

PROYECTO DE LEY _____ DE 2020

“Por la cual se modifica la Ley 1164 de 2007, Ley 1438 de 2011, Ley 100 de 1993 y se dictan otras disposiciones – Ley Nieto-Gutiérrez”

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA

DECRETA:

Artículo 1°. Modifíquese y adiciónese dos incisos al artículo 2° de la Ley 1164 de 2007, el cual quedará así.

ARTÍCULO 2o. DE LOS PRINCIPIOS GENERALES. El Talento Humano del área de la Salud se regirá por los siguientes principios generales:

Equidad: La formación y el desempeño del Talento Humano en Salud deben estar orientados a proveer servicios de salud en cantidad, oportunidad y calidad igual para todos los habitantes de acuerdo con sus necesidades e independiente de su capacidad de pago. La práctica laboral del Talento Humano en Salud se ejerce asegurando igualdad de oportunidades bajo condiciones de trabajo dignas.

Solidaridad: La formación y el desempeño del Talento Humano en Salud deben estar fundamentados en una vocación de servicio que promueva la mutua ayuda entre las personas, las instituciones, los sectores más fuertes debe apoyar al más débil y el favorecimiento del desarrollo de las capacidades del Talento Humano en Salud desde una perspectiva de corresponsabilidad.

Calidad: La formación y el desempeño del Talento Humano en Salud, debe caracterizarse por el logro de los mayores beneficios posibles en la formación y la atención, dentro de la disponibilidad de recursos del sistema educativo y de servicios y con los menores riesgos para los usuarios de servicios de salud. Se reconocen en la calidad dos componentes interrelacionados: el ejercicio idóneo de competencias propias de cada profesión u ocupación en salud y la satisfacción y mejoramiento de la salud de los usuarios de los servicios. El ejercicio de la profesión y ocupación en salud logra resultados de calidad a partir del desarrollo de una cultura que valora y reconoce el esfuerzo y compromiso de los miembros del Talento Humano en Salud en el desarrollo de tareas y procesos que tienen como fin satisfacer las necesidades y expectativas en salud de los pacientes.

Ética: Ética: La formación y el desempeño del Talento Humano en Salud, debe estar enmarcado en el contexto cuidadoso de la vida y la dignidad del ser humano. Cada miembro del Talento Humano en Salud debe sostener rectitud personal y profesional, ejercer transparencia en las labores realizadas y procurar la adecuada utilización de recursos, de la gestión de la información y del desarrollo de procesos y procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Integralidad: La formación y el desempeño del talento humano debe reconocer las intervenciones y actividades necesarias para promover, conservar y recuperar la salud, prevenir las enfermedades, realizar tratamientos y ejecutar acciones de rehabilitación, todos

ellos en cantidad, calidad, oportunidad y eficiencia de la salud de los individuos y las colectividades.

Concertación: La formación y el desempeño del Talento Humano en Salud deben establecer espacios y mecanismos para propiciar acercamientos conceptuales y operativos que permitan definir líneas compartidas de acción, por parte de los diferentes actores que intervienen en la prestación de los servicios de salud.

Unidad: Debe ser una característica del accionar de los diferentes actores institucionales que intervienen en la formación y el desempeño del Talento Humano en Salud, que garantiza la concreción de la articulación y la armonización de las políticas, estrategias, instrumentos legislativos, normas, procesos y procedimientos que rigen en sus respectivos campos de actuación para lograr un desarrollo equilibrado y acorde con las necesidades del país.

Efectividad: La formación y el desempeño del personal de salud, deben garantizar en sus acciones el logro de resultados eficaces en la atención de salud individual y colectiva, mediante la utilización eficiente de los recursos disponibles y la selección del mejor curso de acción alternativa en términos de costos.

Vocación de servicio: La formación y el desempeño del Talento Humano en Salud debe buscar permanentemente el bien común, orientando sus esfuerzos hacia la satisfacción de las necesidades de los pacientes.

Respeto: La formación, el desempeño y la remuneración del Talento Humano en Salud debe ser merecedora de buen trato y equidad en el desarrollo de las relaciones con la sociedad, los pacientes, los contratantes y demás miembros del Sector Salud, reconociendo su dignidad, diferencias, derechos y deberes, en ausencia de discriminación.

Estabilidad: Es el principio que propende por la estabilidad del talento humano del sector salud en razón a que su ámbito de trabajo y desempeño profesional va dirigido a garantizar el acceso al derecho fundamental a la salud, que no puede quedar desprovisto ni sometido a los avatares de las políticas en materia laboral.

Artículo 2°. Modifíquese el artículo 8° de la Ley 1164 de 2007, el cual quedará así.

ARTÍCULO 8o. DEL OBSERVATORIO DEL TALENTO HUMANO EN SALUD. Créase el Observatorio del Talento Humano en Salud, como una instancia del ámbito nacional y regional, cuya administración y coordinación estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social. Estará encargado de la generación de datos, análisis e información sobre el Talento Humano en Salud, así como de promover la reflexión y el intercambio del conocimiento en vía a solucionar los principales desafíos laborales del Sector, logrando la conexión entre la mirada y la acción con destino a los diferentes actores involucrados en su desarrollo y organización.

El Observatorio de Talento Humano en Salud se articulará con el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud – ReTHUS con el propósito de apoyar el desarrollo del sistema de planificación y gestión del personal en salud, buscando generar datos que respalden los procesos de toma de decisiones para mejorar la calidad y las condiciones laborales del Talento Humano en Salud.

Artículo 3°. Modifíquese el artículo 13° de la Ley 1164 de 2007 reformado por el artículo 88 de la Ley 1438 de 2011, el cual quedará así.

ARTÍCULO 13. DE LA PERTINENCIA Y CALIDAD EN LA FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD. Las instituciones y programas de formación y desempeño del Talento Humano en Salud, buscarán el desarrollo de perfiles y competencias que respondan a las características y necesidades en salud de la población colombiana, a los estándares aceptados internacionalmente y a los requerimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, fundados en la ética, calidad, pertinencia y responsabilidad social. El Ministerio de Salud y Protección Social desarrollará los mecanismos para definir y actualizar las competencias de cada profesión atendiendo las recomendaciones del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud.

Los programas que requieran adelantar prácticas formativas en servicios asistenciales deberán contar con escenarios de prácticas conformados en el marco de la relación docencia servicio. Esta relación se sustentará en un proyecto educativo de largo plazo compartido entre una institución educativa y una entidad prestadora de servicios, que integrará las actividades asistenciales, académicas, docentes y de investigación.

