modelo de residencia de manera que existan planes de protección para los residentes y para el primer empleo de los profesionales de la salud.

Existen factores de carga laboral excesiva, presión y otros antivalores que se deben soportar para el primer empleo y la realización de la residencia.

Frente al proyecto se debe ahondar en herramientas institucionales económicas y laborales, por ejemplo, cargas dignas de intensidad horaria, disminuir la carga laboral, pues hay residentes que deben suportar cargas superiores a 12 horas diarias, mucho más que un operador aéreo. Se deben definir las competencias institucionales para que existan dolientes y no se busquen evadir esas responsabilidades. Se deben asignar funciones puntuales para las instituciones. Es necesario establecer procesos expeditos para poner solución de persecución y de acoso laboral. Se deben establecer mecanismos económicos para que los estudiantes puedan solventar sus gastos, incluidos los de créditos adquiridos para sus estudios.

4.3.8. Margarita Martínez Osorio – DeJusticia.

En las universidades como espacio de poder. En marzo de 2023 se publicó un libro llamado "Acoso sexual en la academia" donde se relatan casos de acoso sexual en todo el mundo. Este es un problema estructural y mundial.

La universidad es un espacio de poder patriarcal, en el que las mujeres son más vulnerables a espacios de acoso y explotación. La universidad es un espacio masculinizado y jerarquizado, el 90% de altos cargos son ocupados por hombres. Hay silenciamiento sistemático hacia las denuncias que hacen las mujeres.

Las mujeres que denuncian corren riesgo de perder la carrera profesional o de que se tomen represalias contra ellas. Las universidades tienen un énfasis en proteger la imagen por lo que ocultan y silencian estos casos de abuso y maltrato.

4.3.9. Juan Camilo Soler - Presidente Nacional Asociación Colombiana Médica Estudiantil – ACOME.

Colombia tiene fallas en el acceso equitativo a la educación superior, especialmente en medicina, afectando a las poblaciones rurales.

La infraestructura es deficiente, lo que limita el proceso de aprendizaje. Hay pocos laboratorios y bibliotecas actualizadas.

Hay escasez de docentes capacitados, aunado a que no se profundiza en la práctica sino solo en la teoría.

Hay desactualización en el pensum, muchos se les modifica el programa sin que puedan acceder a ciertas áreas del conocimiento.

Todo el personal debe tener una mínima capacitación en todas las unidades de servicio. Cursos obligatorios para un ambiente laboral sano entre todos. Esto reduce riesgos y errores por parte de los estudiantes. La capacitación del personal en salud es esencial.

Se plantean cuestionamientos sobre el pago y cotización a salud y pensión, otro donde se pregunta por qué no existe un parámetro estándar para las vacaciones, unos dan más que otros. Es necesario que se pague a los residentes porque muchos son de bajos recursos.

4.3.10. Andrés Salcedo - Asociación Colombiana Médica Estudiantil ACOME Bogotá.

Los escenarios de práctica por la relación jerárquica propicia escenarios de abuso. Muchos profesores se consideran intocables "vacas sagradas". Los hospitales universitarios son los lugares donde más se presentan estos casos de abuso. Los hospitales se quieren ahorran el pago de un médico vinculando a los residentes.

Hay que cambiar las lógicas del maltrato, se debe transformar esa mentalidad. Se debe modificar el Decreto 2377 de 2010 que establece la regulación de convenios docencia - servicio, y ya se debe modificar, donde se debe abrir la participación de un ente gubernamental.

4.3.11. Ana María España Abril - Representante Estudiantil de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle.

Artículo sobre salud mental debe ser implementado en todos los casos y no solo a petición del estudiante. Debe haber planeación de salud mental y que entre en los horarios de rotación establecida.

Máximo de horas (60 horas) excede las horas que un residente debe estar prestando el servicio.

Frente a la ruta para quejas de los residentes. Se cuestiona quiénes serán los receptores de estas denuncias, pues las universidades y las entidades de salud pueden encubrir e invisibilizar las denuncias.

4.3.12. Wilmar Antonio Ríos Clavijo - Representante Estudiantil de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle.

Esta reforma debe apuntar a la dignificación de los residentes y al estudiantado. Esto debe apuntar a tener personal con buena salud mental y física.

5. CONFLICTOS DE INTERÉS

Tal como lo dispone el artículo 3º de la Ley 2003 de 2019, según el cual se dispone que, "*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 ley 5 de 1992. 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 5 de 1992 quedará así:

ARTÍCULO 286. Régimen de conflicto de interés de los congresistas. Todos los congresistas deberán declarar los conflictos de intereses que pudieran surgir en el ejercicio de sus funciones.

Se entiende como conflicto de interés una situación donde la discusión o votación de un proyecto de ley o acto legislativo o artículo, pueda resultar en un beneficio particular, actual y directo a favor del congresista.

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 se mantenga 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 original).**

En el mismo sentido, ha manifestado la Honorable Corte Constitucional, que el inevitable interés político que subyace a una reforma constitucional, al concurrir con los intereses generales, no configura un conflicto de interés, tal como con expone la Sentencia C - 294 de 2021:

"La regla general es que no cabe plantear impedimentos o recusaciones por conflicto de intereses con motivo del trámite de una reforma constitucional; estas figuras únicamente son procedentes en casos excepcionales en los que aparezca claramente demostrada la existencia de un interés privado concurrente en cabeza de un miembro del Congreso. Como por regla general las reformas constitucionales afectan por igual a todos los colombianos, independientemente de su condición o no de parlamentario, es inusual que algún congresista se encuentre particularmente privilegiado o perjudicado por un acto legislativo, y que, por lo mismo, de él se predique un conflicto de intereses. No se deben confundir, de un lado, los intereses políticos - inevitables en el ámbito parlamentario y sobre todo cuando se trata de reformar la Constitución- los cuales pueden concurrir con los intereses generales, con los denominados intereses meramente privados que, de otro lado, sí están excluidos por la figura del conflicto de intereses -tales como los intereses económicos particulares del congresista o los intereses meramente personales y subjetivos de orden no político-. De admitirse que los intereses políticos a favor o en contra de una reforma constitucional inhiben a los congresistas de participar en su tramitación, muchas normas de la Carta se tornarían irreformables o pétreas, como por ejemplo todas las normas sobre el Congreso de la República, las elecciones, los partidos, la relación entre el gobierno y la oposición y las entidades territoriales"

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. En todo caso, es pertinente aclarar que los conflictos de interés son personales y corresponde a cada Congresista evaluarlos.

6. IMPACTO FISCAL

Sobre el contenido y alcance de la previsión del impacto fiscal en los proyectos de ley la Honorable Corte Constitucional ha precisado mediante la Sentencia C – 315 de 2008 que:

"Las obligaciones previstas en el artículo 7º de la Ley 819/03 constituyen un parámetro de racionalidad legislativa, que está encaminado a cumplir propósitos constitucionalmente valiosos, entre ellos el orden de las finanzas públicas, la estabilidad macroeconómica y la aplicación efectiva de las leyes. Esto último en tanto un estudio previo de la compatibilidad entre el contenido del proyecto de ley y las proyecciones de la política económica, disminuye el margen de incertidumbre respecto de la ejecución material de las previsiones legislativas. El mandato de adecuación entre la justificación de los proyectos de ley y la planeación de la política económica, empero, no puede comprenderse como un requisito de trámite para la aprobación de las iniciativas legislativas, cuyo cumplimiento recaiga exclusivamente en el Congreso. Ello en tanto (i) el Congreso carece de las instancias de evaluación técnica para determinar el impacto fiscal de cada proyecto, la determinación de las fuentes adicionales de financiación y la compatibilidad con el marco fiscal de mediano plazo; y (ii) aceptar una interpretación de esta naturaleza constituiría una carga irrazonable para el Legislador y otorgaría un poder correlativo de veto al Ejecutivo, a través del Ministerio de Hacienda, respecto de la competencia del Congreso para hacer las leyes. Un poder de este carácter, que involucra una barrera en la función constitucional de producción normativa, se muestra incompatible con el balance entre los poderes públicos y el principio democrático.

(…)

Así, pues, el mencionado art. 7° de la Ley 819 de 2003 se erige como una importante herramienta tanto para racionalizar el proceso legislativo como para promover la aplicación y el cumplimiento de las leyes, así como la implementación efectiva de las políticas públicas. Pero ello no significa que pueda interpretarse que este artículo constituye una barrera para que el Congreso ejerza su función legislativa o una carga de trámite que recaiga sobre el legislativo exclusivamente.

(…)

...Precisamente, los obstáculos casi insuperables que se generarían para la actividad legislativa del Congreso de la República conducirían a concederle una forma de poder de veto al Ministro de Hacienda sobre las iniciativas de ley en el Parlamento. El Ministerio de Hacienda es quien cuenta con los elementos necesarios para poder efectuar estimativos de los costos fiscales, para establecer de dónde pueden surgir los recursos necesarios para asumir los costos de un proyecto y para determinar la compatibilidad de los proyectos con el Marco Fiscal de Mediano Plazo. A él tendrían que acudir los congresistas o las bancadas que quieren presentar un proyecto de ley que implique gastos. De esta manera, el Ministerio decidiría qué peticiones atiende y el orden de prioridad para hacerlo. Con ello adquiriría el poder de determinar la agenda legislativa, en desmedro de la autonomía del Congreso."

Por lo anterior, dando cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 7 de la Ley 819 de 2003 *"Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones"*, y a las consideraciones de la Corte Constitucional, se debe manifestar que el presente proyecto de ley genera impacto fiscal, en la medida en que crea y ordena gasto público. Por lo tanto, se solicitó el día 12 diciembre de 2025 el concepto de aval fiscal para que sea emitido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

7. PLIEGO DE MOFIDICACIONES

TEXTO APROBADO EN PLENARIA DE LA CÁMARA DE REPRESENTANTES	TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE	OBSERVACIONES
"por medio de la cual se dictan medidas dirigidas a prevenir y detener el acoso y la violencia en el entorno laboral del sistema de residencias médicas y odontológicas - Ley Doctora Catalina."	***"por medio de la cual se dictan medidas dirigidas a prevenir y detener el acoso y la violencia en el entorno laboral del sistema de residencias médicas y odontológicas - Ley Doctora Catalina."***	Sin modificaciones.
El Congreso de Colombia **DECRETA:**	**El Congreso de Colombia** **DECRETA:**	Sin modificaciones.
Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto mejorar las condiciones en el entorno laboral de práctica para la formación de médicos y odontólogos en especializaciones médico quirúrgicas y en cirugía oral y maxilofacial, así como proteger a los residentes y demás actores que interactúan en esos espacios que puedan verse afectadas por el acoso laboral y la violencia psicológica, física y sexual. Igualmente, la presente ley busca prevenir y detener el maltrato, en todas sus formas, identificar prevenir y erradicar el acoso laboral en las residencias médicas y odontológicas, establecer canales de denuncia, eliminar barreras administrativas para los quejosos o acosados y reforzar los procedimientos	**Artículo 1°. Objeto**. La presente ley tiene por objeto mejorar las condiciones en el entorno laboral de práctica para la formación de médicos y odontólogos en especializaciones médico quirúrgicas y en cirugía oral y maxilofacial, así como proteger a los residentes y demás actores que interactúan en esos espacios que puedan verse afectadas por el acoso laboral y la violencia psicológica, física y sexual. Igualmente, la presente ley busca prevenir y detener el maltrato, en todas sus formas, identificar prevenir y erradicar el acoso laboral en las residencias médicas y odontológicas, establecer canales de denuncia, eliminar barreras administrativas para los quejosos o acosados y reforzar los procedimientos	Sin modificaciones.

de control y sanción.	de control y sanción.	
Artículo 2°. Adiciónese un parágrafo al artículo 3° de la Ley 1917 de 2018, con el siguiente texto: "**PARÁGRAFO SEGUNDO.** Las instituciones contratantes están obligadas a implementar las normas y conceder las acciones contempladas en el derecho laboral para la prevención y protección frente a conductas de violencia física, verbal o psicológica, acoso y cualquier forma de discriminación por razón de género, origen étnico, orientación sexual, religión o discapacidad, asegurando que dichas medidas incorporen un enfoque de género interseccional, con el propósito de fomentar un entorno formativo seguro, respetuoso y propicio para el desarrollo profesional y personal. Así mismo, están obligadas a implementar protocolos especiales, comités de seguimiento y	**Artículo 2°.** Adiciónese un parágrafo al artículo 3° de la Ley 1917 de 2018, con el siguiente texto: "**PARÁGRAFO SEGUNDO.** Las instituciones contratantes están obligadas a implementar las normas y conceder las acciones contempladas en el derecho laboral para la prevención y protección frente a conductas de violencia física, verbal o psicológica, acoso y cualquier forma de discriminación por razón de género, origen étnico, orientación sexual, religión o discapacidad, asegurando que dichas medidas incorporen un enfoque de género interseccional, con el propósito de fomentar un entorno formativo seguro, respetuoso y propicio para el desarrollo profesional y personal. Así mismo, están obligadas a implementar protocolos especiales, comités de seguimiento y	Sin modificaciones.
mecanismos de evaluación periódica, que aseguren la efectiva aplicación y cumplimiento de las medidas y acciones allí contempladas." **Artículo 3°.** Adiciónese un parágrafo al artículo 4° de la Ley 1917 de 2018, con el siguiente texto: "**PARÁGRAFO.** Los residentes tendrán derecho a condiciones adecuadas, incluyendo una jornada máxima y mecanismos de control para la protección y cumplimiento de la jornada, medidas de protección a los acosados, prevención del acoso y violencia, así como el acceso a canales efectivos de denuncia, derecho de información y seguimiento para casos de acoso. Las entidades contratantes tienen la obligación de inscribir y enviar a un programa integral de salud mental, con servicio individual y colectivo, para todos los partícipes y vinculados, a través del cual se establezcan condiciones de	mecanismos de evaluación periódica, que aseguren la efectiva aplicación y cumplimiento de las medidas y acciones allí contempladas." **Artículo 3°.** Adiciónese un parágrafo al artículo 4° de la Ley 1917 de 2018, con el siguiente texto: "**PARÁGRAFO.** Los residentes tendrán derecho a condiciones adecuadas, incluyendo una jornada máxima y mecanismos de control para la protección y cumplimiento de la jornada, medidas de protección a los acosados, prevención del acoso y violencia, así como el acceso a canales efectivos de denuncia, derecho de información y seguimiento para casos de acoso. Las entidades contratantes tienen la obligación de inscribir y enviar a un programa integral de salud mental, con servicio individual y colectivo, para todos los partícipes y vinculados, a través del cual se establezcan condiciones de	Sin modificaciones.
interacción y convivencia pacífica para el bienestar emocional y psicológico de todos los integrantes del entorno de las residencias; en el establecimiento de dicho programa, se garantizará la participación activa de representantes de los residentes". **Artículo 4°.** Modifíquese el artículo 5° de la Ley 1917 de 2018 de la siguiente manera: "**ARTÍCULO 5°. CONTRATO ESPECIAL PARA LA PRÁCTICA FORMATIVA DE RESIDENTES.** Dentro del marco de la relación docencia-servicio se aplica el contrato de práctica formativa del residente, como un contrato laboral especial que se rige por las normas del Código Sustantivo del Trabajo cuya finalidad es la formación de médicos especialistas en programas médico quirúrgicos y odontólogos en especialización médico quirúrgica en cirugía oral y maxilofacial, mediante el cual el residente se obliga a	interacción y convivencia pacífica para el bienestar emocional y psicológico de todos los integrantes del entorno de las residencias; en el establecimiento de dicho programa, se garantizará la participación activa de representantes de los residentes". **Artículo 4°.** ~~Modifíquese~~ **Sustitúyase** el artículo 5° de la Ley 1917 de 2018 de la siguiente manera: "**ARTÍCULO 5°. CONTRATO ESPECIAL PARA LA PRÁCTICA FORMATIVA DE RESIDENTES.** Dentro del marco de la relación docencia-servicio se aplica el contrato de práctica formativa del residente, como un contrato laboral especial que se rige por las normas del Código Sustantivo del Trabajo cuya finalidad es la formación de médicos especialistas en programas médico quirúrgicos y odontólogos en especialización médico quirúrgica en cirugía oral y maxilofacial, mediante el cual el	Se modifica el artículo para ajustarlo a la redacción y la técnica legislativa.
prestar, por el tiempo de duración del programa académico, un servicio personal, acorde al plan de delegación progresiva de competencias propias de la especialización, libre de toda forma de acoso y violencia psicológica, física y sexual. El contrato laboral especial para la práctica formativa de residente tiene las siguientes condiciones mínimas: 5.1. La parte contratante la conforman solidariamente la Institución de Educación Superior y la Institución Prestadora de Servicios de salud. 5.2. Para la acreditación de los programas, la Institución de Educación Superior definirá el escenario base del programa, entendido este como aquel prestador de servicios de salud en el que el residente realizará la mayor parte de las rotaciones definidas en el programa académico.	residente se obliga a prestar, por el tiempo de duración del programa académico, un servicio personal, acorde al plan de delegación progresiva de competencias propias de la especialización, libre de toda forma de acoso y violencia psicológica, física y sexual. El contrato laboral especial para la práctica formativa de residente tiene las siguientes condiciones mínimas: **1.** ~~5.1.~~ La parte contratante la conforman solidariamente la Institución de Educación Superior y la Institución Prestadora de Servicios de salud. **2.** ~~5.2.~~ Para la acreditación de los programas, la Institución de Educación Superior definirá el escenario base del programa, entendido este como aquel prestador de servicios de salud en el que el	