Parágrafo 1°. Se propenderá por el perfeccionamiento continuo de la pertinencia y calidad en la formación del Talento Humano en Salud considerando como objetivos **i)** mejorar el desempeño laboral del Talento Humano en Salud mediante la adquisición de nuevas competencias o el desarrollo de las ya existentes, integrando sus dimensiones técnicas, sociales, de equidad, de calidad, de participación y de ética; **ii)** satisfacer las necesidades de desarrollo personal, profesional y ocupacional del Talento Humano en Salud durante su ciclo formativo y laboral; **iii)** implementar procesos de adquisición y actualización de conocimiento sobre el SGSSS, los objetivos y metas en salud, mejoramiento de la calidad de la atención y trato al usuario, actualización respecto a tecnologías de la información vinculada al sector, entre otros aspectos que le recomiende el Consejo Nacional de Talento Humano en Salud al Ministerio de Salud y Protección Social; **iv)** Reconocer la necesidad de respaldar el ejercicio de la misionalidad del Talento Humano en salud, lo cual exige adoptar medidas que propendan por su permanencia y continuidad en el ejercicio de esta vocación.

Parágrafo 2°. Las instituciones que contraten Talento Humano en Salud propenderán por fortalecer el funcionamiento de las instancias de participación institucional existentes, en los ámbitos de la formación, perfeccionamiento y capacitación a través de comités integrados por representantes institucionales y miembros del Talento Humano en Salud. Dichas instancias cumplirán funciones de generación de propuestas de pertinencia, calidad y necesidades en la formación de Talento Humano en Salud que serán hechas saber a las secretarías de salud territorial, las cuales deberán recopilar y elevar la información registrada ante el Ministerio de Salud y Protección Social para que éste lo utilice en el

desarrollo de mecanismos para definir y actualizar las competencias de cada profesión. La información recopilada será de dominio público.

Parágrafo 3°. El Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social se articularán en la incorporación metodologías de evaluación de enseñanza al Talento Humano en Salud, además de la contribución en mecanismos de formación, perfeccionamiento y capacitación considerando estrategias orientadas a ese propósito. Para lograr un mejor resultado, podrán contemplar la utilización de diversas modalidades de enseñanza y aprendizaje, de acuerdo con las características de los destinatarios, de los contenidos a desarrollar y su pertinencia con relación a la función desarrollada, considerando las combinaciones más adecuadas para lograr mayor efectividad posible, además de la evaluación de la oferta nacional e internacional disponible. Los recursos necesarios para el desarrollo de la contribución en mecanismos de los planes y programas de formación, perfeccionamiento y capacitación serán objeto de uso eficiente en pro de la sostenibilidad financiera.

Artículo 4°. Adiciónense dos párrafos nuevos al artículo 30 de la Ley 1164 de 2007, el cual quedará así:

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social revisará periódicamente el esquema de incentivos existentes, buscando retribuir adecuadamente el aporte del Talento Humano en Salud en el marco de la normatividad vigente.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará dentro de los 6 (seis) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, el desarrollo de incentivos que promuevan el reconocimiento explícito del trabajo bien realizado y de la trayectoria del Talento Humano en Salud a través de mecanismos de incentivos no pecuniarios.

Artículo 5°. Modifíquese el artículo 103 de la Ley 1438 de 2011, el cual quedará así:

ARTÍCULO 103. CONTRATACIÓN DEL PERSONAL MISIONAL PERMANENTE. El personal misional permanente de las Instituciones públicas Prestadoras de Salud no podrá estar vinculado mediante la modalidad de cooperativas de trabajo asociado que hagan intermediación laboral, o bajo ninguna otra modalidad de vinculación que afecte sus derechos constitucionales, legales y prestacionales consagrados en las normas laborales vigentes.

Las Instituciones públicas Prestadoras de Salud deberán impulsar una administración eficaz del ciclo de vida laboral de su personal misional permanente, aplicando de manera rigurosa y diligente la legislación vigente en materia de función pública considerando el ordenamiento articulado de los mecanismos de promoción, capacitación y desarrollo, evaluación del desempeño y remuneraciones, con el fin de lograr correspondencia entre el interés institucional de contar con equipos de personal idóneos, en la posición adecuada, comprometidos y satisfechos laboralmente. Las Instituciones públicas Prestadoras de Salud perfeccionarán en forma continua los procesos de evaluación de desempeño y capacitación pertinente, en base a la aplicación de metodologías de definición de cargos y perfiles, al desarrollo de estrategias comunicacionales y de gestión del desempeño.

Parágrafo. La contratación y selección del personal misional permanente se realizará considerando criterios objetivos transparentes e informados, aplicando procedimientos

validados de evaluación técnica, psicológica y exámenes pre-ocupacionales que permitan proveer los cargos con la garantía de estabilidad requerida por el derecho fundamental al acceso a la salud, según los perfiles efectivamente deseados, conjugando estos principios con los requisitos propios de ingreso a empleo público.

Se otorgará igualdad de oportunidades para los postulantes y se generarán alternativas que permitan elegir el mejor candidato, considerando mecanismos adecuados de comunicación y difusión para hacer atractiva la postulación, simplificando los procedimientos y privilegiando el uso de tecnologías de la información para esta finalidad.

Artículo 6°. Adiciónese un artículo nuevo al Capítulo III de la Ley 1164 de 2007, el cual quedará así:

Artículo nuevo. COOPERACIÓN INTERNACIONAL ACADÉMICA Y PROFESIONAL. El Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el Ministerio de Educación Nacional, el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación y el Instituto Colombiano de Crédito Educativo y Estudios Técnicos en el Exterior — ICETEX e instituciones académicas y de investigación realizarán las gestiones necesarias para acordar el reconocimiento y otorgamiento de facilidades de movilidad académica e intercambios profesionales temporales en el exterior del Talento Humano en Salud, el cual deberá utilizar en el país, por lo menos por los 2 (dos) años siguientes, a la experiencia académica y profesional adquirida en el extranjero.

Los arreglos serán acuerdos bilaterales, regionales o multilaterales destinados a promover la cooperación y coordinación internacional en la formación académica e intercambio profesional del Talento Humano en Salud considerando apoyo a la formación de éste adaptada al perfil de morbilidad del país, acceso a formación especializada, transferencia tecnológica y de conocimientos.

Artículo 7°. Adiciónese un artículo nuevo al Capítulo V de la Ley 1164 de 2007, el cual quedará así:

Artículo nuevo. VINCULACIÓN Y REMUNERACIÓN. La vinculación y remuneración será conforme a los niveles de formación, años de experiencia, grado de responsabilidad, jornadas de trabajo, desempeño y mérito del Talento Humano en Salud siguiendo los criterios de igualdad de oportunidades, equidad y demás principios que les garanticen la continuidad, permanencia y estabilidad requerida para garantizar el acceso al derecho fundamental a la salud.

Artículo 8°. Adiciónese un artículo nuevo al Capítulo V de la Ley 1164 de 2007, el cual quedará así:

Artículo 29A. SISTEMA DE REMUNERACIÓN DEL TALENTO HUMANO EN SALUD. El Ministerio de Salud y Protección Social creará el Sistema de Remuneración del Talento Humano en Salud dentro de los 6 (seis) meses siguientes a la expedición de esta ley, con el objeto de establecer los costos mínimos obligatorios para la remuneración del personal en salud contratado por cualquier entidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Este sistema se ajustará a los distintos grupos profesionales y ocupacionales que conforman el Talento Humano en Salud, según los criterios de niveles de formación, años de experiencia, grado de responsabilidad, jornadas de trabajo, desempeño y mérito.

El Sistema de Remuneración del Talento Humano en Salud considerará los aspectos específicos de libertad económica y mercado laboral en salud de acuerdo a la demanda y oferta del sector de la salud.

El sistema garantizará la protección del núcleo esencial del derecho al trabajo del Talento Humano en Salud bajo los parámetros objetivos para establecer el mínimo de remuneración las normas laborales vigentes de trabajo digno, salario justo, permanencia, continuidad, así como la recuperación y retribución de los costos de formación técnica, tecnológica, profesional, de especialización y sub-especialización.

Artículo 9°. Adiciónese un artículo nuevo al Capítulo V de la Ley 1164 de 2007, el cual quedará así:

Artículo nuevo. SISTEMA ELECTRÓNICO DE VINCULACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD. El Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999 y en la Ley 1581 de 2012, crearán un Sistema Electrónico de Vinculación de Talento Humano en Salud que deberá ser aplicado e implementado por toda institución del Sistema General de Seguridad Social en Salud que contrate Talento Humano en Salud. En dicho sistema se deberán registrar documentos, contratos y en general los actos derivados de la actividad contractual, así como los montos de remuneración y beneficios prestacionales del Talento Humano en Salud. Para lograr un mayor alcance del sistema, se podrán utilizar soportes, medios y aplicaciones electrónicas. Los mecanismos e instrumentos por medio de los cuales las entidades cumplirán con las obligaciones de publicidad del proceso contractual y de remuneración serán señalados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones deberán reglamentar dentro de 6 (seis) meses lo dispuesto en este artículo y su implementación será en un plazo máximo de 2 (dos) años contados a partir de la promulgación de la presente ley.

Parágrafo 1°. La Superintendencia Nacional de Salud deberá realizar un análisis de los precios de mercado el valor de las remuneraciones establecidas en los contratos de trabajo que se registren en el Sistema Electrónico de Vinculación de Talento Humano en Salud; en virtud de lo cual, creará el sistema de precios de referencia para remunerar el Talento Humano en Salud por parte de las instituciones del SGSSS que los contrate, del cual se servirá para ejercer la inspección, control y vigilancia de los precios de la vinculación, así como su concordancia y ajuste con el Sistema de Remuneración del Talento Humano en Salud, deviniendo en las sanciones correspondientes para quienes incumplan las disposiciones aquí previstas relativas al Sistema de Remuneración del Talento Humano en Salud, en especial para lo concerniente al artículo 143° del Código Sustantivo del Trabajo.

Artículo 8°. Adiciónese el artículo 103A a la Ley 1438 de 2011, el cual quedará así:

ARTÍCULO 103A. PLANIFICACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD. El Ministerio de Salud y Protección Social determinará las necesidades de personal sobre la base de un sistema de planificación de Talento Humano en Salud, que permita establecer las brechas de personal en los recursos más críticos para el cumplimiento de los objetivos del SGSSS,

basado en antecedentes sanitarios, de prestación de servicios y en el desarrollo y aplicación de metodologías para la estimación de necesidades actuales y futuras.

El proceso de planificación de Talento Humano en Salud se realizará de manera sistemática considerando en forma integral las relaciones existentes entre las diferentes profesiones y ocupaciones de la salud, con especial atención a la mezcla de habilidades entre profesiones y ocupaciones de la salud y el equilibrio geográfico en su distribución, sin perjuicio de la concesión de incentivos para el Talento Humano en Salud que adhiera el cambio en ese sentido.

La responsabilidad por la realización de la planificación de Talento Humano en Salud estará concentrada en el Ministerio de Salud y Protección Social, entidad que desarrollará mecanismos de participación activa de las regiones y de actores sociales relevantes, los cuales proveerán información en forma oportuna y digna.

El sistema de planificación comprenderá la realización de estudios prospectivos de mercado laboral y tendencias en el ámbito de la gestión del Talento Humano en Salud; la proyección de necesidades del Talento Humano en Salud requerido para realizar intervenciones promocionales, preventivas y de recuperación de la salud; el diseño de estrategias de cierre de brechas e inequidades laborales para los miembros del Talento Humano en Salud; los análisis más prevalentes de salud y de las intervenciones más efectivas y la consideración del conjunto de competencias requeridas para resolver la demanda en salud existente.

La planificación de Talento Humano en Salud tendrá un enfoque multiprofesional y buscará la complementariedad de diferentes perfiles de competencia. En esa línea, el trabajo del Talento Humano en Salud en la red asistencial deberá considerar especialmente la formación y desarrollo en medicina familiar y comunitaria, en un contexto de envejecimiento de la población y de la creciente carga de enfermedades crónicas, incluyendo la atención a pacientes con morbilidades, cuyo modelo de atención se construye sobre interacción entre el paciente, la comunidad y los prestadores de salud.

Parágrafo. La planificación de Talento Humano en Salud será objeto de valoración y revisión en su efectividad, determinando la aplicación de las medidas de ajuste que sean necesarias por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con las regiones y actores sociales relevantes.

Artículo 9°. Adiciónese un artículo nuevo al Capítulo V de la Ley 1164 de 2007, el cual quedará así:

Artículo nuevo. CALIDAD DE VIDA Y BIENESTAR. Las instituciones que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud buscarán favorecer el mejoramiento de la calidad de vida y bienestar del Talento Humano en Salud creando espacios e instancias donde puedan desarrollar actividades que favorezcan su desarrollo personal y profesional desde una perspectiva de integralidad y trato digno y abarcando aspectos laborales, económicos, culturales, académicos, deportivos y familiares.

Parágrafo 1. Cada institución podrá organizar actividades complementarias que tiendan a mejorar la calidad de vida y el bienestar del Talento Humano en Salud y que satisfagan las necesidades existentes en esos ámbitos. En todo caso, todas las actividades de

mejoramiento de calidad de vida y bienestar deberán contemplar acompañamiento en casos de violencia intrafamiliar, adicciones y salud mental.

Parágrafo 2. La incorporación del Talento Humano en Salud a los espacios e instancias de calidad de vida y bienestar creadas no podrá discriminar la participación por cuenta de la modalidad de vinculación utilizada.

Artículo 10°. Adiciónese un artículo nuevo al Capítulo V de la Ley 1164 de 2007, el cual quedará así:

Artículo nuevo. RELACIONES LABORALES. Se deberá promover y concertar relaciones laborales adecuadas, ecuanímes, asertivas y de colaboración permanente hacia y entre los miembros del Talento Humano en Salud por parte de estos mismos y sus contratantes, los cuales deberán promover un ambiente en el que prime el diálogo, el respeto y las buenas relaciones de trabajo con el objeto de mejorar la calidad de vida y las condiciones del ambiente laboral del Talento Humano en Salud.