5.3. El residente recibirá un salario mensual no inferior a tres salarios mínimos mensuales legales, a cargo de la Administradora de Riesgos en Salud (ADRES), o la entidad que la sustituya. 5.4. Derecho a todas las prestaciones sociales definidas por la normatividad vigente. 5.5. Existirá subordinación para los efectos de la docencia-servicio en sede de práctica. 5.6. Los contratantes están obligados a la garantía de las condiciones, medios y recursos requeridos para el desarrollo formativo, así como de las condiciones óptimas de bienestar, seguridad y salud mental, para el respeto y la dignidad humana en el ámbito de la práctica formativa. 5.7. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, al Sistema General de Riesgos Laborales y al Sistema de	residente realizará la mayor parte de las rotaciones definidas en el programa académico. **3.** ~~5.3.~~ El residente recibirá un salario mensual no inferior a tres salarios mínimos mensuales legales, a cargo de la Administradora de Riesgos en Salud (ADRES), o la entidad que la sustituya. **4.** ~~5.4.~~ Derecho a todas las prestaciones sociales definidas por la normatividad vigente. **5.** ~~5.5.~~ Existirá subordinación para los efectos de la docencia-servicio en sede de práctica. **6.** ~~5.6.~~ Los contratantes están obligados a la garantía de las condiciones, medios y recursos requeridos para el desarrollo formativo, así como de las condiciones	

Pensiones, con un ingreso base de cotización igual al salario asignado o devengado, aporte que será pagado por la ADRES. 5.8. La dedicación total del residente en los prestadores de servicios de salud no deberá en ningún caso superar las 12 horas continuas, ni 60 horas por semana, incluyendo en esta jornada máxima legal, todas las actividades académicas, de prestación de servicios de salud e investigativas. 5.9. Derecho a quince (15) días hábiles de vacaciones remuneradas por año académico; sin perjuicio de los casos especiales establecidos en la normativa vigente. 5.10. Plan de trabajo o de práctica, que obedezca al programa de prácticas formativas previamente definido por la institución educativa, dentro de los espacios y horarios acordados con el prestador de servicios de salud, respetando en todo	óptimas de bienestar, seguridad y salud mental, para el respeto y la dignidad humana en el ámbito de la práctica formativa. **7.** ~~5.7.~~ Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, al Sistema General de Riesgos Laborales y al Sistema de Pensiones, con un ingreso base de cotización igual al salario asignado o devengado, aporte que será pagado por la ADRES. **8.** ~~5.8.~~ La dedicación total del residente en los prestadores de servicios de salud no deberá en ningún caso superar las 12 horas continuas, ni 60 horas por semana, incluyendo en esta jornada máxima legal, todas las actividades académicas, de prestación de servicios de salud e investigativas. **9.** ~~5.9.~~ Derecho a quince (15) días	

caso los límites máximos de la dedicación total del residente establecidos en la presente ley. 5.11. Formación libre de acoso que se diseñará y desarrollará bajo la autonomía y responsabilidad solidaria de las instituciones de educación superior y el prestador del servicio de salud identificado como escenario base de la residencia. 5.12. Tiene derecho a ser acompañado por el ministerio público, la defensoría del pueblo o un delegado de la Supersalud en todos los procesos de investigación o sancionatorios que se deriven de malos tratos, acoso, violencia física, psicológica o sexual. 5.13. Tienen derecho a solicitar investigación a la Supersalud por los mismos hechos enlistados en el numeral anterior. **Parágrafo 1°.** En ningún caso la autonomía	hábiles de vacaciones remuneradas por año académico; sin perjuicio de los casos especiales establecidos en la normativa vigente. **10.** ~~5.10.~~ Plan de trabajo o de práctica, que obedezca al programa de prácticas formativas previamente definido por la institución educativa, dentro de los espacios y horarios acordados con el prestador de servicios de salud, respetando en todo caso los límites máximos de la dedicación total del residente establecidos en la presente ley. **11.** ~~5.11.~~ Formación libre de acoso que se diseñará y desarrollará bajo la autonomía y responsabilidad solidaria de las instituciones de educación superior y el prestador del servicio de salud identificado como escenario base de	

universitaria o empresarial, podrá ser alegada para modificar o no aplicar las disposiciones de la presente ley”.	la residencia. **12.** ~~5.12.~~ Tiene derecho a ser acompañado por el ministerio público, la defensoría del pueblo o un delegado de la Supersalud en todos los procesos de investigación o sancionatorios que se deriven de malos tratos, acoso, violencia física, psicológica o sexual. **13.** ~~5.13.~~ Tienen derecho a solicitar investigación a la Supersalud por los mismos hechos enlistados en el numeral anterior. **PARÁGRAFO 1°.** En ningún caso la autonomía universitaria o empresarial, podrá ser alegada para modificar o no aplicar las disposiciones de la presente ley”.	
Artículo 5°. Reglas imperativas de la jornada máxima de los residentes. Salvo los casos de excepción que se definen en esta ley, para proteger a los residentes, se prohíben las jornadas de permanencia en sede de práctica que	**Artículo 5°. Reglas imperativas de la jornada máxima de los residentes.** Salvo los casos de excepción que se definen en esta ley, para proteger a los residentes, se prohíben las jornadas de permanencia en sede de práctica que	Se modifica el artículo para ajustarlo a la redacción y la técnica legislativa.

excedan las 12 horas corridas o contiguas, cualquiera que sea la denominación que se tenga para las distintas actividades, como por ejemplo, la evolución de pacientes, actualización de historias clínicas, revista y entrega de evolución y revisión del plan de cada paciente, registros y reportes, presentaciones, asistencia a consultas, preturno o turno y otras actividades asistenciales o formativas. No será justificación del incumplimiento de esta ley que la asignación del horario o actividad se haya realizado de manera voluntaria o consensuada o que se haya programado u ordenado por la demanda de servicios de salud. Cada jornada debe dividirse en al menos dos, secciones, con un intermedio de descanso que se adapte a la naturaleza del trabajo de los residentes y sus necesidades. Solo se podrá exceder la jornada de 12 horas día y 60 semanales, garantizando siempre el día de descanso, en los siguientes casos: En urgencias médicas cuando se requiera del residente el acompañamiento al médico tratante o especialista a cargo, en relación con	excedan las 12 horas corridas o contiguas, cualquiera que sea la denominación que se tenga para las distintas actividades, como por ejemplo, la evolución de pacientes, actualización de historias clínicas, revista y entrega de evolución y revisión del plan de cada paciente, registros y reportes, presentaciones, asistencia a consultas, preturno o turno y otras actividades asistenciales o formativas. No será justificación del incumplimiento de esta ley que la asignación del horario o actividad se haya realizado de manera voluntaria o consensuada o que se haya programado u ordenado por la demanda de servicios de salud. Cada jornada debe dividirse en al menos dos, secciones, con un intermedio de descanso que se adapte a la naturaleza del trabajo de los residentes y sus necesidades. Solo se podrá exceder la jornada de 12 horas día y 60 semanales, garantizando siempre el día de descanso, en los siguientes casos: **1.** En urgencias médicas cuando se requiera del residente el acompañamiento al médico tratante o especialista a cargo, en	

pacientes clasificados como prioritarios, de conformidad con los criterios que establezca el Ministerio de Salud para determinar la urgencia con la cual se atenderán los usuarios y basado en sus necesidades terapéuticas y recursos disponibles. En las situaciones de emergencia sanitaria que sean declaradas por el Ministerio de Salud y Protección Social o desastres en el marco del sistema nacional o territorial de gestión de riesgo de desastres, de acuerdo con las normas que apliquen los respectivos prestadores de servicios de salud. En los tiempos y horarios de compensación autorizados de manera excepcional, caso a caso, para retribuir o reponer permisos especiales como los concedidos en forma equitativa a los residentes en las festividades de navidad y fin de año. **Parágrafo 1°.** Los casos de exceso a la jornada máxima del residente y su duración horaria deben estar identificados y debidamente autorizados, soportados y controlados por documentos y registros que se organicen y conserven en los archivos de las instituciones prestadoras de servicio bajo los sistemas que se definan	relación con pacientes clasificados como prioritarios, de conformidad con los criterios que establezca el Ministerio de Salud para determinar la urgencia con la cual se atenderán los usuarios y basado en sus necesidades terapéuticas y recursos disponibles. **2.** En las situaciones de emergencia sanitaria que sean declaradas por el Ministerio de Salud y Protección Social o desastres en el marco del sistema nacional o territorial de gestión de riesgo de desastres, de acuerdo con las normas que apliquen los respectivos prestadores de servicios de salud. **3.** En los tiempos y horarios de compensación autorizados de manera excepcional, caso a caso, para retribuir o reponer permisos especiales como los concedidos en forma equitativa a los residentes en las festividades de navidad y fin de año. **Parágrafo 1°.** Los casos de exceso a la jornada máxima del residente y su duración horaria deben estar identificados y debidamente autorizados, soportados y	

de manera autónoma, con la autorización y responsabilidad del director del hospital y del decano de la facultad de medicina. **Parágrafo 2°.** Las entidades prestadoras de servicio y las instituciones de educación superior deberán autorizar a los residentes las licencias y los permisos por calamidad doméstica y demás que se apliquen a los trabajadores, sin condicionarlos a que otros residentes deban cubrir las actividades en las respectivas jornadas. **Parágrafo 3°.** En los eventos citados en este artículo, si se requiere reemplazo o sustitución de la labor de un residente y no hubiere disponibilidad de otro residente sin exceder su jornada máxima, el personal médico de apoyo deberá ser suministrado por la institución prestadora de servicios de salud.	controlados por documentos y registros que se organicen y conserven en los archivos de las instituciones prestadoras de servicio bajo los sistemas que se definan de manera autónoma, con la autorización y responsabilidad del director del hospital y del decano de la facultad de medicina. **Parágrafo 2°.** Las entidades prestadoras de servicio y las instituciones de educación superior deberán autorizar a los residentes las licencias y los permisos por calamidad doméstica y demás que se apliquen a los trabajadores, sin condicionarlos a que otros residentes deban cubrir las actividades en las respectivas jornadas. **Parágrafo 3°.** En los eventos citados en este artículo, si se requiere reemplazo o sustitución de la labor de un residente y no hubiere disponibilidad de otro residente sin exceder su jornada máxima, el personal médico de apoyo deberá ser suministrado por la institución prestadora de servicios de salud.	
Artículo 6°. Conductas que constituyen acoso en las residencias médicas y odontológicas. Se califica como acoso toda conducta persistente y demostrable, que esté encaminada o tenga capacidad para infundir miedo, intimidación,	**Artículo 6°. Conductas que constituyen acoso en las residencias médicas y odontológicas.** Se califica como acoso toda conducta persistente y demostrable, que esté encaminada o tenga capacidad para infundir miedo, intimidación,	Se modifica el artículo para ajustarlo a la redacción y la técnica legislativa.

temor a las represalias, o angustia, o causar perjuicio en la formación o en el ámbito personal, formativo o laboral. Igualmente constituye acoso la conducta realizada para permitir, mayor ingreso o ventaja económica para alguna institución o persona del entorno de las residencias, o para generar exclusión del entorno, desmotivación en el residente, o a inducir su receso, retiro o renuncia. El acoso puede ser ejercido de manera vertical u horizontal sobre un residente, en forma vertical, por parte de un representante legal, directivo, jefe o superior jerárquico, docente o profesor o por el personal de apoyo en la formación, o puede presentarse por los actos del residente hacia sus superiores. En sentido horizontal puede presentarse el acoso por un residente o compañero contra otro. El acoso también puede ser ejercido por terceros con los que el residente interactúe como resultado de su trabajo. Se presumirá que existe acoso en el ámbito de las residencias médicas y odontológicas, si se acredita la ocurrencia de cualquiera de las siguientes conductas, independientemente de que ocurran en espacios diferentes al lugar de trabajo pero que estén relacionados	temor a las represalias, o angustia, o causar perjuicio en la formación o en el ámbito personal, formativo o laboral. Igualmente constituye acoso la conducta realizada para permitir, mayor ingreso o ventaja económica para alguna institución o persona del entorno de las residencias, o para generar exclusión del entorno, desmotivación en el residente, o a inducir su receso, retiro o renuncia. El acoso puede ser ejercido de manera vertical u horizontal sobre un residente, en forma vertical, por parte de un representante legal, directivo, jefe o superior jerárquico, docente o profesor o por el personal de apoyo en la formación, o puede presentarse por los actos del residente hacia sus superiores. En sentido horizontal puede presentarse el acoso por un residente o compañero contra otro. El acoso también puede ser ejercido por terceros con los que el residente interactúe como resultado de su trabajo. Se presumirá que existe acoso en el ámbito de las residencias médicas y odontológicas, si se acredita la ocurrencia de cualquiera de las siguientes conductas, independientemente de que ocurran en espacios diferentes al lugar de trabajo pero que estén relacionados	

con el trabajo, incluyendo, pero sin limitarse a, espacios comunes como cafeterías o zonas de descanso, en desplazamientos, viajes, eventos o actividades sociales o de formación: a) La programación, pedido, demanda o exigencia de actividades que lleven a permanecer en sede de práctica en turnos o jornadas que excedan las doce horas diarias y/o las sesenta horas semanales. Igualmente, los cambios sorpresivos del turno, disponibilidad o jornada en forma discriminatoria respecto a los demás residentes. b) La asignación de tareas o actividades no relacionadas con los contenidos temáticos del programa de especialización ni con las actividades propias del servicio. c) Los actos de agresión física o verbal, independientemente de sus consecuencias. d) Las expresiones injuriosas, vejatorias o ultrajantes sobre la persona, la utilización de palabras soeces o con alusión a la raza, el género, la orientación sexual, el origen familiar o nacional, la preferencia	con el trabajo, incluyendo, pero sin limitarse a, espacios comunes como cafeterías o zonas de descanso, en desplazamientos, viajes, eventos o actividades sociales o de formación: **a.** La programación, pedido, demanda o exigencia de actividades que lleven a permanecer en sede de práctica en turnos o jornadas que excedan las doce horas diarias y/o las sesenta horas semanales. Igualmente, los cambios sorpresivos del turno, disponibilidad o jornada en forma discriminatoria respecto a los demás residentes. **b.** La asignación de tareas o actividades no relacionadas con los contenidos temáticos del programa de especialización ni con las actividades propias del servicio. **c.** Los actos de agresión física o verbal, independientemente de sus consecuencias. **d.** Las expresiones injuriosas, vejatorias o ultrajantes sobre la persona, la utilización de palabras soeces o con alusión a la raza, el género, la orientación sexual, el origen familiar o nacional, la preferencia	
política o el estatus social. e) La delegación total o asignación total al residente de las actividades que corresponden al médico especialista. o al personal de la Institución Prestadora de Servicio o de la Institución de Educación Superior. f) Los comentarios hostiles y humillantes de descalificación personal o profesional expresados en presencia de los compañeros, o en privado. g) Los actos intimidatorios como son las injustificadas amenazas o advertencias de dar por terminado el contrato de práctica formativa, frenar o disminuir el acceso o la exposición a las prácticas o a las operaciones, expresadas o ejecutadas en presencia o no de los compañeros o terceros. h) Las múltiples quejas, denuncias o imputaciones de faltas disciplinarias que se levanten formal o informalmente por parte de cualquiera de los sujetos activos del acoso, cuya temeridad quede demostrada en los respectivos procesos	política o el estatus social. **e.** La delegación total o asignación total al residente de las actividades que corresponden al médico especialista. o al personal de la Institución Prestadora de Servicio o de la Institución de Educación Superior. **f.** Los comentarios hostiles y humillantes de descalificación personal o profesional expresados en presencia de los compañeros, o en privado. **g.** Los actos intimidatorios como son las injustificadas amenazas o advertencias de dar por terminado el contrato de práctica formativa, frenar o disminuir el acceso o la exposición a las prácticas o a las operaciones, expresadas o ejecutadas en presencia o no de los compañeros o terceros. **h.** Las múltiples quejas, denuncias o imputaciones de faltas disciplinarias que se levanten formal o informalmente por parte de cualquiera de los sujetos activos del acoso, cuya temeridad quede demostrada en los respectivos procesos	
disciplinarios o judiciales. i) las burlas o comentarios desagradables sobre la apariencia física o la forma de vestir. j) La alusión pública o privada a datos, condiciones, relaciones o hechos sensibles pertenecientes a la intimidad de la persona. k) La solicitud, pedido, orden o programación de servicios que involucran el requerimiento de un residente llevándolo a permanecer en la sede de práctica por tiempos que superan la jornada máxima de la ley. l) El trato notoriamente discriminatorio a un residente respecto a los demás residentes en cuanto al otorgamiento de permisos, derechos y prerrogativas o a la imposición de deberes y cargas en sus actividades. m) La negativa a suministrar al residente la información completa de la programación y distribución de actividades, la negativa a llevar y exhibir los controles o registros de servicios o de horarios. La negativa a suministrar los materiales o información	disciplinarios o judiciales. **i.** las burlas o comentarios desagradables sobre la apariencia física o la forma de vestir. **j.** La alusión pública o privada a datos, condiciones, relaciones o hechos sensibles pertenecientes a la intimidad de la persona. **k.** La solicitud, pedido, orden o programación de servicios que involucran el requerimiento de un residente llevándolo a permanecer en la sede de práctica por tiempos que superan la jornada máxima de la ley. **l.** El trato notoriamente discriminatorio a un residente respecto a los demás residentes en cuanto al otorgamiento de permisos, derechos y prerrogativas o a la imposición de deberes y cargas en sus actividades. **m.** La negativa a suministrar al residente la información completa de la programación y distribución de actividades, la negativa a llevar y exhibir los controles o registros de servicios o de horarios. La negativa a suministrar los materiales o información	
indispensable para el cumplimiento de las tareas encomendadas. n) La exigencia de condiciones administrativas, barreras u otros obstáculos que dilaten o impidan la concesión oportuna de licencias o vacaciones, cuando se dan las condiciones legales para concederlas. o) El envío de anónimos, llamadas telefónicas o mensajes virtuales con contenido injurioso, ofensivo o intimidatorio o el sometimiento a una situación de aislamiento social o laboral. p) No llevar registro del servicio y horarios reales comprometidos y ejecutados por los residentes, o delegar en ellos la responsabilidad de control y cumplimiento de la jornada máxima. q) No tomar medidas de protección inmediata, en los tres días siguientes a que se conoce de la queja o denuncia. Además de las que dispongan los reglamentos, son medidas de protección inmediata la escucha del denunciado o acusado y la invitación a resolver el conflicto, la revisión oportuna de la actividad,	indispensable para el cumplimiento de las tareas encomendadas. **n.** La exigencia de condiciones administrativas, barreras u otros obstáculos que dilaten o impidan la concesión oportuna de licencias o vacaciones, cuando se dan las condiciones legales para concederlas. **o.** El envío de anónimos, llamadas telefónicas o mensajes virtuales con contenido injurioso, ofensivo o intimidatorio o el sometimiento a una situación de aislamiento social o laboral. **p.** No llevar registro del servicio y horarios reales comprometidos y ejecutados por los residentes, o delegar en ellos la responsabilidad de control y cumplimiento de la jornada máxima. **q.** No tomar medidas de protección inmediata, en los tres días siguientes a que se conoce de la queja o denuncia. Además de las que dispongan los reglamentos, son medidas de protección inmediata la escucha del denunciado o acusado y la invitación a resolver el conflicto, la revisión oportuna de la actividad,	