Parágrafo 1°. Las instituciones del sector salud, públicas y privadas, que contraten Talento Humano en Salud deben realizar periódicamente un diagnóstico organizacional orientado al análisis del clima laboral y de la cultura organizacional, el cual le servirá de insumo para la planificación de iniciativas de mejora en dichos ámbitos que deberán ser implementadas con especial énfasis.

Parágrafo 2°. Las instituciones del sector salud fomentarán las iniciativas destinadas a compatibilizar las responsabilidades laborales y parentales de hombres y mujeres. En la medida que sea compatible con las necesidades de servicio, se promoverán mecanismos alternativos de distribución de jornadas que faciliten el cumplimiento de las responsabilidades parentales de ambos progenitores.

Adicionalmente, se buscarán alternativas que, sin afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales, propendan tanto por la organización de los procesos de trabajo como por la participación en las actividades de desarrollo y capacitación no impidan o restrinjan el cumplimiento de las responsabilidades parentales.

Artículo 11°. Adiciónese un artículo nuevo al Capítulo V de la Ley 1164 de 2007, el cual quedará así:

Artículo nuevo. RIESGOS LABORALES. Toda institución que integre el Sistema General de Seguridad Social en Salud y que contrate Talento Humano en Salud contará con una política de salud ocupacional, de riesgos laborales y epidemiológicos orientada a favorecer la adecuada y oportuna promoción de condiciones de trabajo saludable, así como la prevención de efectos nocivos en su salud por condiciones de trabajo inadecuadas. La protección de riesgos laborales para miembros del Talento Humano en Salud se hará conforme a lo dispuesto en la Ley 776 de 2002 y demás normas concordantes, para lo cual se deberá surtir su afiliación inmediata al Sistema General de Riesgos Profesionales.

Las instituciones del sector salud deberán garantizar la correcta y oportuna aplicación de las obligaciones legales en el ámbito de la salud ocupacional y de riesgos laborales y epidemiológicos favoreciendo la constitución de equipos de trabajo técnicamente competentes en dichos ámbitos en las instalaciones donde el Talento Humano en Salud

ejerce su profesión y ocupación, propiciando la cobertura de planes y programas preventivos en todas las instituciones, establecimientos y centros que contraten Talento Humano en Salud, optimizando el uso de los recursos disponibles para dicha finalidad y favoreciendo la relación activa con las Administradoras de Riesgos Laborales.

El Ministerio de Trabajo, el Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con las instituciones del sector salud que contrate Talento Humano en Salud promoverán la incorporación de un enfoque de trabajo preventivo a partir del desarrollo de programas de vigilancia sobre los riesgos laborales y epidemiológicos.

Parágrafo 1°. Es responsabilidad de las Administradoras de Riesgos Laborales dotar al Talento Humano en Salud de las condiciones materiales, de bioseguridad y de información para el adecuado desempeño de sus funciones, independientemente de la modalidad de vinculación que tengan.

Parágrafo transitorio. Hasta tanto se declare contenida la pandemia producida por el virus SARS-CoV-2 por parte del Ministerio de Salud y Protección Social validado por la Organización Mundial de la Salud, elimínense los requisitos de que trata el parágrafo 2 del artículo 4 de la Ley 1562 de 2012 para incluir dentro de la tabla de enfermedades laborales, el Coronavirus COVID- 19 como enfermedad laboral directa, respecto de los trabajadores del sector salud, incluyendo al personal administrativo, de aseo, vigilancia y de apoyo que preste servicios en las diferentes actividades de prevención, diagnóstico y atención de esta enfermedad.

Las entidades Administradoras de Riesgos Laborales -ARL-, desde el momento en que se confirme el diagnóstico del Coronavirus COVID-19, deben reconocer todas las prestaciones asistenciales y económicas derivadas de la incapacidad de origen laboral o muerte por esa enfermedad, sin que se requiera la determinación de origen laboral en primera oportunidad o el dictamen de las juntas de calificación de invalidez. La prestaciones asistenciales y económicas se ajustarán a lo dispuesto en la Ley 776 de 2002 y demás normas concordantes.

El Ministerio de Trabajo ejercerá de manera oficiosa el poder preferente respecto de todos los trámites y denuncias radicadas o que se radiquen en todas las Direcciones Territoriales y Oficinas Especiales por cuenta de la prestaciones asistenciales y económicas derivadas de la incapacidad de origen laboral o muerte del Talento Humano en Salud y que involucren la intervención de las Administradoras de Riesgos Laborales – ARL.

Artículo 12°. Adiciónese un artículo nuevo al Capítulo V de la Ley 1164 de 2007, el cual quedará así:

Artículo nuevo. CALIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO. Toda institución que contrate Talento Humano en Salud deberá crear un sistema de evaluación de desempeño, construyendo una herramienta eficaz de gestión institucional y de mejoramiento del desempeño en base al mérito.

Los procesos de calificaciones se realizarán en forma oportuna, con estricta sujeción a los principios de transparencia, imparcialidad y objetividad. Las instituciones del sector salud que contraten Talento Humano en Salud promoverán la definición de criterios comunes a objeto de unificar el proceso y resguardar el trato equitativo.

El proceso de calificación deberá objetivar el comportamiento del Talento Humano en Salud aportando retroalimentación que incentive una mejora en el desempeño e identificando brechas de capacitación y su reorientación. Se deberá basar en los contenidos de los programas de trabajo de cada miembro del Talento Humano en Salud, así como en las definiciones contenidas por cargo y perfiles de competencia.

Artículo 13°. Adiciónese un artículo nuevo al Capítulo VII de la Ley 1164 de 2007, el cual quedará así:

Artículo nuevo. Adiciónese el artículo 53A a la Ley 715 de 2001, el cual quedará así:

ARTÍCULO 53A. DE LOS APORTES PATRONALES. Las sumas correspondientes a los recursos que las entidades territoriales y sus entes descentralizados debían destinar como aportes patronales de los empleados del sector salud y que se venían financiando con los recursos del Sistema General de Participaciones hasta el 31 de diciembre de 2019, deberán continuar siendo pagadas con cargo a los recursos del Sistema General de Participaciones de salud con efecto retroactivo en el tiempo a favor de las ESE por los recursos dejados de percibir de los aportes patronales antes de la expedición de la presente ley. Los aportes patronales deben ser giradas directamente por la Nación a los Fondos de Pensiones y Cesantías, Administradoras de Riesgos Profesionales y a las Entidades Promotoras de Salud a las cuales se encuentren afiliados los trabajadores.

Los recursos a los que se refiere el presente artículo se presupuestarán y contabilizarán sin situación de fondos, por parte de las entidades territoriales y sus entes descentralizados.

Parágrafo 1°. Cuando una entidad beneficiaria del Sistema General de Participaciones, haya registrado en los años anteriores a la vigencia de la presente ley, excedentes por el pago de aportes patronales deberá destinarlos a sanear el pago de los aportes patronales para cesantías, pensiones, salud y riesgos profesionales adeudados, de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de Salud.

Parágrafo 2°. Los giros de los aportes patronales a los que se refiere este artículo deberán ajustarse al esquema de recaudación de aportes previsto para el Sistema de Seguridad Social Integral. Para el efecto, dichos recursos se continuarán presupuestando y contabilizando sin situación de fondos, y se entenderá que la Nación los gira una vez los distribuya y deposite en las cuentas maestras abiertas para este propósito, por cuenta de las entidades del nivel territorial, en las que obren tantas subcuentas como entidades empleadoras de nivel territorial y sus entes descentralizados sean beneficiarias de los aportes patronales. De dichas subcuentas se debitarán y distribuirán electrónicamente los recursos correspondientes a cada administradora del Sistema de Seguridad Social Integral, una vez las entidades empleadoras cumplan con las obligaciones que les competen en materia de información y de giro de los descuentos que por concepto de aportes le hayan efectuado a sus trabajadores.

Cada vez que transcurran tres (3) períodos mensuales sin que la entidad empleadora hubiere cumplido sus obligaciones en esta materia, el recurso ya girado será transferido a las administradoras correspondientes, conforme con el reglamento que se expida para el efecto. En todo caso el representante legal de la entidad beneficiaria del giro de los aportes

patronales y los funcionarios responsables del manejo y preparación de la información y disposición y giro de los recursos a la respectiva cuenta maestra en dicha entidad, incurrirán en falta gravísima como lo señala el numeral 28 del artículo 48 del Código Único Disciplinario.

El pago de los aportes deberá efectuarse hasta el último día del mes correspondiente. La forma, el plazo y la oportunidad en que deban cumplirse las obligaciones previstas en el presente párrafo por parte de las diferentes entidades intervinientes, será determinado por reglamento del Gobierno Nacional.

Artículo 14°. Adiciónese un artículo nuevo al Capítulo VII de la Ley 1164 de 2007, el cual quedará así:

Artículo nuevo. Modifíquese y adiciónese un párrafo al artículo 26° de la Ley 100 de 1993, el cual quedará así:

ARTÍCULO 26. OBJETO DEL FONDO. El Fondo de Solidaridad Pensional tiene por objeto subsidiar los aportes al Régimen General de Pensiones de los trabajadores asalariados o independientes del sector rural y urbano que carezcan de suficientes recursos para efectuar la totalidad del aporte, tales como Talento Humano en Salud independiente, artistas, deportistas, músicos, compositores, toreros y sus subalternos, la mujer microempresaria, las madres comunitarias, personas en situación de discapacidad física, psíquica y sensorial, los miembros de las cooperativas de trabajo asociado y otras formas asociativas de producción, de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional.

El subsidio se concederá parcialmente para reemplazar los aportes del empleador y del trabajador, o de este último en caso de que tenga la calidad de trabajador independiente, hasta por un salario mínimo como base de cotización. El Gobierno Nacional reglamentará la proporción del subsidio de que trata este inciso.

Los beneficiarios de estos subsidios podrán escoger entre el Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida y el Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad, pero en el evento de seleccionar esta última opción, sólo podrán afiliarse a fondos que administren las sociedades administradoras que pertenezcan al sector social solidario, siempre y cuando su rentabilidad real sea por lo menos igual al promedio de los demás fondos de pensiones de conformidad con lo establecido en la presente ley.

Para hacerse acreedor al subsidio el trabajador deberá acreditar su condición de afiliado del Régimen General de Seguridad Social en Salud, y pagar la porción del aporte que allí le corresponda.

Estos subsidios se otorgan a partir del 1o. de enero de 1.995.

PARÁGRAFO 1°. No podrán ser beneficiarios de este subsidio los trabajadores que tengan una cuenta de ahorro pensional voluntario de que trata la presente ley, ni aquellos a quienes se les compruebe que pueden pagar la totalidad del aporte.

Artículo 15°. VIGENCIA. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y publicación.

NORMA HURTADO SÁNCHEZ
Representante a la Cámara
Valle del Cauca

JORGE ELIÉCER TAMAYO
Representante a la Cámara
Valle del Cauca

ELBERT DÍAZ LOZANO
Representante a la Cámara
Valle del Cauca

ALFREDO DELUQUE
Representante a la Cámara
La Guajira

**WILMER RAMIRO CARRILLO
MENDOZA**
Representante a la Cámara
Norte de Santander

FABER ALBERTO MUÑOZ
Representante a la Cámara
Cauca

CHRISTIAN JOSÉ MORENO
Representante a la Cámara
César

SARA ELENA PIEDRAHITA
Representante a la Cámara
Córdoba

MILENE JARAVA
Representante a la Cámara
Sucre

JORGE ENRIQUE BURGOS
Representante a la Cámara
Córdoba

ALONSO J. DEL RÍO
Representante a la Cámara
Bolívar

MARTHA VILLALBA H.
Representante a la Cámara
Atlántico

MÓNICA VALENCIA MONTAÑA
Representante a la Cámara
Vaupés

ÓSCAR TULIO LIZCANO G.
Representante a la Cámara
Caldas

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Los trabajadores de salud constituyen el elemento esencial de los sistemas de salud; hay creciente, aunque poco sistemática evidencia de que las condiciones de empleo y de trabajo se han deteriorado en los últimos años¹.

Los sistemas de salud solo pueden funcionar con trabajadores de la salud; mejorar la cobertura de los servicios de salud y realizar el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud depende de su disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad². La mera disponibilidad de trabajadores de la salud no es suficiente: solo cuando la población los distribuye de manera equitativa y accesible, cuando poseen la competencia requerida y están motivados y capacitados para brindar atención de calidad que sea apropiada y aceptable para las expectativas socioculturales de la población, y cuando cuentan con el apoyo adecuado del sistema de salud, la cobertura teórica puede traducirse en una cobertura de servicio efectiva³.

Los desafíos persistentes de la fuerza laboral de la salud, requieren que la comunidad global reevalúe la efectividad de las estrategias pasadas y adopte un cambio de paradigma en cómo emplear, planificar, educar, desplegar, administrar y recompensar a los trabajadores de la salud⁴. Los desafíos actuales de los déficits y desequilibrios de la fuerza laboral de salud, combinados con el envejecimiento de la población y las transformaciones epidemiológicas, requieren una agenda nueva y contemporánea con un nivel de ambición sin precedentes⁵.