turno o programación que dé motivo a la queja por extralimitación horaria o sobrecarga, para entrar a definir la redistribución de actividades, el recurso médico emergente o sustituto y el tiempo compensatorio en su caso.	turno o programación que dé motivo a la queja por extralimitación horaria o sobrecarga, para entrar a definir la redistribución de actividades, el recurso médico emergente o sustituto y el tiempo compensatorio en su caso.	
r) Exigir pruebas, diagnósticos o dictámenes que dilaten las medidas de protección hasta la decisión final, o que demoren la adecuación del trámite, la corrección o contención de la situación de acoso.	**r.** Exigir pruebas, diagnósticos o dictámenes que dilaten las medidas de protección hasta la decisión final, o que demoren la adecuación del trámite, la corrección o contención de la situación de acoso.	
s) Las formas de trabajo gratuitas; como por ejemplo solicitar apoyo, vincular o servirse de docentes, especialistas o prestadores de servicios, médicos generales o residentes *ad honorem* o bajo cualquier forma de actividad no remunerada.	**s.** Las formas de trabajo gratuitas; como por ejemplo solicitar apoyo, vincular o servirse de docentes, especialistas o prestadores de servicios, médicos generales o residentes *ad honorem* o bajo cualquier forma de actividad no remunerada.	
t) Utilizar el tiempo y servicio de un residente para cubrir tareas que corresponden actividades del especialista o al personal de la Institución Prestadora de Servicio o de la Institución de Educación Superior.	**t.** Utilizar el tiempo y servicio de un residente para cubrir tareas que corresponden actividades del especialista o al personal de la Institución Prestadora de Servicio o de la Institución de Educación Superior.	
u) No dejar registros de la atención o escucha de	**u.** No dejar registros de la atención o escucha de	

las quejas verbales, o informales. No tener disposiciones o reglamentos en los que se exijan el registro integral de las quejas y se deje constancia de su trazabilidad.	las quejas verbales, o informales. No tener disposiciones o reglamentos en los que se exijan el registro integral de las quejas y se deje constancia de su trazabilidad.	
v) Suprimir o dejar de reconocer el derecho mínimo a conceder el tiempo necesario para el consumo de dos comidas para los residentes que se les programe o solicite una actividad de permanencia en sede de práctica por más de las 12 horas diarias de la jornada máxima.	**v.** Suprimir o dejar de reconocer el derecho mínimo a conceder el tiempo necesario para el consumo de dos comidas para los residentes que se les programe o solicite una actividad de permanencia en sede de práctica por más de las 12 horas diarias de la jornada máxima.	
w) Advertir o amenazar a los estudiantes, residentes o miembros de la comunidad educativa, con sanciones o efectos adversos, para evitar que se reúnan, comenten o se manifiesten sobre las políticas administrativas y las posibles conductas de acoso.	**w.** Advertir o amenazar a los estudiantes, residentes o miembros de la comunidad educativa, con sanciones o efectos adversos, para evitar que se reúnan, comenten o se manifiesten sobre las políticas administrativas y las posibles conductas de acoso.	
x) Solicitar, aconsejar o inducir a los residentes, a los testigos o a los miembros de la comunidad educativa, acerca de la forma de pronunciarse o de declarar en las reuniones administrativas, en las visitas de las entidades administrativas o judiciales, en declaraciones o	**x.** Solicitar, aconsejar o inducir a los residentes, a los testigos o a los miembros de la comunidad educativa, acerca de la forma de pronunciarse o de declarar en las reuniones administrativas, en las visitas de las entidades administrativas o judiciales, en declaraciones o	

actuaciones preliminares y en las investigaciones públicas o privadas relacionadas con el acoso. En esta conducta susceptible de ser sancionada como acoso se encuentran, las formas omisivas y las sugerencias orientadas a evitar que se conozcan comenten o difundan los hechos, como, por ejemplo, invocar silencio, privacidad y prudencia en protección de la institución o de sus profesores, pedir que no se utilicen las redes sociales u otras formas de comunicación para comentar los hechos. Estas conductas se califican como una forma de acoso por cuanto imponen barreras administrativas con capacidad para invisibilizar o acallar la libertad de expresión o para afectar el debido proceso, y el derecho de defensa.	actuaciones preliminares y en las investigaciones públicas o privadas relacionadas con el acoso. En esta conducta susceptible de ser sancionada como acoso se encuentran, las formas omisivas y las sugerencias orientadas a evitar que se conozcan comenten o difundan los hechos, como, por ejemplo, invocar silencio, privacidad y prudencia en protección de la institución o de sus profesores, pedir que no se utilicen las redes sociales u otras formas de comunicación para comentar los hechos. Estas conductas se califican como una forma de acoso por cuanto imponen barreras administrativas con capacidad para invisibilizar o acallar la libertad de expresión o para afectar el debido proceso, y el derecho de defensa.	
y) Demeritar las afectaciones a la salud mental o a las condiciones emocionales de las personas que pueden estar inmersas en el presunto acoso, desconocer u omitir el enfoque de género, aunque no haya sido invocado por la persona presuntamente acosada. De la misma forma, se	**y.** Demeritar las afectaciones a la salud mental o a las condiciones emocionales de las personas que pueden estar inmersas en el presunto acoso, desconocer u omitir el enfoque de género, aunque no haya sido invocado por la persona presuntamente acosada. De la misma forma, se	

constituye en acoso dentro de la investigación preliminar o administrativa cualquier conducta que tienda a pedir pruebas calificadas de los trastornos de ansiedad y depresión, para iniciar el trámite o la investigación, especialmente a las mujeres. La anterior protección reforzada a las mujeres se dispone en tanto se reconocen las profundas diferencias en razón de género existentes y de la posición jerarquizada en Colombia, en términos de poder entre hombres, que ha existido tanto en las facultades de medicina y odontología como en los hospitales universitarios y las instituciones de salud.	constituye en acoso dentro de la investigación preliminar o administrativa cualquier conducta que tienda a pedir pruebas calificadas de los trastornos de ansiedad y depresión, para iniciar el trámite o la investigación, especialmente a las mujeres. La anterior protección reforzada a las mujeres se dispone en tanto se reconocen las profundas diferencias en razón de género existentes y de la posición jerarquizada en Colombia, en términos de poder entre hombres, que ha existido tanto en las facultades de medicina y odontología como en los hospitales universitarios y las instituciones de salud.	
Parágrafo 1°. En los demás casos no enumerados en este artículo, la autoridad competente valorará y decidirá la configuración del acoso de acuerdo con las circunstancias del caso y la gravedad de las conductas denunciadas y su impacto en los derechos de los residentes.	**Parágrafo 1°.** En los demás casos no enumerados en este artículo, la autoridad competente valorará y decidirá la configuración del acoso de acuerdo con las circunstancias del caso y la gravedad de las conductas denunciadas y su impacto en los derechos de los residentes.	
Parágrafo 2°. No constituye acoso la formulación de circulares o memorandos de servicio, encaminados a solicitar exigencias técnicas o mejorar la eficiencia dentro de la jornada máxima	**Parágrafo 2°**. No constituye acoso la formulación de circulares o memorandos de servicio, encaminados a solicitar exigencias técnicas o mejorar la eficiencia dentro de la jornada máxima	

permitida. **Parágrafo 3°.** Excepcionalmente un sólo acto hostil bastará para acreditar el acoso. La persona o autoridad competente apreciará tal circunstancia, según la gravedad de la conducta denunciada y su capacidad de ofender la dignidad humana, la vida e integridad física, la libertad sexual y demás derechos fundamentales.	permitida. **Parágrafo 3°.** Excepcionalmente un sólo acto hostil bastará para acreditar el acoso. La persona o autoridad competente apreciará tal circunstancia, según la gravedad de la conducta denunciada y su capacidad de ofender la dignidad humana, la vida e integridad física, la libertad sexual y demás derechos fundamentales.	
Artículo 7°. Obligación legal de denuncia. Si la conducta comunicada puede constituirse en un delito, quien haya tenido noticia o conocimiento de su posible ocurrencia, podrá denunciar directamente a las autoridades competentes o ponerlo en conocimiento inmediato del director de la Institución Prestadora de Servicio y del Decano de la Facultad de Medicina. Por virtud de esta ley se impone al director de la Institución Prestadora de Servicio y al Decano de la Facultad correspondiente, el deber de denuncia ante la fiscalía general de la Nación, independiente de lo que crean o piensen acerca de los hechos. En los casos a que se refiere este artículo, los denunciantes no serán investigados o imputados por presentar la denuncia. También será obligatorio	**Artículo 7°. Obligación legal de denuncia.** Si la conducta comunicada puede constituirse en un delito, quien haya tenido noticia o conocimiento de su posible ocurrencia, podrá denunciar directamente a las autoridades competentes o ponerlo en conocimiento inmediato del director de la Institución Prestadora de Servicio y del Decano de la Facultad de Medicina. Por virtud de esta ley se impone al director de la Institución Prestadora de Servicio y al Decano de la Facultad correspondiente, el deber de denuncia ante la fiscalía general de la Nación, independiente de lo ~~que crean o piensen~~ **su postura** acerca de los hechos. En los casos a que se refiere este artículo, los denunciantes ~~no serán investigados o imputados por presentar la denuncia~~ **exclusivamente podrán ser investigados o**	Se modifica el artículo en la medida que busca ir en armonía con los dispuesto en el Ordenamiento Jurídico Colombiano, sobre los mandatos constitucionales y legales que tiene la Rama Judicial y los Órganos de Control del Estado.

poner en conocimiento de la superintendencia de salud para efectos de determinar si la conducta amerita sanción administrativa.	**imputados por la Rama Judicial y los Órganos de Control del Estado.** También será obligatorio poner en conocimiento de la Superintendencia **Nacional** de salud para efectos de determinar si la conducta amerita sanción administrativa.	
Artículo 8°. Pruebas y legitimación en los procedimientos relacionados con el acoso. Ante la imposibilidad de presentar queja directa por temor a represalias, en la investigación del presunto acoso, las personas y autoridades competentes deben buscar y apreciar los testimonios de familiares, amigos, terceras personas que hayan escuchado el dicho de las presuntas víctimas. Las pruebas serán ordenadas y valoradas de conformidad con el Código General del Proceso. En las investigaciones y procedimientos sancionatorios relacionados con el acoso laboral se podrá solicitar y decretar la intervención como parte legítima, de veedores. agentes oficiosos, y defensores públicos o privados, para que en los respectivos procedimientos se dé oportunidad de participación a los terceros no vinculados a las instituciones investigadas.	**Artículo 8°. Pruebas y legitimación en los procedimientos relacionados con el acoso.** Ante la imposibilidad de presentar queja directa por temor a represalias, en la investigación del presunto acoso, ~~las personas y~~ autoridades competentes ~~deben~~ **tendrán el deber de** buscar y apreciar los testimonios de familiares, amigos o terceras personas que hayan **tenido conocimiento de los actos cometidos contra** ~~escuchado el dicho de~~ las presuntas víctimas. Las pruebas serán ordenadas y valoradas de conformidad con **lo dispuesto en el Código de Procedimiento Penal**, el Código General del Proceso **y demás normas aplicables.** En las investigaciones y procedimientos sancionatorios relacionados con el acoso laboral se podrá solicitar y decretar la intervención como parte legítima, de veedores, agentes oficiosos, y	Se modifica el artículo para ajustarlo a la redacción y la técnica legislativa de manera que tenga una mayor eficacia la aplicación de esta ley.

En eventuales procesos judiciales, se atenderán las disposiciones procesales correspondientes sobre partes y terceros. El diagnóstico de una enfermedad mental no es requisito para reconocer y sancionar el acoso laboral. En la investigación administrativa o previa también podrá acudirse al testimonio y opinión profesional de los psicólogos y médicos que hayan atendido o escuchado al residente afectado. con el debido respeto de la reserva y secreto profesional. En la práctica y apreciación de los testimonios se tendrá en cuenta la protección de la identidad del acosado, del denunciante y de los testigos. Esa protección será reforzada respecto de las mujeres y personas sujetas de especial protección constitucional. En relación con las circunstancias atenuantes y agravantes del acoso y el procedimiento administrativo que debe seguirse para la aplicación de las sanciones, en lo no previsto en esta ley, se aplican las normas de la Ley 1010 de 2006 y de los procedimientos sancionatorios, y las leyes que los modifiquen o sustituyan. **Parágrafo.** Durante el proceso de investigación de	defensores públicos o privados, para que en los respectivos procedimientos se dé oportunidad de participación a los terceros no vinculados a las instituciones investigadas. En eventuales procesos judiciales, se atenderán las disposiciones procesales correspondientes sobre partes y terceros. El diagnóstico de una enfermedad mental no es requisito para reconocer y sancionar el acoso laboral. En la investigación administrativa o previa también podrá acudirse al testimonio y opinión profesional de los psicólogos y médicos que hayan atendido o escuchado al residente afectado. **Lo anterior solo en los casos que conste autorización expresa del residente afectado, en garantía del derecho fundamental a la intimidad y del secreto profesional** ~~con el debido respeto de la reserva y secreto profesional~~. En la práctica y apreciación de los testimonios se tendrá en cuenta la protección de la identidad del **presunto** acosado, del denunciante y de los testigos. Esa protección será reforzada respecto de las mujeres y personas sujetas de especial protección constitucional.	

los casos de maltrato, los residentes médicos que realicen una denuncia tendrán el derecho de solicitar la reubicación de los lugares de práctica, para evitar la revictimización por parte de las personas implicadas en el proceso de denuncia.	En relación con las circunstancias atenuantes y agravantes del acoso y el procedimiento administrativo que debe seguirse para la aplicación de las sanciones, en lo no previsto en esta ley, se aplican las normas de la Ley 1010 de 2006 y de los procedimientos sancionatorios, y las leyes que los modifiquen o sustituyan**, así como también el respectivo traslado de dicha información las entidades competentes para la investigación penal y/o disciplinaria a la que haya a lugar.** **Parágrafo.** Durante el proceso de investigación de los casos de maltrato, los residentes médicos que realicen una denuncia tendrán el derecho de solicitar la reubicación **de manera preventiva y temporal hasta tanto finalice el proceso en** los lugares de práctica, para evitar la **posible** revictimización por parte de las personas implicadas en el proceso de denuncia.	
Artículo 9°. Competencia del Ministerio de Educación. Sin perjuicio de las potestades que otorguen otras leyes, el Ministerio de Educación Nacional podrá investigar a prevención, de oficio, por solicitud de los peticionarios o quejosos, o por traslado de otras	**Artículo 9°. Competencia del Ministerio de Educación**. Sin perjuicio de las potestades que otorguen otras leyes, el Ministerio de Educación Nacional podrá investigar a prevención, de oficio, por solicitud de los peticionarios o quejosos, o por traslado de otras	Se modifica el artículo para ajustarlo a la redacción y la técnica legislativa de manera que tenga una mayor eficacia la aplicación de esta ley.