Es así como la Organización Mundial de la Salud recomienda optimizar el desempeño de la fuerza laboral a través de un paquete de empleo justo y formalizado, así como dentro de un entorno laboral favorable. Lo anterior, incluye proporcionar a los trabajadores de la salud roles y expectativas claras, pautas, procesos de trabajo adecuados, oportunidades equilibradas de género para corregir las brechas de competencia, retroalimentación de apoyo, resolución de problemas grupales y un ambiente de trabajo e incentivos adecuados⁶.

En específico, lo deseable sería que, de manera crucial, el paquete comprenda un salario justo apropiado para las habilidades y contribuciones, con un pago oportuno y regular como principio básico, sistemas de recompensa meritocrática y oportunidades para el avance profesional.

¹ OPS, & OMS. (2012). Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú. 11.

² Global Health Workforce Alliance. A universal truth: no health without a workforce. Report of Third Global Forum on Human Resources for Health, Recife, Brazil. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport2013/>).

³ World Health Organization. (2016). Global strategy on human resources for health: workforce 2030. *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*.

⁴ Ídem.

⁵ Ídem.

⁶ Rowe A et al. Health care provider performance review. Near final results of a systematic review presented at a World Bank workshop, September 2014 (<http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/Event/SIEF/20140905-quality-of-health-care-servicesproducts/01-Health-care-provider-performance-reviewAlexander-Rowe.pdf>).

A pesar del progreso significativo, es necesario impulsar la voluntad gubernamental, movilizar recursos y legislar sobre la agenda de la fuerza laboral en salud como parte de esfuerzos más amplios para fortalecer y financiar adecuadamente los sistemas de salud. Los esfuerzos anteriores en el desarrollo de la fuerza laboral de la salud han arrojado resultados significativos: abundan los ejemplos de países que, al abordar los desafíos de la fuerza laboral de la salud, han mejorado los resultados de salud⁷.

JURISPRUDENCIA, LEGISLACIÓN Y NORMATIVIDAD

- **Resolución 69/132 de la Asamblea General de las Naciones Unidas:** los Estados Miembros, en cooperación, según corresponda, con organizaciones internacionales relevantes y actores no estatales, se han comprometido a desarrollar medidas preventivas efectivas para mejorar y promover la seguridad y protección del personal médico y de salud, así como el respeto por sus respectivos códigos de ética profesional, incluidos, entre otros, los siguientes:
 - Definiciones y normas claras y universalmente reconocidas para la identificación y marcado del personal médico y sanitario, sus medios de transporte e instalaciones;
 - Medidas educativas específicas y apropiadas para el personal médico y de salud, los empleados del Estado y la población en general;
 - Medidas apropiadas para la protección física del personal médico y sanitario, sus medios de transporte e instalaciones;
 - Otras medidas apropiadas, como los marcos jurídicos nacionales donde se justifiquen, para abordar eficazmente la violencia contra el personal médico y de salud;
 - Recolección de datos sobre obstrucción, amenazas y ataques físicos a los trabajadores de la salud.

- **Estrategia global sobre los recursos humanos de salud – Fuerza de trabajo 2030 de la OMS:**
 - **Principios:** Defender los derechos personales, laborales y profesionales de todos los trabajadores de la salud, incluidos los entornos de trabajo seguros y decentes y la libertad de todo tipo de discriminación, coerción y violencia.
 - **Objetivo 1:** Para optimizar el rendimiento, la calidad y el impacto de la fuerza laboral de salud a través de políticas informadas sobre evidencia en recursos humanos para la salud, contribuyendo a una vida saludable y bienestar, cobertura de salud universal efectiva, resiliencia y sistemas de salud fortalecidos en todos los niveles.
 - **Objetivo 2:** Alinear la inversión en recursos humanos para la salud con las necesidades actuales y futuras de la población y de los sistemas de

⁷ World Health Organization. (2016). Global strategy on human resources for health: workforce 2030. *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*.

salud, teniendo en cuenta la dinámica del mercado laboral y las políticas educativas; para abordar la escasez y mejorar la distribución de los trabajadores de la salud, a fin de permitir las máximas mejoras en los resultados de salud, el bienestar social, la creación de empleo y el crecimiento económico.

Hitos mundiales (para 2020):

- Todos los países están avanzando en los registros de la fuerza laboral de salud para rastrear el stock, la educación, la distribución, los flujos, la demanda, la capacidad y la remuneración de la fuerza laboral de salud.

Hitos mundiales (para 2030):

- Todos los organismos bilaterales y multilaterales están incrementando las sinergias en la asistencia oficial para* el desarrollo en educación, empleo, género y salud, en apoyo de las prioridades nacionales de empleo en salud y crecimiento económico.
 - Como socios en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, reducir las barreras en el acceso a los servicios de salud trabajando para crear, llenar y mantener al menos 10 millones de empleos adicionales a tiempo completo en los sectores de salud y atención social para abordar las necesidades de las poblaciones desatendidas.
- **Actividades básicas de la Secretaría de la OMS en apoyo de la aplicación de la Estrategia mundial:** Brindar orientación normativa y cooperación técnica, y facilitar el intercambio de mejores prácticas sobre planificación y proyecciones de la fuerza laboral de salud, necesidades del sistema de salud, políticas educativas, análisis del mercado laboral de salud y costos de estrategias nacionales sobre recursos humanos para la salud. Fortalecer la evidencia y la adopción de políticas macroeconómicas y de financiamiento que conduzcan a inversiones mayores y más estratégicamente focalizadas en recursos humanos para la salud.
 - **Artículo 25 Constitución Política de Colombia:** El trabajo es un derecho y una obligación social y goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado. Toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas.
 - **Artículo 49 Constitución Política de Colombia:** La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También,

establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

- **Artículo 334 Constitución Política de Colombia:** La dirección general de la economía estará a cargo del Estado. Este intervendrá, por mandato de la ley, en la explotación de los recursos naturales, en el uso del suelo, en la producción, distribución, utilización y consumo de los bienes, y en los servicios públicos y privados, para racionalizar la economía con el fin de conseguir el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes, la distribución equitativa de las oportunidades y los beneficios del desarrollo y la preservación de un ambiente sano. El Estado, de manera especial, intervendrá para dar pleno empleo a los recursos humanos y asegurar que todas las personas, en particular las de menores ingresos, tengan acceso efectivo a los bienes y servicios básicos. También para promover la productividad y la competitividad y el desarrollo armónico de las regiones.
- **Ley 776 de 2002:** Todo afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales que, en los términos de la presente ley o del Decreto-ley 1295 de 1994, sufra un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, o como consecuencia de ellos se incapacite, se invalide o muera, tendrá derecho a que este Sistema General le preste los servicios asistenciales y le reconozca las prestaciones económicas a los que se refieren el Decreto-ley 1295 de 1994 y la presente ley.
- **Código Sustantivo del Trabajo:** La finalidad primordial de este Código es la de lograr la justicia en las relaciones que surgen entre empleadores y trabajadores, dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social.
 - **Artículo 143°. A trabajo de igual valor, salario igual: 1).** A trabajo igual desempeñado en puesto, jornada y condiciones de eficiencia también iguales, debe corresponder salario igual, comprendiendo en este todos los elementos a que se refiere el artículo 127; **2).** No pueden establecerse diferencias en el salario por razones de edad, género, sexo, nacionalidad, raza, religión, opinión política o actividades sindicales; **3).** Todo trato diferenciado en materia salarial o de remuneración, se presumirá injustificado hasta tanto el empleador demuestre factores objetivos de diferenciación.
- **Ley 1164 de 2007:** Establece disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del

Talento Humano del área de la salud mediante la articulación de los diferentes actores que intervienen en estos procesos.

- **Ley 100 de 1993:** Reglamenta la Seguridad Social Integral, entre ellos el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Sentencia C-221-92 Alejandro Martínez Caballero:**

“El trabajo tiene un carácter de derecho-deber y, como todo el tríptico económico de la carta -propiedad, trabajo, empresa-, cumple una función social. Es una actividad que goza en todas sus modalidades de la especial protección del Estado”.

- **Sentencia C-546 de 1992 Ciro Angarita Barón y Alejandro Martínez Caballero:**

“En la Carta del 91 se observa un bien significativo cambio de carácter cualitativo en relación con el trabajo. En efecto, es ciertamente un derecho humano (Artículo 25) pero también constituye, al mismo nivel del respeto a la dignidad humana, un principio o elemento fundamental del nuevo orden estatal. Cuando el Constituyente de 1991 decidió garantizar un orden político, económico y social justo e hizo del trabajo requisito indispensable del Estado, quiso significar con ello que la materia laboral, en sus diversas manifestaciones, no puede estar ausente de la construcción de la nueva legalidad”.

- **Sentencia 606 de 1992 Ciro Angarita Barón:**

“Las reglamentaciones que se establezcan al derecho al trabajo no pueden en ningún caso desconocer la garantía constitucional que de su dimensión objetiva se desprende. En esta materia la intervención estatal tiene que estar a tal punto legitimada, que con ella se protejan bienes cuya jerarquía constitucional merezca, al menos, igual nivel de protección que el que se ofrece a los derechos fundamentales en su dimensión objetiva, y particularmente al derecho al trabajo, el cual, según lo dispone el artículo primero de la Carta, es principio fundante del Estado. Los requisitos que condicionen el ejercicio de una profesión u oficio deben ser de una parte, de carácter general y abstracto, vale decir, para todos y en las mismas condiciones; y de otra, la garantía del principio de igualdad se traduce en el hecho de que al poder público le está vedado, sin justificación razonable acorde al sistema constitucional vigente, establecer condiciones desiguales para circunstancias iguales y viceversa. El derecho al trabajo debe interpretarse en estrecha relación con los principios de igualdad, libertad y dignidad humana”.

EMPLEO DECENTE Y EN CONDICIONES LABORALES ADECUADAS

Las condiciones de trabajo y salud se refieren al conjunto de circunstancias que rodean al trabajo en el que se desempeñan los individuos. Una importante línea en la materia es la que se vincula al conjunto de dimensiones de carácter físico, químico, mecánico y biológico, que pueden atentar contra la salud del trabajador. En una perspectiva algo más amplia, se incorporan los factores asociados a carga mental o carga psíquica⁸, producto de la intensidad del trabajo o de los modelos de organización del mismo. La salud es producto de “intangibles” del trabajo, y no sólo de sus expresiones manifiestas⁹.

La agenda de empleo decente implica estrategias para mejorar tanto el desempeño como la distribución equitativa de los trabajadores de la salud. Dicho paquete integrado de políticas de tracción y retención sensibles al género incluye: seguridad laboral, una carga de trabajo manejable, supervisión de apoyo y gestión organizacional, educación continua y oportunidades de desarrollo profesional, mejores vías de desarrollo profesional (incluidos esquemas de rotación cuando sea apropiado), incentivos familiares y de estilo de vida, subsidios por dificultades económicas, subsidios y subsidios de vivienda y educación, instalaciones adecuadas y herramientas de trabajo, y medidas para mejorar la salud y la seguridad en el trabajo, incluido un entorno laboral libre de cualquier tipo de violencia, discriminación y acoso¹⁰.

La visión de que para 2030 es que todas las comunidades tengan acceso universal a los trabajadores de la salud, sin estigma ni discriminación, requiere combinar la adopción de políticas efectivas a nivel nacional, regional y global con una inversión adecuada para abordar las necesidades insatisfechas. Las proyecciones desarrolladas por la OMS y el Banco Mundial apuntan a la creación de aproximadamente 40 millones de nuevos empleos de salud y asistencia social en todo el mundo para 2030 y a la necesidad de 18 millones de trabajadores de salud adicionales, principalmente en entornos de bajos recursos, para lograr altos y cobertura efectiva de la amplia gama de servicios de salud necesarios para garantizar vidas saludables para todos¹¹.

La problemática de las condiciones de trabajo y la salud de los trabajadores de la salud, se ha transformado en los últimos años en una fuente importante de preocupación por parte de las autoridades en muchos países. En Europa, en particular, distintas encuestas dan cuenta del problema: la encuesta europea Next (Nurse’s early exit study), su contraparte francesa PRESST (Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des soignants au Travail) y otra denominada SESMAT (Santé et Satisfaction des Medecins Au Travail) muestran las dificultades que tiene el personal de salud en materia de ambiente físico y condiciones laborales adecuadas¹².

⁸ Dejourn, C. (1992A) “Trabajo y desgaste mental. Una contribución a la psicopatología del trabajo”. Credal-humanitas, Buenos Aires. (orig 1980)

⁹ OPS, & OMS. (2012). Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú. 11.

¹⁰ Ídem.

¹¹ Ídem.

¹² Estryn-Béhar, Madeleine y otros (2007) “The Impact of Social Work Environment, Teamwork Characteristics, Burnout, and Personal Factors Upon Intent to Leave Among European Nurses” en Medical Care, volume 45.

La salud de los trabajadores de la salud adquiere un rol clave en el plano de empleo decente para este sector. Por un lado, tiene una gran relevancia económica y social que conlleva el Sector Salud en las Américas, ya que es una fuente importante de empleo, con cerca de 10 millones de trabajadores; en Europa llegan al 10% (y es del 7% en los Hospitales) como proporción de la Población Económicamente Activa (PEA).

Precisamente, acudiendo a lo dispuesto en Ley 1429 de 2010 y el Decreto 2798 de 2013, la presente iniciativa legislativa refuerza medidas en contra de la tercerización del contrato laboral del que puedan ser víctima el Talento Humano en Salud. Esto es, teniendo en cuenta que también la Ley 1164 prohíbe la contratación por cooperativas de trabajo asociado que hagan intermediación laboral o bajo ninguna otra modalidad de vinculación que afecte sus derechos constitucionales, legales y prestacionales consagrados en las normas laborales vigentes.