entidades públicas, las conductas individuales o colectivas de acoso a residentes, bien sea las mencionadas en la Ley 1010 de 2006 o las relacionadas en la presente ley. Para efectos de lo anterior deberá tener en cuenta lo siguiente: 1. SANCIONES DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN. El Ministerio de Educación Nacional tiene potestad legal para investigar, determinar e imponer sanciones a las instituciones educativas, previa observancia del debido proceso señalado por la Ley 30 de 1992, especialmente en sus artículos 51 y 52, así como en la Ley 1537 de 2012: 2. SUJETOS PERSONAS NATURALES. El Ministerio podrá investigar y sancionar a los profesores que interactúan en las actividades de los residentes, y a los residentes que cometan las conductas citadas en esta ley. Igualmente, podrá investigar las conductas de los decanos, directivos, representantes legales, consejeros, administradores, revisores fiscales, o	entidades públicas, las conductas individuales o colectivas de acoso a residentes, bien sea las mencionadas en la Ley 1010 de 2006 o las relacionadas en la presente ley. Para efectos de lo anterior deberá tener en cuenta lo siguiente: 1. **Sanciones del ministerio de educación.** El Ministerio de Educación Nacional tiene potestad legal para investigar, determinar e imponer sanciones a las instituciones educativas, previa observancia del debido proceso señalado por la Ley 30 de 1992, especialmente en sus artículos 51 y 52, así como en la Ley 1537 de 2012~~:~~. 2. ~~SUJETOS~~ **Sanciones a personas naturales.** El Ministerio podrá investigar y sancionar a los profesores que interactúan en las actividades de los residentes, y a los residentes que cometan las conductas citadas en esta ley. Igualmente, podrá investigar las conductas de los decanos, directivos, representantes legales, consejeros, administradores, revisores fiscales, o cualquier persona que	
cualquier persona que ejerza la administración y/o el control de la institución de educación superior, por la inobservancia de sus funciones legales o reglamentarias relacionadas con las conductas determinadas en esta ley. El Ministerio de Educación podría imponerlas siguientes sanciones: 1. Amonestación privada. 2. Amonestación pública. 3. Multas personales hasta de diez (10) salarios mínimos legales mensuales vigentes, por evento. 4. Orden de suspensión o separación del cargo, de la docencia y de cualquier actividad de acompañamiento en el Sistema de Residencias, hasta por el término de dos años. 5. Inhabilidad de hasta diez (10) años para ejercer cargos o contratar con Instituciones de Educación. Igualmente deberá compulsar copias ante el ministerio del trabajo para que se adelanten procesos de investigación a las IPS y los médicos especialistas adscritos que no ejercen funciones o tareas de enseñanza pero que	ejerza la administración y/o el control de la institución de educación superior, por la inobservancia de sus funciones legales o reglamentarias relacionadas con las conductas determinadas en esta ley. El Ministerio de Educación podría imponer las siguientes sanciones: a. ~~1.~~ Amonestación privada. b. ~~2.~~ Amonestación pública. c. ~~3.~~ Multas personales hasta de diez (10) salarios mínimos legales mensuales vigentes, por evento. d. ~~4.~~ Orden de suspensión o separación del cargo, de la docencia y de cualquier actividad de acompañamiento en el Sistema de Residencias, hasta por el término de dos años. e. ~~5.~~ Inhabilidad de hasta diez (10) años para ejercer cargos o contratar con Instituciones de Educación. Igualmente deberá compulsar copias **al** ~~ante el~~ ministerio del trabajo para que se adelanten procesos de investigación a las IPS y	
interactúan o intervienen en las actividades de los residentes y que cometen o pueden cometer las conductas citadas en esta ley. 3. SUJETOS PERSONAS JURÍDICAS. Sin perjuicio de las sanciones personales, el Ministerio de Educación Superior podrá investigar y sancionar a las Instituciones de Educación Superior, que teniendo conocimiento habiendo sido debidamente informadas, se abstengan de ejercer acciones sancionatorias o correctivas, y por su negligencia se vean afectados los residentes con conductas de acoso y la violación de esta la ley, imponiendo las siguientes medidas: 1. Amonestación pública, 2. Imposición de correctivos, que deban alcanzar en plazos fijos controlados, con independencia de la autonomía universitaria para gestionar el correctivo impuesto. 3. Multas institucionales de hasta mil (1.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes, de acuerdo con la gravedad de los hechos y la proporcionalidad debida al fijar la sanción.	los médicos especialistas adscritos que no ejercen funciones o tareas de enseñanza pero que interactúan o intervienen en las actividades de los residentes ~~y que cometen o pueden cometer~~ **llegasen a cometer las conductas reprochadas** ~~citadas~~ en esta ley. 3. ~~SUJETOS~~ **Sanciones a personas jurídicas.** Sin perjuicio de las sanciones personales, el Ministerio de Educación Superior podrá investigar y sancionar a las Instituciones de Educación Superior, que teniendo conocimiento habiendo sido debidamente informadas, se abstengan de ejercer acciones sancionatorias o correctivas, y por su negligencia se vean afectados los residentes con conductas de acoso y la violación de esta la ley, imponiendo las siguientes medidas: **a.** ~~1.~~ Amonestación pública~~.~~. **b.** ~~2.~~ Imposición de correctivos, que deban alcanzar en plazos fijos controlados, con independencia de la autonomía universitaria para	
Parágrafo 1°. Las sanciones institucionales de multa serán impuestas por el Ministerio de Educación, previo concepto del Consejo Nacional de Educación Superior (CESU), mediante resolución motivada, una vez adelantado y concluido el correspondiente procedimiento administrativo, con observancia de la plenitud de sus formas propias. Estarán inhabilitados para votar y participar en las respectivas sesiones del referido Consejo los miembros que estén bajo conflicto de interés por vinculación con las instituciones investigadas o relaciones de amistad estrecha, o familiar hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o único civil, con los directivos y profesores de las instituciones o con las personas que resulten señaladas en las quejas, en los preliminares de la investigación o en la investigación misma. **Parágrafo 2°.** El Ministerio de Educación Nacional llevará el registro de las sanciones impuestas y adoptará las medidas conducentes para que ellas se hagan efectivas. **Parágrafo 3°.** El Consejo Nacional de Educación no podrá declarar o imponer el decaimiento de la	gestionar el correctivo impuesto~~:~~. **c.** ~~3.~~ Multas institucionales de hasta mil (1.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes, de acuerdo con la gravedad de los hechos y la proporcionalidad debida al fijar la sanción. **Parágrafo 1°.** Las sanciones institucionales de multa serán impuestas por el Ministerio de Educación, previo concepto del Consejo Nacional de Educación Superior (CESU), mediante resolución motivada, una vez adelantado y concluido el correspondiente procedimiento administrativo, con observancia de la plenitud de sus formas propias. Estarán inhabilitados para votar y participar en las respectivas sesiones del referido Consejo los miembros que estén bajo conflicto de interés por vinculación con las instituciones investigadas o relaciones de amistad estrecha, o familiar hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o único civil, con los directivos y profesores de las instituciones o con las personas que resulten señaladas en las quejas, en los preliminares de la	

acreditación, por las sanciones a que se refiere esta ley, dado que no es un órgano con funciones de inspección y vigilancia, ni tiene potestades sancionatorias.	investigación o en la investigación misma. **Parágrafo 2°.** El Ministerio de Educación Nacional llevará el registro de las sanciones impuestas y adoptará las medidas conducentes para que ellas se hagan efectivas. **Parágrafo 3°.** El Consejo Nacional de Educación no podrá declarar o imponer el decaimiento de la acreditación, por las sanciones a que se refiere esta ley, dado que no es un órgano con funciones de inspección y vigilancia, ni tiene potestades sancionatorias.	
Artículo 10. Competencia de la Superintendencia Nacional de Salud. Además de las potestades conferidas en las Leyes 1122 de 2007, 1438 de 2011 y 1949 de 2019, La Superintendencia Nacional de Salud, tendrá competencia para investigar a las Instituciones Prestadoras de Salud y a los directivos y profesionales vinculados a estas, por las quejas e incumplimientos que se le presenten directamente, de oficio o por traslado de otras entidades. La Superintendencia también podrá imponer las sanciones de la Ley 1010 de 2006 y de la presente ley. La Superintendencia Nacional de Salud también podrá investigar y sancionar bajo	**Artículo 10. Competencia de la Superintendencia Nacional de Salud**. Además de las potestades conferidas en las Leyes 1122 de 2007, 1438 de 2011 y 1949 de 2019, La Superintendencia Nacional de Salud, tendrá competencia para investigar a las Instituciones Prestadoras de Salud y a los directivos y profesionales vinculados a estas, por las quejas e incumplimientos que se le presenten directamente, de oficio o por traslado de otras entidades. La Superintendencia también podrá imponer las sanciones de la Ley 1010 de 2006 y de la presente ley. La Superintendencia Nacional de Salud también podrá investigar y sancionar bajo	Sin modificaciones.

esta ley a las Empresas Sociales del Estado (ESE), hospitales o clínicas o prestadores de servicios en salud, de naturaleza pública.	esta ley a las Empresas Sociales del Estado (ESE), hospitales o clínicas o prestadores de servicios en salud, de naturaleza pública.	
Artículo 11. Otros procedimientos y sanciones para al acoso en la práctica formativa. El acoso en el ámbito del sistema de residencias médicas y odontológicas, debidamente acreditado, también se sancionará así: 1. Como falta disciplinaria gravísima en el Código Disciplinario Único, cuando el investigado sea un servidor público. 2. Tratándose de instituciones de derecho privado, según la gravedad de los hechos, cualquiera de las prácticas de acoso mencionadas en esta ley será justa causa de terminación del contrato, para el acosador o para quien haya incumplido las obligaciones de conducta relacionadas con las obligaciones que impone la ley y las normas reglamentarias, las resoluciones, circulares o manuales sobre el acoso. Las controversias sobre la terminación con justa causa, se tramitarán ante la justicia ordinaria. 3. En caso de que no se	**Artículo 11. Otros procedimientos y sanciones para al acoso en la práctica formativa**. El acoso en el ámbito del sistema de residencias médicas y odontológicas, debidamente acreditado, también se sancionará así: 1. Como falta disciplinaria gravísima en el Código Disciplinario Único, cuando el investigado sea un servidor público. 2. Tratándose de instituciones de derecho privado, según la gravedad de los hechos, cualquiera de las prácticas de acoso mencionadas en esta ley será justa causa de terminación del contrato, para el acosador o para quien haya incumplido las obligaciones de conducta relacionadas con las obligaciones que impone la ley y las normas reglamentarias, las resoluciones, circulares o manuales sobre el acoso. Las controversias sobre la terminación con justa causa, se tramitarán ante la justicia ordinaria. 3. En caso de que no se	Sin modificaciones.

logre arreglo directo, se deben someter a los jueces competentes las pretensiones de reparación del daños y perjuicios. 4. En las entidades públicas los dineros provenientes de las multas impuestas por acoso laboral se destinarán al presupuesto de la entidad pública cuya autoridad la imponga y podrán ser cobradas mediante la jurisdicción coactiva con la debida actualización de valor. 5. La terminación unilateral del contrato de práctica formativa por parte de la institución de educación superior respecto del residente que haya denunciado posibles conductas constitutivas de acoso, carecerá de todo efecto cuando se profiera dentro de los seis (6) meses siguientes a la denuncia, siempre y cuando la autoridad administrativa, judicial o de control competente verifique la ocurrencia de los hechos puestos en conocimiento. En los mismos términos, carecerá de efecto la terminación del contrato de práctica formativa o del contrato de trabajo, respecto de las personas que actúen como quejosos, denunciantes	logre arreglo directo, se deben someter a los jueces competentes las pretensiones de reparación del daños y perjuicios. 4. En las entidades públicas los dineros provenientes de las multas impuestas por acoso laboral se destinarán al presupuesto de la entidad pública cuya autoridad la imponga y podrán ser cobradas mediante la jurisdicción coactiva con la debida actualización de valor. 5. La terminación unilateral del contrato de práctica formativa por parte de la institución de educación superior respecto del residente que haya denunciado posibles conductas constitutivas de acoso, carecerá de todo efecto cuando se profiera dentro de los seis (6) meses siguientes a la denuncia, siempre y cuando la autoridad administrativa, judicial o de control competente verifique la ocurrencia de los hechos puestos en conocimiento. En los mismos términos, carecerá de efecto la terminación del contrato de práctica formativa o del contrato de trabajo, respecto de las personas que actúen como quejosos, denunciantes	

o testigos de conductas de acoso, en el ámbito del sistema de residencias médicas y odontológicas. 6. Las instituciones prestadoras de servicios y las instituciones de educación superior que hacen parte del contrato de formación o de los convenios docencia servicio podrán ser demandadas y declaradas responsables, ante la jurisdicción laboral, por la remuneración y demás prestaciones laborales que se generarán en el caso del trabajo prestado por los residentes excediendo la jornada máxima de la ley, aunque dicha jornada haya sido consentido o consensuada.	o testigos de conductas de acoso, en el ámbito del sistema de residencias médicas y odontológicas. 6. Las instituciones prestadoras de servicios y las instituciones de educación superior que hacen parte del contrato de formación o de los convenios docencia servicio podrán ser demandadas y declaradas responsables, ante la jurisdicción laboral, por la remuneración y demás prestaciones laborales que se generarán en el caso del trabajo prestado por los residentes excediendo la jornada máxima de la ley, aunque dicha jornada haya sido consentido o consensuada.	
Artículo 12. Capacitación en derechos humanos, acoso laboral y enfoque de género. Las instituciones de educación superior y las prestadoras de servicios de salud que ofrezcan programas de especialización médicoquirúrgica o de especialización odontológica en cirugía oral y maxilofacial, y las que desarrollen convenios docencia - servicio deberán, en el marco de su autonomía, implementar espacios de capacitación sobre los	~~**Artículo 12. Capacitación en derechos humanos, acoso laboral y enfoque de género.** Las instituciones de educación superior y las prestadoras de servicios de salud que ofrezcan programas de especialización médicoquirúrgica o de especialización odontológica en cirugía oral y maxilofacial, y las que desarrollen convenios docencia - servicio deberán, en el marco de su autonomía, implementar espacios de capacitación sobre los~~	Se suprime el artículo porque se mezcla con el artículo que trata sobre el Programa Integral de Salud Mental para Residentes, para armonizar el artículo y darle mayor eficacia.

derechos humanos, el acoso laboral y el reconocimiento del enfoque de género como principio transversal a la dinámica laboral y al ejercicio profesional en el sector salud. La capacitación deberá impartirse y reforzarse anualmente a todo el personal en salud, especialmente a los actuales representantes legales, directores y administradores, jefes de las residencias, especialistas y médicos que fueron educados y se formaron bajo los sistemas de docencia servicio que han sido tradicionalmente patriarcales. Dichos espacios de capacitación deberán promover que los residentes, así como sus colegas y superiores, estén sólidamente informados sobre los derechos y deberes que corresponden a estos en el contexto de esta ley. Lo anterior, incluyendo las prácticas que han sido calificadas como acoso, el compromiso personal con la dignidad en el entorno de la práctica formativa, el respeto a los tiempos de descanso de los residentes.	~~derechos humanos, el acoso laboral y el reconocimiento del enfoque de género como principio transversal a la dinámica laboral y al ejercicio profesional en el sector salud. La capacitación deberá impartirse y reforzarse anualmente a todo el personal en salud, especialmente a los actuales representantes legales, directores y administradores, jefes de las residencias, especialistas y médicos que fueron educados y se formaron bajo los sistemas de docencia servicio que han sido tradicionalmente patriarcales.~~ ~~Dichos espacios de capacitación deberán promover que los residentes, así como sus colegas y superiores, estén sólidamente informados sobre los derechos y deberes que corresponden a estos en el contexto de esta ley. Lo anterior, incluyendo las prácticas que han sido calificadas como acoso, el compromiso personal con la dignidad en el entorno de la práctica formativa, el respeto a los tiempos de descanso de los residentes.~~	
Artículo 13. Transparencia en intensidades horarias. Las instituciones de educación superior que ofrezcan programas de especialización médico-quirúrgica o de especialización odontológica en cirugía oral y maxilofacial, tendrán la obligación de publicar dentro de los seis meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley y actualizar con recurrencia anual, los programas académicos de cada una de estas especializaciones, especificando la carga horaria teórica y práctica correspondiente a cada componente y a cada etapa de la formación. Estos programas deberán estar publicados de forma permanente, en medios accesibles para los residentes, los docentes y los entes de control, con el fin de facilitar la verificación de cumplimiento sobre las condiciones establecidas para la práctica formativa.	**Artículo ~~13~~ 12. Transparencia en intensidades horarias**. Las instituciones de educación superior que ofrezcan programas de especialización médico-quirúrgica o de especialización odontológica en cirugía oral y maxilofacial, tendrán la obligación de publicar dentro de los seis meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley y actualizar con recurrencia anual, los programas académicos de cada una de estas especializaciones, especificando la carga horaria teórica y práctica correspondiente a cada componente y a cada etapa de la formación. Estos programas deberán estar publicados de forma permanente, en medios accesibles para los residentes, los docentes y los entes de control, con el fin de facilitar la verificación de cumplimiento sobre las condiciones establecidas para la práctica formativa.	Se reenumera el artículo.
Artículo 14. *Programa Integral de Salud Mental para Residentes*. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Ministerio de Educación Nacional y las secretarías de educación diseñarán y pondrán en funcionamiento las políticas y protocolos para garantizar que cada entidad tenga y aplique efectivamente un Programa Integral de Salud Mental para los residentes médicos en especialización médicoquirúrgica y odontólogos en especialización oral y maxilofacial, dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, de acuerdo con la normatividad en salud vigente y la política pública vigente. Este programa deberá incluir, como mínimo, los siguientes componentes: - Acceso a Servicios de Salud Mental: Garantizar el acceso gratuito y oportuno a servicios de apoyo psicológico y psiquiátrico para todos los residentes, incluyendo consultas, terapias y, de ser necesario, medicación. Estos servicios, junto a incapacidades y formulaciones, no deberán requerir la transcripción médica por especialista de psiquiatría de la EPS del estudiante. En casos en que los residentes requieran una hospitalización por salud mental, esta no se realizará en los hospitales en los que los residentes realizan su práctica formativa, con el propósito de no afectar la relación paciente – médico, al estar interferida por la relación estudiante – docente. - Programas de Prevención: Implementar programas de prevención del estrés y agotamiento profesional, que incluya talleres, seminarios y actividades orientadas a la promoción de la salud mental y el bienestar. - Programas de promoción en salud mental: Implementar programas de promoción de la buena salud mental que brinden herramientas sobre el manejo emocional, así como la identificación temprana de afecciones y trastornos. - Seguimiento y Monitoreo: Establecer un sistema de valoración, seguimiento y monitoreo continuo de la salud mental de los residentes, con tamizajes de ingreso y salida, evaluaciones periódicas y mecanismos de intervención temprana. Este sistema incluirá una clasificación de riesgo al inicio de las residencias médicas, con el propósito de acompañar y prestar atención a aquellas personas detectadas con el mayor riesgo de afectación en salud mental. - Apoyo en Casos de Crisis: Proveer recursos	**~~Artículo 14. *Programa Integral de Salud Mental para Residentes*.~~** ~~El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Ministerio de Educación Nacional y las secretarías de educación diseñarán y pondrán en funcionamiento las políticas y protocolos para garantizar que cada entidad tenga y aplique efectivamente un Programa Integral de Salud Mental para los residentes médicos en especialización médicoquirúrgica y odontológicos en especialización oral y maxilofacial, dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, de acuerdo con la normatividad en salud vigente y la política pública vigente.~~ **Artículo 13. Capacitación Institucional, Derechos Humanos y Programa Integral de Salud Mental para Residentes.** Las instituciones de educación superior y las prestadoras de servicios de salud que ofrezcan programas de especialización médicoquirúrgica u odontológica en cirugía oral y maxilofacial, así como aquellas que desarrollen convenios docencia–servicio, deberán implementar espacios de capacitación orientados a fortalecer el conocimiento sobre derechos humanos aplicados al entorno laboral y formativo, la identificación de conductas constitutivas de acoso laboral, el respeto por los tiempos de descanso y la promoción de ambientes laborales sanos y seguros. Estas capacitaciones deberán impartirse y reforzarse anualmente a todo el personal en salud, especialmente a directivos, administradores, jefes de residencia, especialistas y demás profesionales involucrados en la formación de residentes. Asimismo, el Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Ministerio de Educación Nacional y las secretarías de educación, diseñarán y pondrán en funcionamiento políticas y protocolos para garantizar que cada entidad cuente con un Programa Integral de Salud Mental dirigido a los residentes de especialización médicoquirúrgica y a los odontólogos en especialización oral y maxilofacial. Dicho programa deberá implementarse dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, conforme a la normatividad en salud vigente. Este programa deberá incluir, como mínimo, los siguientes componentes: **a. Acceso a Servicios de Salud Mental:** Garantizar el acceso gratuito y oportuno a servicios de apoyo psicológico y psiquiátrico para todos los residentes, incluyendo consultas, terapias y, de ser necesario, medicación. Estos servicios, junto a incapacidades y formulaciones, no deberán requerir la transcripción médica por especialista de	Se reenumera el artículo al número 13. Adicionalmente se reformula el artículo 14 y se fusiona con el artículo 12 del proyecto de ley, por cuanto se busca que las disposiciones relativas a la capacitación institucional y al programa de salud mental se consoliden en un solo artículo, lo que facilita su articulación y las obligaciones y deberes que tienen las entidades formadoras y prestadoras de servicios de salud en la creación, garantía y responsabilidad de ambientes laborales adecuados y acompañamiento integral a los residentes, evitando la dispersión normativa, facilitando un enfoque coherente para la para la promoción del bienestar, la prevención del acoso laboral y la protección de los derechos humanos en estos entornos de formación especializada.

y apoyo inmediato para los residentes que se encuentren en situaciones de crisis o necesiten atención urgente. Las rutas de acceso a dichos recursos deberán divulgarse de manera oportuna y clara en todas las instituciones donde se realicen residencias médicas y odontológicas. - Sensibilización y Capacitación: Desarrollar programas de sensibilización y capacitación para los residentes, docentes de las Instituciones de Educación Superior y el personal de las instituciones prestadoras de servicios de salud sobre la importancia de la salud mental y cómo apoyar a estudiantes en formación en su cuidado. - Confidencialidad y Protección: Asegurar la confidencialidad y protección de la información personal de los residentes que accedan al programa, garantizando que no habrá repercusiones negativas en su formación profesional por utilizar estos servicios.	psiquiatría de la EPS del estudiante. En casos en que los residentes requieran una hospitalización por salud mental, esta no se realizará en los hospitales en los que los residentes realizan su práctica formativa, con el propósito de no afectar la relación paciente – médico, al estar interferida por la relación estudiante – docente. **b. Programas de Prevención:** Implementar programas de prevención del estrés y agotamiento profesional, que incluya talleres, seminarios y actividades orientadas a la promoción de la salud mental y el bienestar. **c. Programas de promoción en salud mental:** Implementar programas de promoción de la buena salud mental que brinden herramientas sobre el manejo emocional, así como la identificación temprana de afecciones y trastornos. **d. Seguimiento y Monitoreo:** Establecer un sistema de valoración, seguimiento y monitoreo continuo de la salud mental de los residentes, con tamizajes de ingreso	

	y salida, evaluaciones periódicas y mecanismos de intervención temprana. Este sistema incluirá una clasificación de riesgo al inicio de las residencias médicas, con el propósito de acompañar y prestar atención a aquellas personas detectadas con el mayor riesgo de afectación en salud mental. **e. Apoyo en Casos de Crisis:** Proveer recursos y apoyo inmediato para los residentes que se encuentren en situaciones de crisis o necesiten atención urgente. Las rutas de acceso a dichos recursos deberán divulgarse de manera oportuna y clara en todas las instituciones donde se realicen residencias médicas y odontológicas. **f. Sensibilización y Capacitación:** Desarrollar programas de sensibilización y capacitación ~~para los residentes, docentes de las Instituciones de Educación Superior y el personal de las instituciones prestadoras de servicios de salud sobre la importancia de la salud mental y cómo apoyar a estudiantes en formación en su cuidado~~	

	<u>en temas de salud mental, dirigidos a los residentes, a los docentes de las Instituciones de Educación Superior y al personal de las instituciones prestadoras de servicios de salud, para fortalecer su capacidad de identificar signos de afectación emocional y apoyar adecuadamente a los estudiantes en formación.</u> **g. Confidencialidad y Protección:** Asegurar la confidencialidad y protección de la información personal de los residentes que accedan al programa, garantizando que no habrá repercusiones negativas en su formación profesional por utilizar estos servicios.	
Artículo 15. Ajuste de la normatividad aplicable e informe anual. El Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Trabajo deberán expedir y ajustar los decretos, circulares, acuerdos, resoluciones, informes y reportes de las distintas entidades del sector, para asegurar la debida implementación de esta ley. Igualmente, deberán presentar un informe anual conjunto al	**Artículo 14. ~~15.~~ Ajuste de la normatividad aplicable e informe anual**. El Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Trabajo deberán expedir y ajustar los decretos, circulares, acuerdos, resoluciones, informes y reportes de las distintas entidades del sector, para asegurar la debida implementación de esta ley. Igualmente, deberán presentar un informe anual conjunto al	Se reenumera el artículo al número 14.

Congreso de la República sobre la aplicación de esta ley, incluyendo cifras sobre casos de acoso, el funcionamiento de los canales de denuncia, y el impacto del Programa Integral de Salud Mental para residentes. Este informe debe entregarse antes del 30 de junio de cada año y estará disponible para su consulta pública.	Congreso de la República sobre la aplicación de esta ley, incluyendo cifras sobre casos de acoso, el funcionamiento de los canales de denuncia, y el impacto del Programa Integral de Salud Mental para residentes. Este informe debe entregarse antes del 30 de junio de cada año y estará disponible para su consulta pública.	
Artículo 16. Plazos de las actuaciones administrativas. Las entidades públicas y privadas que reciban las quejas de presunto acoso, o decidan investigar de oficio, tendrán un plazo de quince (15) días hábiles contados a partir de la presentación de la queja o de la visita administrativa, para establecer su competencia y el procedimiento aplicable, el cual se podrá ampliar hasta en otros quince (15) días hábiles, si se decretan pruebas.	**Artículo <u>15</u> ~~16.~~ Plazos de las actuaciones administrativas.** Las entidades públicas y privadas que reciban las quejas de presunto acoso, o decidan investigar de oficio, tendrán un plazo de quince (15) días hábiles contados a partir de la presentación de la queja o de la visita administrativa, para establecer su competencia y el procedimiento aplicable, el cual se podrá ampliar hasta en otros quince (15) días hábiles, si se decretan pruebas.	Se reenumera el artículo al número 15.
Artículo 17. Caducidad. Las acciones derivadas del acoso en el ámbito de las residencias médicas y odontológicas caducarán en tres (3) años a partir de la fecha en que se haya finalizado el programa académico. En las denuncias relacionadas con VBG, la caducidad se dará acorde a la normatividad nacional	**Artículo <u>16</u> ~~17.~~ Caducidad**. Las acciones derivadas del acoso en el ámbito de las residencias médicas y odontológicas caducarán en tres (3) años a partir de la fecha en que se haya finalizado el programa académico. En las denuncias relacionadas con VBG, la caducidad se dará acorde a la normatividad nacional	Se reenumera el artículo al número 16.

establecida para este tipo de violencias.	establecida para este tipo de violencias.	
Artículo 18. *Incentivos*. El Gobierno nacional garantizará: 1. Incentivos económicos u otros especiales y diferenciales, a los residentes que cursen programas de especialización considerados prioritarios para el país. 2. Implementar un contrato de formación y los incentivos que se apliquen para las segundas especialidades o *"felow"*. 3. Implementar incentivos o auxilios al primer empleo de los residentes graduados como especialistas y a las segundas especialidades. 4. Incentivos para las instituciones prestadoras de servicios de salud que desarrollen programas de formación docente continua para sus colaboradores involucrados en la enseñanza de residentes. 5. Incentivos especiales para las instituciones prestadoras de servicios de salud que otorguen medidas adicionales de	**Artículo 17 ~~18~~. *Incentivos***. El Gobierno nacional garantizará: 1. Incentivos económicos u otros especiales y diferenciales, a los residentes que cursen programas de especialización considerados prioritarios para el país. 2. Implementar un contrato de formación y los incentivos que se apliquen para las segundas especialidades o *"felow"*. 3. Implementar incentivos o auxilios al primer empleo de los residentes graduados como especialistas y a las segundas especialidades. 4. Incentivos para las instituciones prestadoras de servicios de salud que desarrollen programas de formación docente continua para sus colaboradores involucrados en la enseñanza de residentes. 5. Incentivos especiales para las instituciones prestadoras de servicios de salud que otorguen medidas adicionales de	Se reenumera el artículo al número 17.

bienestar de forma gratuita para los residentes como servicio de alimentación de manera regular, hospedaje, entre otras.	bienestar de forma gratuita para los residentes como servicio de alimentación de manera regular, hospedaje, entre otras.	
Artículo 19. Modifíquese el parágrafo 1° del artículo 6° de la Ley 1917 de 2018, el cual quedará así: PARÁGRAFO 1°. Con los recursos establecidos en el presente artículo se financiará el salario del residente por un monto de tres salarios mínimos legales mensuales vigentes, por un plazo máximo que será la duración del programa de especialización médicoquirúrgica, según la información reportada oficialmente por las instituciones de educación superior al Ministerio de Educación Nacional. Harán parte de los recursos con los que se financia el salario, los rendimientos financieros que dichos recursos generen, los cuales podrán ser destinados al cubrimiento de los costos de administración y operación y a la ampliación de la cobertura del Sistema Nacional de Residencias Médicas. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), en el	**Artículo 18 ~~19.~~ ~~Modifíquese~~ Sustitúyase** el parágrafo 1° del artículo 6° de la Ley 1917 de 2018, el cual quedará así: "**PARÁGRAFO 1°.** Con los recursos establecidos en el presente artículo se financiará el salario del residente por un monto de tres salarios mínimos legales mensuales vigentes, por un plazo máximo que será la duración del programa de especialización médicoquirúrgica, según la información reportada oficialmente por las instituciones de educación superior al Ministerio de Educación Nacional. Harán parte de los recursos con los que se financia el salario, los rendimientos financieros que dichos recursos generen, los cuales podrán ser destinados al cubrimiento de los costos de administración y operación y a la ampliación de la cobertura del Sistema Nacional de Residencias Médicas. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), en el	Se reenumera el artículo al número 18 y se realizan ajustes para mantener la técnica legislativa.

ámbito de sus competencias, deberán efectuar el giro de los salarios a los residentes dentro de un plazo máximo de veinticinco (25) días calendario contados a partir del inicio de cada mes. El incumplimiento de dichos plazos dará lugar a la aplicación de las sanciones administrativas a que haya lugar, sin perjuicio de las responsabilidades fiscales y disciplinarias correspondientes. El Gobierno nacional reglamentará los mecanismos de verificación, control y sanción que garanticen el cumplimiento de los plazos aquí establecidos. El Ministerio de Salud podrá financiar el sostenimiento de estudiantes colombianos que cursan programas de especialización médicoquirúrgica en el exterior, para lo cual reglamentará los requisitos para aplicar y definir los beneficiarios del apoyo de sostenimiento educativo del que trata la presente ley. El sostenimiento de estudiantes colombianos en el exterior estará sujeto a la garantía de su retorno para el ejercicio de la profesión en el país durante un periodo de tiempo que sea al menos igual a la duración del programa de	ámbito de sus competencias, deberán efectuar el giro de los salarios a los residentes dentro de un plazo máximo de veinticinco (25) días calendario contados a partir del inicio de cada mes. El incumplimiento de dichos plazos dará lugar a la aplicación de las sanciones administrativas a que haya lugar, sin perjuicio de las responsabilidades fiscales y disciplinarias correspondientes. El Gobierno nacional reglamentará los mecanismos de verificación, control y sanción que garanticen el cumplimiento de los plazos aquí establecidos. El Ministerio de Salud podrá financiar el sostenimiento de estudiantes colombianos que cursan programas de especialización médicoquirúrgica en el exterior, para lo cual reglamentará los requisitos para aplicar y definir los beneficiarios del apoyo de sostenimiento educativo del que trata la presente ley. El sostenimiento de estudiantes colombianos en el exterior estará sujeto a la garantía de su retorno para el ejercicio de la profesión en el país durante un periodo de tiempo que sea al menos igual a la duración del programa de	

especialización, en caso de incumplimiento, el beneficiario deberá retornar el valor del sostenimiento, lo cual deberá quedar consignado de manera expresa en el documento que contiene la aprobación y aceptación del beneficiario. El ministerio reglamentará el funcionamiento del modelo propuesto.	especialización, en caso de incumplimiento, el beneficiario deberá retornar el valor del sostenimiento, lo cual deberá quedar consignado de manera expresa en el documento que contiene la aprobación y aceptación del beneficiario. El ministerio reglamentará el funcionamiento del modelo propuesto."	
Artículo nuevo. *Veeduría*. La Asociación Nacional de Internos y Residentes (ANIR), la Federación Médica Colombiana y la Federación Odontológica Colombiana, en el marco de sus competencias estatutarias, estarán facultadas para ejercer funciones de veeduría ciudadana sobre el sistema de residencias médicas y odontológicas. Dichas funciones comprenderán el seguimiento, control social y formulación de recomendaciones ante las autoridades competentes respecto de la implementación, cumplimiento y mejora de las disposiciones establecidas en la presente ley, sin perjuicio de las competencias de las veedurías ciudadanas que puedan conformarse en los términos de la normativa vigente.	**Artículo ~~nuevo~~ 19. *Veeduría***. La Asociación Nacional de Internos y Residentes (ANIR), la Federación Médica Colombiana y la Federación Odontológica Colombiana, en el marco de sus competencias estatutarias, estarán facultadas para ejercer funciones de veeduría ciudadana sobre el sistema de residencias médicas y odontológicas. Dichas funciones comprenderán el seguimiento, control social y formulación de recomendaciones ante las autoridades competentes respecto de la implementación, cumplimiento y mejora de las disposiciones establecidas en la presente ley, sin perjuicio de las competencias de las veedurías ciudadanas que puedan conformarse en los términos de la normativa vigente.	Se reenumera el artículo al número 19.
Artículo nuevo.	**~~Artículo nuevo.~~**	Se suprime este

Reglamentación. El Ministerio de Educación Nacional, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, y las instituciones de educación superior y las asociaciones de residentes, deberá expedir, dentro de los seis (6) meses siguientes a la promulgación de la presente ley, un manual de buenas prácticas y criterios orientadores para la implementación de las condiciones de bienestar, seguridad y salud mental de los residentes, este manual servirá como guía para las instituciones en el ejercicio de su autonomía universitaria.	~~***Reglamentación***. El Ministerio de Educación Nacional, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, y las instituciones de educación superior y las asociaciones de residentes, deberá expedir, dentro de los seis (6) meses siguientes a la promulgación de la presente ley, un manual de buenas prácticas y criterios orientadores para la implementación de las condiciones de bienestar, seguridad y salud mental de los residentes, este manual servirá como guía~~ ~~para las instituciones en el ejercicio de su autonomía universitaria.~~	artículo en la medida que ya se encuentra compilado en el artículo 13 del texto propuesto.
Artículo nuevo. Línea de atención de denuncias para Talento Humano en Salud. Créese la línea de atención para denuncias por parte el Talento Humano Salud, que deberá contar con correo electrónico, línea telefónica y página web a cargo del Ministerio de Salud y protección social en coordinación con el Ministerio del trabajo, las cuales podrán ser de forma anónima. **Parágrafo**. El término para la implementación de la presente disposición no podrá exceder el periodo de un (1) año contado a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.	**Artículo ~~nuevo~~ 20. Línea de atención de denuncias para Talento Humano en Salud.** Créese la línea de atención para denuncias por parte el Talento Humano Salud, que deberá contar con correo electrónico, línea telefónica y página web a cargo del Ministerio de Salud y protección social en coordinación con el Ministerio del trabajo, las cuales podrán ser de forma anónima. **Parágrafo**. El término para la implementación de la presente disposición no podrá exceder el periodo de un (1) año contado a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.	Se reenumera el artículo al número 20.

Artículo nuevo. Espacios de descansos adecuados para Talento Humano en Salud. El contratante y/o empleados, deberá garantizar sitios de descanso cómodos y adecuados dentro de las instalaciones, donde se desarrolle la prestación del servicio, para el personal que brinde atención médica en las áreas de a) Urgencias. b) Unidad de cuidados intensivos. c) Hospitalización. d) Salas de cirugía. e) Salas de parto. **Parágrafo**. El término para la implementación de la presente disposición no podrá exceder el periodo de un (1) año contado a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.	**Artículo ~~nuevo~~ 21. Espacios de descansos adecuados para Talento Humano en Salud**. El contratante y/o empleados, deberá garantizar sitios de descanso ~~cómodos y~~ adecuados dentro de las instalaciones, donde se desarrolle la prestación del servicio, para el personal que brinde atención médica en las áreas de: a. Urgencias. b. Unidad de cuidados intensivos. c. Hospitalización. d. Salas de cirugía. e. Salas de parto. **Parágrafo**. El término para la implementación de la presente disposición no podrá exceder el periodo de ~~un (1)~~ **dos (2)** años contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.	Se reenumera el artículo al número 21 y se realizan ajustes en el tiempo de cumplimiento de este artículo para fortalecer el articulado y adecuarlo a la realidad actual de recursos del Sistema de Salud en el País.
Artículo nuevo. Examen nacional unificado de ingreso a programas de residencias médicas. Créase el Examen Nacional Unificado de Ingreso a Residencias Médicas (ENU-RM) como requisito obligatorio y único para acceder a programas de especialización médico-quirúrgica en Colombia. Este examen tendrá carácter	**Artículo ~~nuevo~~ 22. Examen nacional unificado de ingreso a programas de residencias médicas**. Créase el Examen Nacional Unificado de Ingreso a Residencias Médicas (ENU-RM) como requisito obligatorio ~~y único~~ para acceder a programas de especialización médico-quirúrgica en Colombia. Este examen tendrá carácter	Se reenumera el artículo al número 22 y se modifica su contenido para fortalecer la claridad normativa y garantizar una adecuada implementación del Examen Nacional Unificado de Ingreso a Residencias Médicas (ENU-RM). La reorganización en

estandarizado, objetico y de aplicación anual. El examen será diseñado, administrado y calificado por el Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación (Icfes), o por la entidad pública que el Gobierno nacional determine, garantizando: • Independencia técnica. • Transparencia en los procesos de elaboracióny aplicación. • Participación y veeduría de sociedades científicas, asociaciones de residentes, universidades acreditadas y el Ministerio de Salud en el Consejo Académico Asesor del ENU-RM. El resultado del ENU-RM constituirá el criterio común y vinculante de selección inicial para aspirantes a residencias médicas. Las universidades, en ejercicio de su autonomía, podrán definir criterios complementarios de admisión, siempre que: • Representen máximo un 30% de la ponderación total. • Estén previamente publicados y se ajusten a principios de objetividad, equidad y no discriminación. El costo de prestación del ENU-RM será recaudado por el Icfes y no podrá exceder el valor de 1	estandarizado, objetic~~e~~vo y de aplicación anual~~.~~**.** ~~El examen~~ **el cual** será diseñado, administrado y calificado por el Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación (Icfes), o por la entidad pública que el Gobierno nacional determine, garantizando: a. Independencia técnica. b. Transparencia en los procesos de elaboración y aplicación. c. Participación y veeduría de sociedades científicas, asociaciones de residentes, universidades acreditadas y el Ministerio de Salud en el Consejo Académico Asesor del ENU-RM. El resultado del ENU-RM constituirá el criterio común y vinculante de selección inicial para aspirantes a residencias médicas. Las universidades, en ejercicio de su autonomía, podrán definir criterios complementarios de admisión, siempre que: a. Representen máximo un 30% de la ponderación total. b. Estén previamente publicados y se ajusten a principios de objetividad, equidad y no	literales permite distinguir con precisión los elementos esenciales del examen y asegurar una redacción más ordenada y coherente. Se refuerza la independencia técnica al establecer que el diseño, administración y calificación estarán a cargo del Icfes o de la entidad pública designada, incorporando criterios de transparencia y participación sectorial especializada. Asimismo, se delimitan los criterios complementarios de admisión aplicables por las universidades, preservando su autonomía dentro de parámetros de objetividad y equidad. Finalmente, se establece un Fondo de Compensación Universitaria. En conjunto, los cambios mejoran la técnica legislativa y fortalecen la aplicabilidad del modelo.

SMMLV. El Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud establecerán un Fondo de Compensación Universitaria, nutrido con un porcentaje del recaudo del examen, destinado a las universidades que cuenten con programas acreditados de residencia médica, como medida de compensación frente a los ingresos que anteriormente percibían por la administración de exámenes individuales de admisión. El ENU-RM se regirá al menos por los siguientes principios: • Equidad: garantizar igualdad de condiciones a todos los aspirantes. • Transparencia: procesos públicos, auditables y con veeduría ciudadana. • Calidad: evaluación basada en competencias clínicas y científicas acordes a estándares internacionales. • Democracia participativa: inclusión de actores del sector salud y académico en la construcción del examen. El Gobierno nacional, en un plazo no mayor a 12 meses a partir de la promulgación de esta ley, expedirá la reglamentación que defina el diseño curricular, los mecanismos de	discriminación. c. El costo de prestación del ENU-RM será recaudado por el Icfes y no podrá exceder el valor de 1 SMMLV. d. El Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud establecerán un Fondo de Compensación Universitaria, nutrido ~~con un porcentaje del recaudo del examen~~ **con al menos un porcentaje del recaudo del examen proporcional al excedente del punto de equilibrio**, destinado a las universidades que cuenten con programas acreditados de residencia médica. ~~como medida de compensación frente a los ingresos que anteriormente percibían por la administración de exámenes individuales de admisión.~~ El ENU-RM se regirá al menos por los siguientes principios: a. **Equidad:** garantizar igualdad de condiciones a todos los aspirantes. b. **Transparencia:** procesos públicos, auditables y con veeduría ciudadana. c. **Calidad:** evaluación basada en competencias	

participación y el modelo financiero de compensación para las universidades.	clínicas y científicas acordes a estándares internacionales. d. ~~Democracia participativa: inclusión de actores del sector salud y académico en la construcción del examen.~~ **Participación técnica sectorial:** Incorporar la participación de expertos del sector salud, representantes académicos y actores institucionales pertinentes en el proceso de diseño, revisión y actualización del examen, garantizando que su contenido responda a criterios técnicos, académicos y de pertinencia profesional. El Gobierno nacional, en un plazo no mayor a un **(1) año contado a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.** ~~12 meses a partir de la promulgación de esta ley~~, expedirá la reglamentación que defina el diseño curricular, los mecanismos de participación y el modelo financiero de compensación para las universidades.	
CREACIÓN DE ARTÍCULO NUEVO	**Artículo 23. Informes.** Los Ministerios del Trabajo, de Educación y de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud y la Fiscalía General de la Nación deberán remitir, el 20 de julio de cada anualidad, un informe detallado a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Congreso de la República sobre el cumplimiento y los avances en la implementación de la presente ley, en lo que corresponda a sus funciones. **Parágrafo transitorio.** El primer informe deberá presentarse el 20 de julio siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley.	El deber de presentar informes periódicos permite al Congreso ejercer un control efectivo sobre la implementación de la ley y garantiza la rendición de cuentas de las entidades responsables. Al establecer que dichos informes se presenten al inicio de cada legislatura, se asegura su revisión oportuna dentro del ciclo legislativo. La fijación del primer informe para el año 2027 otorga a las instituciones el tiempo necesario para iniciar la implementación de la ley y permite contar con una primera evaluación temprana y verificable de sus avances.
Artículo 20. ***Vigencia***. La presente ley rige a partir de la fecha de su sanción y promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias. El Ministerio de Educación podrá conceder plazos especiales para el ajuste de determinados programas o especialidades a la jornada máxima que se fija en la presente ley.	**Artículo ~~20~~ 24.** ***Vigencia***. ~~La presente ley rige a partir de la fecha de su sanción y promulgación y deroga~~ La presente ley entrará a regir a partir de su sanción, promulgación y publicación en el Diario Oficial y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias. ~~El Ministerio de Educación podrá conceder plazos especiales para el ajuste de determinados programas o especialidades a la jornada máxima que se fija en la presente ley.~~	Se reenumera el artículo al número 24 y se realiza ajuste de técnica legislativa dando aplicabilidad efectiva a la norma.

8. PROPOSICIÓN

En virtud de las consideraciones expuestas, solicitamos respetuosamente a los Honorables Congresistas de la Comisión Séptima del Senado de la República **DAR PRIMER DEBATE y APROBAR** el Proyecto de Ley No. 293 de 2025 Senado – No. 145 de 2025 Cámara, *"por medio de la cual se dictan medidas dirigidas a prevenir y detener el acoso y la violencia en el entorno laboral del sistema de residencias médicas y odontológicas – Ley Doctora Catalina"*.

De los Honorables Senadores,

LORENA RÍOS CUÉLLAR
Senadora de la República
Coordinadora ponente

FABIAN DIAZ PLATA
Senador de la República
Ponente

MARTHA ISABEL PERALTA EPIEYÚ
Senadora de la República
Ponente

TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE

"por medio de la cual se dictan medidas dirigidas a prevenir y detener el acoso y la violencia en el entorno laboral del sistema de residencias médicas y odontológicas - Ley Doctora Catalina."

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto mejorar las condiciones en el entorno laboral de práctica para la formación de médicos y odontólogos en especializaciones médico quirúrgicas y en cirugía oral y maxilofacial, así como proteger a los residentes y demás actores que interactúan en esos espacios que puedan verse afectadas por el acoso laboral y la violencia psicológica, física y sexual.

Igualmente, la presente ley busca prevenir y detener el maltrato, en todas sus formas, identificar prevenir y erradicar el acoso laboral en las residencias médicas y odontológicas, establecer canales de denuncia, eliminar barreras administrativas para los quejosos o acosados y reforzar los procedimientos de control y sanción.

Artículo 2°. Adiciónese un parágrafo al artículo 3° de la Ley 1917 de 2018, con el siguiente texto:

"**PARÁGRAFO SEGUNDO.** Las instituciones contratantes están obligadas a implementar las normas y conceder las acciones contempladas en el derecho laboral para la prevención y protección frente a conductas de violencia física, verbal o psicológica, acoso y cualquier forma de discriminación por razón de género, origen étnico, orientación sexual, religión o discapacidad, asegurando que dichas medidas incorporen un enfoque de género interseccional, con el propósito de fomentar un entorno formativo seguro, respetuoso y propicio para el desarrollo profesional y personal.

Así mismo, están obligadas a implementar protocolos especiales, comités de seguimiento y mecanismos de evaluación periódica, que aseguren la efectiva aplicación y cumplimiento de las medidas y acciones allí contempladas."

Artículo 3°. Adiciónese un parágrafo al artículo 4° de la Ley 1917 de 2018, con el siguiente texto:

"**PARÁGRAFO.** Los residentes tendrán derecho a condiciones adecuadas, incluyendo una jornada máxima y mecanismos de control para la protección y cumplimiento de la jornada, medidas de protección a los acosados, prevención del acoso y violencia, así como el acceso a canales efectivos de denuncia, derecho de información y seguimiento para casos de acoso. Las entidades contratantes tienen la obligación de inscribir y enviar a un programa integral de salud mental, con servicio individual y colectivo, para todos los partícipes y vinculados, a través del cual se establezcan condiciones de interacción y convivencia pacífica para el bienestar emocional y psicológico de todos los integrantes del entorno de las residencias; en el establecimiento de dicho programa, se garantizará la participación activa de representantes de los residentes".

Artículo 4°. Sustitúyase el artículo 5° de la Ley 1917 de 2018 de la siguiente manera:

"**ARTÍCULO 5°. CONTRATO ESPECIAL PARA LA PRÁCTICA FORMATIVA DE RESIDENTES.** Dentro del marco de la relación docencia-servicio se aplica el contrato de práctica formativa del residente, como un contrato laboral especial que se rige por las normas del Código Sustantivo del Trabajo cuya finalidad es la formación de médicos especialistas en programas médico quirúrgicos y odontólogos en especialización médico quirúrgica en cirugía oral y maxilofacial, mediante el cual el residente se obliga a prestar, por el tiempo de duración del programa académico, un servicio personal, acorde al plan de delegación progresiva de competencias propias de la especialización, libre de toda forma de acoso y violencia psicológica, física y sexual.

El contrato laboral especial para la práctica formativa de residente tiene las siguientes condiciones mínimas:

1. La parte contratante la conforman solidariamente la Institución de Educación Superior y la Institución Prestadora de Servicios de salud.

2. Para la acreditación de los programas, la Institución de Educación Superior definirá el escenario base del programa, entendido este como aquel prestador de servicios de salud en el que el residente realizará la mayor parte de las rotaciones definidas en el programa académico.

3. El residente recibirá un salario mensual no inferior a tres salarios mínimos mensuales legales, a cargo de la Administradora de Riesgos en Salud (ADRES), o la entidad que la sustituya.

4. Derecho a todas las prestaciones sociales definidas por la normatividad vigente.

5. Existirá subordinación para los efectos de la docencia-servicio en sede de práctica.

6. Los contratantes están obligados a la garantía de las condiciones, medios y recursos requeridos para el desarrollo formativo, así como de las condiciones óptimas de bienestar, seguridad y salud mental, para el respeto y la dignidad humana en el ámbito de la práctica formativa.

7. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, al Sistema General de Riesgos Laborales y al Sistema de Pensiones, con un ingreso base de cotización igual al salario asignado o devengado, aporte que será pagado por la ADRES.

8. La dedicación total del residente en los prestadores de servicios de salud no deberá en ningún caso superar las 12 horas continuas, ni 60 horas por semana, incluyendo en esta jornada máxima legal, todas las actividades académicas, de prestación de servicios de salud e investigativas.

9. Derecho a quince (15) días hábiles de vacaciones remuneradas por año académico; sin perjuicio de los casos especiales establecidos en la normativa vigente.

10. Plan de trabajo o de práctica, que obedezca al programa de prácticas formativas previamente definido por la institución educativa, dentro de los espacios y horarios acordados con el prestador de servicios de salud, respetando en todo caso los límites máximos de la dedicación total del residente establecidos en la presente ley.

11. Formación libre de acoso que se diseñará y desarrollará bajo la autonomía y responsabilidad solidaria de las instituciones de educación superior y el prestador del servicio de salud identificado como escenario base de la residencia.

12. Tiene derecho a ser acompañado por el ministerio público, la defensoría del pueblo o un delegado de la Supersalud en todos los procesos de investigación o sancionatorios que se deriven de malos tratos, acoso, violencia física, psicológica o sexual.

13. Tienen derecho a solicitar investigación a la Supersalud por los mismos hechos enlistados en el numeral anterior.

PARÁGRAFO 1°. En ningún caso la autonomía universitaria o empresarial, podrá ser alegada para modificar o no aplicar las disposiciones de la presente ley.”

Artículo 5°. Reglas imperativas de la jornada máxima de los residentes. Salvo los casos de excepción que se definen en esta ley, para proteger a los residentes, se prohíben las jornadas de permanencia en sede de práctica que excedan las 12 horas corridas o contiguas, cualquiera que sea la denominación que se tenga para las distintas actividades, como por ejemplo, la evolución de pacientes, actualización de historias clínicas, revista y entrega de evolución y revisión del plan de cada paciente, registros y reportes, presentaciones, asistencia a consultas, preturno o turno y otras actividades asistenciales o formativas. No será justificación del incumplimiento de esta ley que la asignación del horario o actividad se haya realizado de manera voluntaria o consensuada o que se haya programado u ordenado por la demanda de servicios de salud.

Cada jornada debe dividirse en al menos dos, secciones, con un intermedio de descanso que se adapte a la naturaleza del trabajo de los residentes y sus necesidades.

Solo se podrá exceder la jornada de 12 horas día y 60 semanales, garantizando siempre el día de descanso, en los siguientes casos:

1. En urgencias médicas cuando se requiera del residente el acompañamiento al médico tratante o especialista a cargo, en relación con pacientes clasificados como prioritarios, de conformidad con los criterios que establezca el Ministerio de Salud para determinar la urgencia con la cual se atenderán los usuarios y basado en sus necesidades terapéuticas y recursos disponibles.

2. En las situaciones de emergencia sanitaria que sean declaradas por el Ministerio de Salud y Protección Social o desastres en el marco del sistema nacional o territorial de gestión de riesgo de desastres, de acuerdo con las normas que apliquen los respectivos prestadores de servicios de salud.

3. En los tiempos y horarios de compensación autorizados de manera excepcional, caso a caso, para retribuir o reponer permisos especiales como los concedidos en forma equitativa a los residentes en las festividades de navidad y fin de año.

Parágrafo 1°. Los casos de exceso a la jornada máxima del residente y su duración horaria deben estar identificados y debidamente autorizados, soportados y controlados por documentos y registros que se organicen y conserven en los archivos de las instituciones prestadoras de servicio bajo los sistemas que se definan de manera autónoma, con la autorización y responsabilidad del director del hospital y del decano de la facultad de medicina.

Parágrafo 2°. Las entidades prestadoras de servicio y las instituciones de educación superior deberán autorizar a los residentes las licencias y los permisos por calamidad doméstica y demás que se apliquen a los trabajadores, sin condicionarlos a que otros residentes deban cubrir las actividades en las respectivas jornadas.

Parágrafo 3°. En los eventos citados en este artículo, si se requiere reemplazo o sustitución de la labor de un residente y no hubiere disponibilidad de otro residente sin exceder su jornada máxima, el personal médico de apoyo deberá ser suministrado por la institución prestadora de servicios de salud.

Artículo 6°. Conductas que constituyen acoso en las residencias médicas y odontológicas. Se califica como acoso toda conducta persistente y demostrable, que esté encaminada o tenga capacidad para infundir miedo, intimidación, temor a las represalias, o angustia, o causar perjuicio en la formación o en el ámbito personal, formativo o laboral. Igualmente constituye acoso la conducta realizada para permitir, mayor ingreso o ventaja económica para alguna institución o persona del entorno de las residencias, o para generar exclusión del entorno, desmotivación en el residente, o a inducir su receso, retiro o renuncia.

El acoso puede ser ejercido de manera vertical u horizontal sobre un residente, en forma vertical, por parte de un representante legal, directivo, jefe o superior jerárquico, docente o profesor o por el personal de apoyo en la formación, o puede presentarse por los actos del residente hacia sus superiores. En sentido horizontal puede presentarse el acoso por un residente o compañero contra otro. El acoso también puede ser ejercido por terceros con los que el residente interactúe como resultado de su trabajo. Se presumirá que existe acoso en el ámbito de las residencias médicas y odontológicas, si se acredita la ocurrencia de cualquiera de las siguientes conductas, independientemente de que ocurran en espacios diferentes al lugar de trabajo pero que estén relacionados con el trabajo, incluyendo, pero sin limitarse a, espacios comunes como cafeterías o zonas de descanso, en desplazamientos, viajes, eventos o actividades sociales o de formación:

a. La programación, pedido, demanda o exigencia de actividades que lleven a permanecer en sede de práctica en turnos o jornadas que excedan las doce horas diarias y/o las sesenta horas semanales. Igualmente, los cambios sorpresivos del turno, disponibilidad o jornada en forma discriminatoria respecto a los demás residentes.

b. La asignación de tareas o actividades no relacionadas con los contenidos temáticos del programa de especialización ni con las actividades propias del servicio.

c. Los actos de agresión física o verbal, independientemente de sus consecuencias.

d. Las expresiones injuriosas, vejatorias o ultrajantes sobre la persona, la utilización de palabras soeces o con alusión a la raza, el género, la orientación sexual, el origen familiar o nacional, la preferencia política o el estatus social.

e. La delegación total o asignación total al residente de las actividades que corresponden al médico especialista. o al personal de la Institución Prestadora de Servicio o de la Institución de Educación Superior.

f. Los comentarios hostiles y humillantes de descalificación personal o profesional expresados en presencia de los compañeros, o en privado.

g. Los actos intimidatorios como son las injustificadas amenazas o advertencias de dar por terminado el contrato de práctica formativa, frenar o disminuir el acceso o la exposición a las prácticas o a las operaciones, expresadas o ejecutadas en presencia o no de los compañeros o terceros.

h. Las múltiples quejas, denuncias o imputaciones de faltas disciplinarias que se levanten formal o informalmente por parte de cualquiera de los sujetos activos del acoso, cuya temeridad quede demostrada en los respectivos procesos disciplinarios o judiciales.

i. las burlas o comentarios desagradables sobre la apariencia física o la forma de vestir.

j. La alusión pública o privada a datos, condiciones, relaciones o hechos sensibles pertenecientes a la intimidad de la persona.

k. La solicitud, pedido, orden o programación de servicios que involucran el requerimiento de un residente llevándolo a permanecer en la sede de práctica por tiempos que superan la jornada máxima de la ley.

l. El trato notoriamente discriminatorio a un residente respecto a los demás residentes en cuanto al otorgamiento de permisos, derechos y prerrogativas o a la imposición de deberes y cargas en sus actividades.

m. La negativa a suministrar al residente la información completa de la programación y distribución de actividades, la negativa a llevar y exhibir los controles o registros de servicios o de horarios. La negativa a suministrar los materiales o información indispensable para el cumplimiento de las tareas encomendadas.

n. La exigencia de condiciones administrativas, barreras u otros obstáculos que dilaten o impidan la concesión oportuna de licencias o vacaciones, cuando se dan las condiciones legales para concederlas.

o. El envío de anónimos, llamadas telefónicas o mensajes virtuales con contenido injurioso, ofensivo o intimidatorio o el sometimiento a una situación de aislamiento social o laboral.

p. No llevar registro del servicio y horarios reales comprometidos y ejecutados por los residentes, o delegar en ellos la responsabilidad de control y cumplimiento de la jornada máxima.

q. No tomar medidas de protección inmediata, en los tres días siguientes a que se conoce de la queja o denuncia. Además de las que dispongan los reglamentos, son medidas de protección inmediata la escucha del denunciado o acusado y la invitación a resolver el conflicto, la revisión oportuna de la actividad, turno o programación que dé motivo a la queja por extralimitación horaria o sobrecarga, para entrar a definir la redistribución de actividades, el recurso médico emergente o sustituto y el tiempo compensatorio en su caso.

r. Exigir pruebas, diagnósticos o dictámenes que dilaten las medidas de protección hasta la decisión final, o que demoren la adecuación del trámite, la corrección o contención de la situación de acoso.

s. Las formas de trabajo gratuitas; como por ejemplo solicitar apoyo, vincular o servirse de docentes, especialistas o prestadores de servicios, médicos generales o residentes *ad honorem* o bajo cualquier forma de actividad no remunerada.

t. Utilizar el tiempo y servicio de un residente para cubrir tareas que corresponden actividades del especialista o al personal de la Institución Prestadora de Servicio o de la Institución de Educación Superior.

u. No dejar registros de la atención o escucha de las quejas verbales, o informales. No tener disposiciones o reglamentos en los que se exijan el registro integral de las quejas y se deje constancia de su trazabilidad.

v. Suprimir o dejar de reconocer el derecho mínimo a conceder el tiempo necesario para el consumo de dos comidas para los residentes que se les programe o solicite una actividad de permanencia en sede de práctica por más de las 12 horas diarias de la jornada máxima.

w. Advertir o amenazar a los estudiantes, residentes o miembros de la comunidad educativa, con sanciones o efectos adversos, para evitar que se reúnan, comenten o se manifiesten sobre las políticas administrativas y las posibles conductas de acoso.

x. Solicitar, aconsejar o inducir a los residentes, a los testigos o a los miembros de la comunidad educativa, acerca de la forma de pronunciarse o de declarar en las reuniones administrativas, en las visitas de las entidades administrativas o judiciales, en declaraciones o actuaciones preliminares y en las investigaciones públicas o privadas relacionadas con el acoso. En esta conducta susceptible de ser sancionada como acoso se encuentran, las formas omisivas y las sugerencias orientadas a evitar que se conozcan comenten o difundan los hechos, como, por ejemplo, invocar silencio, privacidad y prudencia en protección de la institución o de sus profesores, pedir que no se utilicen las redes sociales u otras formas de comunicación para comentar los hechos. Estas conductas se califican como una forma de acoso por cuanto imponen barreras administrativas con capacidad para invisibilizar o acallar la libertad de expresión o para afectar el debido proceso, y el derecho de defensa.

y. Demeritar las afectaciones a la salud mental o a las condiciones emocionales de las personas que pueden estar inmersas en el presunto acoso, desconocer u omitir el enfoque de género, aunque no haya sido invocado por la persona presuntamente acosada. De la misma forma, se constituye en acoso dentro de la investigación preliminar o administrativa cualquier conducta que tienda a pedir pruebas calificadas de los trastornos de ansiedad y depresión, para iniciar el trámite o la investigación, especialmente a las mujeres. La anterior protección reforzada a las mujeres se dispone en tanto se reconocen las profundas diferencias en razón de género existentes y de la posición jerarquizada en Colombia, en términos de poder entre hombres, que ha existido tanto en las facultades de medicina y odontología como en los hospitales universitarios y las instituciones de salud.

Parágrafo 1°. En los demás casos no enumerados en este artículo, la autoridad competente valorará y decidirá la configuración del acoso de acuerdo con las circunstancias del caso y la gravedad de las conductas denunciadas y su impacto en los derechos de los residentes.

Parágrafo 2°. No constituye acoso la formulación de circulares o memorandos de servicio, encaminados a solicitar exigencias técnicas o mejorar la eficiencia dentro de la jornada máxima permitida.

Parágrafo 3°. Excepcionalmente un sólo acto hostil bastará para acreditar el acoso. La persona o autoridad competente apreciará tal circunstancia, según la gravedad de la conducta denunciada y su capacidad de ofender la dignidad humana, la vida e integridad física, la libertad sexual y demás derechos fundamentales.

Artículo 7°. Obligación legal de denuncia. Si la conducta comunicada puede constituirse en un delito, quien haya tenido noticia o conocimiento de su posible ocurrencia, podrá denunciar directamente a las autoridades competentes o ponerlo en conocimiento inmediato del director de la Institución Prestadora de Servicio y del Decano de la Facultad de Medicina. Por virtud de esta ley se impone al director de la Institución Prestadora de Servicio y al Decano de la Facultad correspondiente, el deber de denuncia ante la fiscalía general de la Nación, independiente de lo que su postura acerca de los hechos. En los casos a que se refiere este artículo, los denunciantes exclusivamente podrán ser investigados o imputados por la Rama Judicial y los Órganos de Control del Estado.

También será obligatorio poner en conocimiento de la superintendencia Nacional de salud para efectos de determinar si la conducta amerita sanción administrativa.

Artículo 8°. Pruebas y legitimación en los procedimientos relacionados con el acoso. Ante la imposibilidad de presentar queja directa por temor a represalias, en la investigación del presunto acoso, autoridades competentes tendrán el deber de buscar y apreciar los testimonios de familiares, amigos o terceras personas que hayan tenido conocimiento de los actos cometidos contra las presuntas víctimas. Las pruebas serán ordenadas y valoradas de conformidad con lo dispuesto en el Código de Procedimiento Penal, el Código General del Proceso y demás normas aplicables.

En las investigaciones y procedimientos sancionatorios relacionados con el acoso laboral se podrá solicitar y decretar la intervención como parte legítima, de veedores, agentes oficiosos, y defensores públicos o privados, para que en los respectivos procedimientos se dé oportunidad de participación a los terceros no vinculados a las instituciones investigadas. En eventuales procesos judiciales, se atenderán las disposiciones procesales correspondientes sobre partes y terceros.

El diagnóstico de una enfermedad mental no es requisito para reconocer y sancionar el acoso laboral. En la investigación administrativa o previa también podrá acudirse al testimonio y opinión profesional de los psicólogos y médicos que hayan atendido o escuchado al residente afectado. Lo anterior solo en los casos que conste autorización expresa del residente afectado, en garantía del derecho fundamental a la intimidad y del secreto profesional.

En la práctica y apreciación de los testimonios se tendrá en cuenta la protección de la identidad del presunto acosado, del denunciante y de los testigos. Esa protección será reforzada respecto de las mujeres y personas sujetas de especial protección constitucional.

En relación con las circunstancias atenuantes y agravantes del acoso y el procedimiento administrativo que debe seguirse para la aplicación de las sanciones, en lo no previsto en esta ley, se aplican las normas de la Ley 1010 de 2006 y de los procedimientos sancionatorios, y las leyes que los modifiquen o sustituyan, así como también el respectivo traslado de dicha información las entidades competentes para la investigación penal y/o disciplinaria a la que haya a lugar.

Parágrafo. Durante el proceso de investigación de los casos de maltrato, los residentes médicos que realicen una denuncia tendrán el derecho de solicitar la reubicación de manera preventiva y temporal hasta tanto finalice el proceso en los lugares de práctica, para evitar la posible revictimización por parte de las personas implicadas en el proceso de denuncia.

Artículo 9°. Competencia del Ministerio de Educación. Sin perjuicio de las potestades que otorguen otras leyes, el Ministerio de Educación Nacional podrá investigar a prevención, de oficio, por solicitud de los peticionarios o quejosos, o por traslado de otras entidades públicas, las conductas individuales o colectivas de acoso a residentes, bien sea las mencionadas en la Ley 1010 de 2006 o las relacionadas en la presente ley.

Para efectos de lo anterior deberá tener en cuenta lo siguiente:

1. **Sanciones del ministerio de educación.** El Ministerio de Educación Nacional tiene potestad legal para investigar, determinar e imponer sanciones a las instituciones educativas, previa observancia del debido proceso señalado por la Ley 30 de 1992, especialmente en sus artículos 51 y 52, así como en la Ley 1537 de 2012.

2. **Sanciones a personas naturales.** El Ministerio podrá investigar y sancionar a los profesores que interactúan en las actividades de los residentes, y a los residentes que cometan las conductas citadas en esta ley. Igualmente, podrá investigar las conductas de los decanos, directivos, representantes legales, consejeros, administradores, revisores fiscales, o cualquier persona que ejerza la administración y/o el control de la institución de educación superior, por la inobservancia de sus funciones legales o reglamentarias relacionadas con las conductas determinadas en esta ley. El Ministerio de Educación podría imponer las siguientes sanciones:

   a. Amonestación privada.
   b. Amonestación pública.
   c. Multas personales hasta de diez (10) salarios mínimos legales mensuales vigentes, por evento.
   d. Orden de suspensión o separación del cargo, de la docencia y de cualquier actividad de acompañamiento en el Sistema de Residencias, hasta por el término de dos años.
   e. Inhabilidad de hasta diez (10) años para ejercer cargos o contratar con Instituciones de Educación.

   Igualmente deberá compulsar copias al ministerio del trabajo para que se adelanten procesos de investigación a las IPS y los médicos especialistas adscritos que no ejercen funciones o tareas de enseñanza pero que interactúan o intervienen en las actividades de los residentes llegasen a cometer las conductas reprochadas en esta ley.

3. **Sujetos personas jurídicas.** Sin perjuicio de las sanciones personales, el Ministerio de Educación Superior podrá investigar y sancionar a las Instituciones de Educación Superior, que teniendo conocimiento habiendo sido debidamente informadas, se abstengan de ejercer acciones sancionatorias o correctivas, y por su negligencia se vean afectados los residentes con conductas de acoso y la violación de esta la ley, imponiendo las siguientes medidas:

a. Amonestación pública.

b. Imposición de correctivos, que deban alcanzar en plazos fijos controlados, con independencia de la autonomía universitaria para gestionar el correctivo impuesto.

c. Multas institucionales de hasta mil (1.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes, de acuerdo con la gravedad de los hechos y la proporcionalidad debida al fijar la sanción.

Parágrafo 1°. Las sanciones institucionales de multa serán impuestas por el Ministerio de Educación, previo concepto del Consejo Nacional de Educación Superior (CESU), mediante resolución motivada, una vez adelantado y concluido el correspondiente procedimiento administrativo, con observancia de la plenitud de sus formas propias. Estarán inhabilitados para votar y participar en las respectivas sesiones del referido Consejo los miembros que estén bajo conflicto de interés por vinculación con las instituciones investigadas o relaciones de amistad estrecha, o familiar hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o único civil, con los directivos y profesores de las instituciones o con las personas que resulten señaladas en las quejas, en los preliminares de la investigación o en la investigación misma.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Educación Nacional llevará el registro de las sanciones impuestas y adoptará las medidas conducentes para que ellas se hagan efectivas.

Parágrafo 3°. El Consejo Nacional de Educación no podrá declarar o imponer el decaimiento de la acreditación, por las sanciones a que se refiere esta ley, dado que no es un órgano con funciones de inspección y vigilancia, ni tiene potestades sancionatorias.

Artículo 10. Competencia de la Superintendencia Nacional de Salud. Además de las potestades conferidas en las Leyes 1122 de 2007, 1438 de 2011 y 1949 de 2019, La Superintendencia Nacional de Salud, tendrá competencia para investigar a las Instituciones Prestadoras de Salud y a los directivos y profesionales vinculados a estas, por las quejas e incumplimientos que se le presenten directamente, de oficio o por traslado de otras entidades. La Superintendencia también podrá imponer las sanciones de la Ley 1010 de 2006 y de la presente ley. La Superintendencia Nacional de Salud también podrá investigar y sancionar bajo esta ley a las Empresas Sociales del Estado (ESE), hospitales o clínicas o prestadores de servicios en salud, de naturaleza pública.

Artículo 11. Otros procedimientos y sanciones para al acoso en la práctica formativa. El acoso en el ámbito del sistema de residencias médicas y odontológicas, debidamente acreditado, también se sancionará así:

1. Como falta disciplinaria gravísima en el Código Disciplinario Único, cuando el investigado sea un servidor público.

2. Tratándose de instituciones de derecho privado, según la gravedad de los hechos, cualquiera de las prácticas de acoso mencionadas en esta ley será justa causa de terminación del contrato, para el acosador o para quien haya incumplido las obligaciones de conducta relacionadas con las obligaciones que impone la ley y las normas reglamentarias, las resoluciones, circulares o manuales sobre el acoso. Las controversias sobre la terminación con justa causa, se tramitarán ante la justicia ordinaria.

3. En caso de que no se logre arreglo directo, se deben someter a los jueces competentes las pretensiones de reparación del daños y perjuicios.

4. En las entidades públicas los dineros provenientes de las multas impuestas por acoso laboral se destinarán al presupuesto de la entidad pública cuya autoridad la imponga y podrán ser cobradas mediante la jurisdicción coactiva con la debida actualización de valor.

5. La terminación unilateral del contrato de práctica formativa por parte de la institución de educación superior respecto del residente que haya denunciado posibles conductas constitutivas de acoso, carecerá de todo efecto cuando se profiera dentro de los seis (6) meses siguientes a la denuncia, siempre y cuando la autoridad administrativa, judicial o de control competente verifique la ocurrencia de los hechos puestos en conocimiento. En los mismos términos, carecerá de efecto la terminación del contrato de práctica formativa o del contrato de trabajo, respecto de las personas que actúen como quejosos, denunciantes o testigos de conductas de acoso, en el ámbito del sistema de residencias médicas y odontológicas.

6. Las instituciones prestadoras de servicios y las instituciones de educación superior que hacen parte del contrato de formación o de los convenios docencia servicio podrán ser demandadas y declaradas responsables, ante la jurisdicción laboral, por la remuneración y demás prestaciones laborales que se generarán en el caso del trabajo prestado por los residentes excediendo la jornada máxima de la ley, aunque dicha jornada haya sido consentido o consensuada.

Artículo 12. Transparencia en intensidades horarias. Las instituciones de educación superior que ofrezcan programas de especialización médico- quirúrgica o de especialización odontológica en cirugía oral y maxilofacial, tendrán la obligación de publicar dentro de los seis meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley y actualizar con recurrencia anual, los programas académicos de cada una de estas especializaciones, especificando la carga horaria teórica y práctica correspondiente a cada componente y a cada etapa de la formación. Estos programas deberán estar publicados de forma permanente, en medios accesibles para los residentes, los docentes y los entes de control, con el fin de facilitar la verificación de cumplimiento sobre las condiciones establecidas para la práctica formativa.

Artículo 13. Capacitación Institucional, Derechos Humanos y Programa Integral de Salud Mental para Residentes. Las instituciones de educación superior y las prestadoras de servicios de salud que ofrezcan programas de especialización médicoquirúrgica u odontológica en cirugía oral y maxilofacial, así como aquellas que desarrollen convenios docencia–servicio, deberán implementar espacios de capacitación orientados a fortalecer el conocimiento sobre derechos humanos aplicados al entorno laboral y formativo, la identificación de conductas constitutivas de acoso laboral, el respeto por los tiempos de descanso y la promoción de ambientes laborales sanos y seguros. Estas capacitaciones deberán impartirse y reforzarse anualmente a todo el personal en salud, especialmente a directivos, administradores, jefes de residencia, especialistas y demás profesionales involucrados en la formación de residentes.

Asimismo, el Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Ministerio de Educación Nacional y las secretarías de educación, diseñarán y pondrán en funcionamiento políticas y protocolos para garantizar que cada entidad cuente con un Programa Integral de Salud Mental dirigido a los residentes de especialización médicoquirúrgica y a los odontólogos en especialización oral y maxilofacial. Dicho programa deberá implementarse dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, conforme a la normatividad en salud vigente.

Este programa deberá incluir, como mínimo, los siguientes componentes:

a. **Acceso a Servicios de Salud Mental:** Garantizar el acceso gratuito y oportuno a servicios de apoyo psicológico y psiquiátrico para todos los residentes, incluyendo consultas, terapias y, de ser necesario, medicación. Estos servicios, junto a incapacidades y formulaciones, no deberán requerir la transcripción médica por especialista de psiquiatría de la EPS del estudiante.

   En casos en que los residentes requieran una hospitalización por salud mental, esta no se realizará en los hospitales en los que los residentes realizan su práctica formativa, con el propósito de no afectar la relación paciente – médico, al estar interferida por la relación estudiante – docente.

b. **Programas de Prevención:** Implementar programas de prevención del estrés y agotamiento profesional, que incluya talleres, seminarios y actividades orientadas a la promoción de la salud mental y el bienestar.

c. **Programas de promoción en salud mental:** Implementar programas de promoción de la buena salud mental que brinden herramientas sobre el manejo emocional, así como la identificación temprana de afecciones y trastornos.

d. **Seguimiento y Monitoreo:** Establecer un sistema de valoración, seguimiento y monitoreo continuo de la salud mental de los residentes, con tamizajes de ingreso y salida, evaluaciones periódicas y mecanismos de intervención temprana.

   Este sistema incluirá una clasificación de riesgo al inicio de las residencias médicas, con el propósito de acompañar y prestar atención a aquellas personas detectadas con el mayor riesgo de afectación en salud mental.

e. **Apoyo en Casos de Crisis:** Proveer recursos y apoyo inmediato para los residentes que se encuentren en situaciones de crisis o necesiten atención urgente. Las rutas de acceso a dichos recursos deberán divulgarse de manera oportuna y clara en todas las instituciones donde se realicen residencias médicas y odontológicas.

f. **Sensibilización y Capacitación:** Desarrollar programas de sensibilización y capacitación en temas de salud mental, dirigidos a los residentes, a los docentes de las Instituciones de Educación Superior y al personal de las instituciones prestadoras de servicios de salud, para fortalecer su capacidad de identificar signos de afectación emocional y apoyar adecuadamente a los estudiantes en formación.

g. **Confidencialidad y Protección:** Asegurar la confidencialidad y protección de la información personal de los residentes que accedan al programa, garantizando que no habrá repercusiones negativas en su formación profesional por utilizar estos servicios.

Artículo 14. Ajuste de la normatividad aplicable e informe anual. El Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Trabajo deberán expedir y ajustar los decretos, circulares, acuerdos, resoluciones, informes y reportes de las distintas entidades del sector, para asegurar la debida implementación de esta ley. Igualmente, deberán presentar un informe anual conjunto al Congreso de la República sobre la aplicación de esta ley, incluyendo cifras sobre casos de acoso, el funcionamiento de los canales de denuncia, y el impacto del Programa Integral de Salud Mental para residentes. Este informe debe entregarse antes del 30 de junio de cada año y estará disponible para su consulta pública.

Artículo 15. Plazos de las actuaciones administrativas. Las entidades públicas y privadas que reciban las quejas de presunto acoso, o decidan investigar de oficio, tendrán un plazo de quince (15) días hábiles contados a partir de la presentación de la queja o de la visita administrativa, para establecer su competencia y el procedimiento aplicable, el cual se podrá ampliar hasta en otros quince (15) días hábiles, si se decretan pruebas.

Artículo 16. Caducidad. Las acciones derivadas del acoso en el ámbito de las residencias médicas y odontológicas caducarán en tres (3) años a partir de la fecha en que se haya finalizado el programa académico.

En las denuncias relacionadas con VBG, la caducidad se dará acorde a la normatividad nacional establecida para este tipo de violencias.

Artículo 17. *Incentivos*. El Gobierno nacional garantizará:

1. Incentivos económicos u otros especiales y diferenciales, a los residentes que

cursen programas de especialización considerados prioritarios para el país.

2. Implementar un contrato de formación y los incentivos que se apliquen para las segundas especialidades o *"felow"*.

3. Implementar incentivos o auxilios al primer empleo de los residentes graduados como especialistas y a las segundas especialidades.

4. Incentivos para las instituciones prestadoras de servicios de salud que desarrollen programas de formación docente continua para sus colaboradores involucrados en la enseñanza de residentes.

5. Incentivos especiales para las instituciones prestadoras de servicios de salud que otorguen medidas adicionales de bienestar de forma gratuita para los residentes como servicio de alimentación de manera regular, hospedaje, entre otras.

Artículo 18. Sustitúyase el parágrafo 1° del artículo 6° de la Ley 1917 de 2018, el cual quedará así:

"**PARÁGRAFO 1°.** Con los recursos establecidos en el presente artículo se financiará el salario del residente por un monto de tres salarios mínimos legales mensuales vigentes, por un plazo máximo que será la duración del programa de especialización médicoquirúrgica, según la información reportada oficialmente por las instituciones de educación superior al Ministerio de Educación Nacional.

Harán parte de los recursos con los que se financia el salario, los rendimientos financieros que dichos recursos generen, los cuales podrán ser destinados al cubrimiento de los costos de administración y operación y a la ampliación de la cobertura del Sistema Nacional de Residencias Médicas.

El Ministerio de Salud y Protección Social y la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), en el ámbito de sus competencias, deberán efectuar el giro de los salarios a los residentes dentro de un plazo máximo de veinticinco (25) días calendario contados a partir del inicio de cada mes.

El incumplimiento de dichos plazos dará lugar a la aplicación de las sanciones administrativas a que haya lugar, sin perjuicio de las responsabilidades fiscales y disciplinarias correspondientes. El Gobierno nacional reglamentará los mecanismos de verificación, control y sanción que garanticen el cumplimiento de los plazos aquí establecidos.

El Ministerio de Salud podrá financiar el sostenimiento de estudiantes colombianos que cursan programas de especialización médicoquirúrgica en el exterior, para lo cual reglamentará los requisitos para aplicar y definir los beneficiarios del apoyo de sostenimiento educativo del que trata la presente ley.

El sostenimiento de estudiantes colombianos en el exterior estará sujeto a la garantía de su retorno para el ejercicio de la profesión en el país durante un periodo de tiempo que sea al menos igual a la duración del programa de especialización, en caso de incumplimiento, el beneficiario deberá retornar el valor del sostenimiento, lo cual deberá quedar consignado de manera expresa en el documento que contiene la aprobación y aceptación del beneficiario. El ministerio reglamentará el funcionamiento del modelo propuesto."

Artículo 19. ***Veeduría***. La Asociación Nacional de Internos y Residentes (ANIR), la Federación Médica Colombiana y la Federación Odontológica Colombiana, en el marco de sus competencias estatutarias, estarán facultadas para ejercer funciones de veeduría ciudadana sobre el sistema de residencias médicas y odontológicas.

Dichas funciones comprenderán el seguimiento, control social y formulación de recomendaciones ante las autoridades competentes respecto de la implementación, cumplimiento y mejora de las disposiciones establecidas en la presente ley, sin perjuicio de las competencias de las veedurías ciudadanas que puedan conformarse en los términos de la normativa vigente.

Artículo 20. Línea de atención de denuncias para Talento Humano en Salud. Créese la línea de atención para denuncias por parte el Talento Humano Salud, que deberá contar con correo electrónico, línea telefónica y página web a cargo del Ministerio de Salud y protección social en coordinación con el Ministerio del trabajo, las cuales podrán ser de forma anónima.

Parágrafo. El término para la implementación de la presente disposición no podrá exceder el periodo de un (1) año contado a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

Artículo 21. Espacios de descansos adecuados para Talento Humano en Salud. El contratante y/o empleados, deberá garantizar sitios de descanso adecuados dentro de las instalaciones, donde se desarrolle la prestación del servicio, para el personal que brinde atención médica en las áreas de:

a. Urgencias.

b. Unidad de cuidados intensivos.

c. Hospitalización.

d. Salas de cirugía.

e. Salas de parto.

Parágrafo. El término para la implementación de la presente disposición no podrá exceder el periodo de dos (2) años contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

Artículo 22. Examen nacional unificado de ingreso a programas de residencias médicas. Créase el Examen Nacional Unificado de Ingreso a Residencias Médicas (ENU-RM) como requisito obligatorio para acceder a programas de especialización médico-quirúrgica en Colombia.

Este examen tendrá carácter estandarizado, objetivo y de aplicación anual, el cual será diseñado, administrado y calificado por el Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación (Icfes), o por la entidad pública que el Gobierno nacional determine, garantizando:

a. Independencia técnica.

b. Transparencia en los procesos de elaboración y aplicación.

c. Participación y veeduría de sociedades científicas, asociaciones de residentes, universidades acreditadas y el Ministerio de Salud en el Consejo Académico Asesor del ENU-RM.

El resultado del ENU-RM constituirá el criterio común y vinculante de selección inicial para aspirantes a residencias médicas. Las universidades, en ejercicio de su autonomía, podrán definir criterios complementarios de admisión, siempre que:

a. Representen máximo un 30% de la ponderación total.

b. Estén previamente publicados y se ajusten a principios de objetividad, equidad y no discriminación.

c. El costo de prestación del ENU-RM será recaudado por el Icfes y no podrá exceder el valor de 1 SMMLV.

d. El Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud establecerán un Fondo de Compensación Universitaria, nutrido con al menos un porcentaje del recaudo del examen proporcional al excedente del punto de equilibrio, destinado a las universidades que cuenten con programas acreditados de residencia médica.

El ENU-RM se regirá al menos por los siguientes principios:

a. **Equidad:** garantizar igualdad de condiciones a todos los aspirantes.

b. **Transparencia:** procesos públicos, auditables y con veeduría ciudadana.

c. **Calidad:** evaluación basada en competencias clínicas y científicas acordes a estándares internacionales.

d. **Participación técnica sectorial:** Incorporar la participación de expertos del sector salud, representantes académicos y actores institucionales pertinentes en el proceso de diseño, revisión y actualización del examen, garantizando que su contenido responda a criterios técnicos, académicos y de pertinencia profesional.

El Gobierno nacional, en un plazo no mayor a un (1) año contado a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, expedirá la reglamentación que defina el diseño curricular, los mecanismos de participación y el modelo financiero de compensación para las universidades.

Artículo 23. Informes. Los Ministerios del Trabajo, de Educación y de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud y la Fiscalía General de la Nación deberán remitir, el 20 de julio de cada anualidad, un informe detallado a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Congreso de la República sobre el cumplimiento y los avances en la implementación de la presente ley, en lo que corresponda a sus funciones.

Parágrafo transitorio. El primer informe deberá presentarse el 20 de julio siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley.

Artículo 24. Vigencia. La presente ley entrará a regir a partir de su sanción, promulgación y publicación en el Diario Oficial y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

De los Honorables Senadores,

LORENA RÍOS CUÉLLAR
Senadora de la República
Coordinadora ponente

FABIAN DIAZ PLATA
Senador de la República
Ponente

MARTHA ISABEL PERALTA EPIEYÚ
Senadora de la República
Ponente

Comisión Séptima Constitucional Permanente

LA COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA. - Bogotá D.C., a los quince (15) días del mes de diciembre del año dos mil veinticinco (2025) - En la presente fecha se autoriza la **publicación en Gaceta del Congreso de la República, Informe** de Ponencia para primer debate, y texto propuesto, así:

INFORME DE PONENCIA PARA: PRIMER DEBATE

NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: No. 293/2025 SENADO - CAMARA N° 145/2024

TITULO: POR MEDIO DE LA CUAL SE DICTAN MEDIDAS DIRIGIDAS A PREVENIR Y DETENER EL ACOSO Y LA VIOLENCIA EN EL ENTORNO LABORAL DEL SISTEMA DE RESIDENCIAS MEDICAS Y ODONTOLOGICAS – LEY DOCTORA CATALINA".

INICIATIVA: H.R. LEONEL RUEDA CABALLERO, HECTOR DAVID CHAPARRO CHAPARRO, JULIA MIRANDA LONDOÑO, SANTIAGO OSORIO MARIN.

RADICADO: EN SENADO: **16-10-2025** EN COMISIÓN:**11-08-2025** EN CÁMARA: **05-08-2024**

PUBLICACIONES – GACETAS

TEXTO ORIGINAL	PONENCIA 1er DEBATE CÁMARA	TEXTO DEFINITIVO COM VII CAMARA	PONENCIA 2do DEBATE CÁMARA	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA CÁMARA	PONENCIA 1 DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO COM VII SENADO	PONENCIA 2do DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA SENADO
08 Art 1137/2024	08 Art 2258/2024		08 Art 784/2025	08 Art 1905/2025				

PONENTES PRIMER DEBATE		
H.S. PONENTES	ASIGNADO (A)	PARTIDO
LORENA RIOS CUELLAR	PONENTE	COLOMBIA JUSTA Y LIBRE
MARTHA PERALTA EPIEYU	PONENTE	PARTIDO MAIS
FABIAN DIAZ PLATA	PONENTE	PARTIDO ALIANZA VERDE

NÚMERO DE FOLIOS: NOVENTA Y OCHO (98) FOLIOS
RECIBIDO EL DÍA: 15 DE DCIEMBRE DE 2025
HORA: 09:18

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

El secretario,

Praxere José Ospino Rey
PRAXERE JOSÉ OSPINO REY
Secretario General Comisión Séptima

CONTENIDO

Gaceta número 2357 - lunes, 15 de diciembre de 2025

SENADO DE LA REPÚBLICA

PONENCIAS Págs.

Informe de ponencia positiva para primer debate en senado proyecto de ley número 72 de 2025 Senado, por medio del cual se establece el Programa Nacional de Tamizaje Oncológico y se dictan otras disposiciones. 1

Informe de ponencia positiva para primer debate y texto propuesto del proyecto de ley número 293 de 2025 Senado – 145 de 2025 Cámara, por medio de la cual se dictan medidas dirigidas a prevenir y detener el acoso y la violencia en el entorno laboral del sistema de residencias médicas y odontológicas - Ley Doctora Catalina. 1 0

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA - 2025