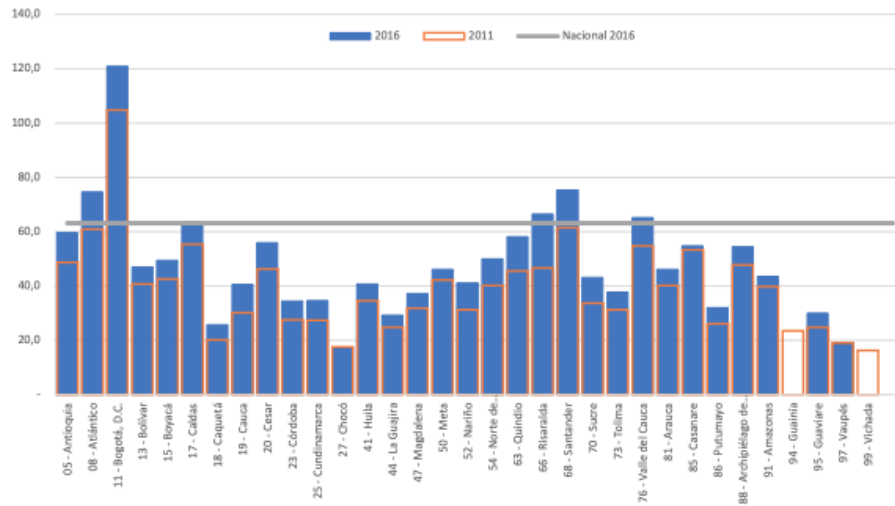
DISPONIBILIDAD Y CARACTERIZACIÓN DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

Para el año 2016, el talento humano en salud disponible en el país se estimó en más de 563 mil personas, integrado en un 55% por profesionales y especialistas y en un 45% por técnicos, tecnólogos y auxiliares.

Para 2016, el indicador de densidad de talento humano en salud se ubicó en 32,0 profesionales¹⁵ por cada 10 mil habitantes, lo que permite proyectar que Colombia cumplirá con la meta de 44,5 médicos y enfermeras por cada 10 mil habitantes, establecida en la estrategia mundial para los recursos humanos en salud 2030, según la Organización Mundial de la Salud, con la que se busca aportar al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

En principio, el aumento de la densidad de talento humano en salud es deseable como factor clave para garantizar el acceso a la salud, más en un país como Colombia donde el incremento de cobertura del aseguramiento en los últimos lustros ha aumentado sustancialmente la demanda de servicios y aún existen dificultades de acceso a dichos servicios que afectan grupos de población ubicados en zonas dispersas o retiradas. Sin embargo, se deben considerar elementos como la capacidad del sistema de salud y sus instituciones para absorber adecuadamente los incrementos en la oferta de este capital humano y su impacto en la empleabilidad, remuneración y desarrollo profesional.

Figura 5. Densidad estimada de profesionales de la salud según departamento, 2011 – 2016.



Fuente: Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, 2017.

Ahora bien, en general, el talento humano en salud del país corresponde a población joven. El 47,9% del talento humano disponible estimado corresponde a personas menores de 35 años, mientras que el 14,1% corresponde a mayores de 49 años.

Se destaca la profunda feminización del personal sanitario: tres cuartas partes son mujeres y, salvo en medicina, en todas las profesiones y ocupaciones de la salud se observa una mayor proporción de mujeres, siendo particularmente alta en el nivel de auxiliares.

Tabla 1. Caracterización del Talento Humano en Salud, 2016

Nivel de formación	Índice de masculinidad	Distribución por grupos etarios			
		Menores de 25 años	Entre 26 y 34 años	Entre 35 y 49 años	Mayores de 49 años
Auxiliares	6,7	14,1%	41,9%	34,5%	9,4%
Técnicos y tecnológicos	3,5	11,9%	44,8%	35,2%	8,1%
Profesionales	2,6	2,5%	37,8%	41,2%	18,6%
Bacteriología	7,9	2,0%	35,4%	44,1%	18,6%
Enfermería	8,3	4,7%	46,1%	36,0%	13,3%
Fisioterapia	8,5	3,7%	48,1%	43,7%	4,5%
Fonoaudiología	14,0	2,9%	39,3%	46,3%	11,5%
Instrumentación Quirúrgica	6,0	4,1%	37,9%	51,3%	6,7%
Medicina	0,9	0,9%	38,6%	35,0%	25,4%
Nutrición Y Dietética	13,5	2,3%	34,1%	40,5%	23,1%
Odonatología	2,2	1,2%	27,0%	44,2%	27,6%
Optometría	2,9	1,6%	30,0%	47,7%	20,6%
Terapia Ocupacional	14,8	2,6%	36,8%	49,0%	11,6%
Terapia Respiratoria	13,6	2,2%	20,2%	69,2%	8,4%
Química Farmacéutica	1,3	2,2%	39,1%	36,7%	22,0%
Total todos los niveles de formación	3,7	8,0%	39,9%	37,9%	14,1%

Índice de masculinidad: Número de mujeres por cada hombre.

Fuente: MSPS, 2017. SISPRO, Información del Cubo de información del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud, ReTHUS, a septiembre de 2017.

La oferta educativa La oferta educativa está configurada por las instituciones, programas y estudiantes del área de la salud. En Colombia, esta oferta se organiza en dos subsistemas: el sistema de educación superior donde se forman tecnólogos, técnicos profesionales,

profesionales, especialistas, magíster y doctores, y el sistema de formación para el trabajo y el desarrollo humano donde se forman los técnicos laborales o ‘auxiliares de la salud’. Con referencia a la oferta de programas de formación para el trabajo y el desarrollo humano, en el primer semestre de 2018 se encontraban registrados 1.114 programas en todo el territorio nacional y 168 programas de formación en mecánica dental y en cosmetología y estética integral, según el siguiente detalle

Tabla 2. Programas de educación para el trabajo y el desarrollo humano, 2018

Programa	No.
Auxiliar administrativo en salud	179
Auxiliar en enfermería	411
Auxiliar en salud oral	203
Auxiliar en salud pública	104
Auxiliar en servicios farmacéuticos	217
Total programas del área de la salud	1.114
Técnico laboral en cosmetología y estética integral	131
Técnico laboral en mecánica dental	37
Total otros programas relacionados	168
Total general	1.282

Fuente: Ministerio de Educación Nacional, Sistema de Información de la Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (SIET), 2018.

Al cierre de 2017, se contaba con una disponibilidad de 261 mil auxiliares de la salud y se estima que anualmente se certifican 15 mil nuevos auxiliares de la salud en sus diversos perfiles que hoy se ofrecen en el país. Por su parte, a partir de los 90s se ha observado un crecimiento sostenido de las instituciones y programas de formación profesional en el área de la salud. Los programas de nutrición y dietética, enfermería, odontología y medicina prácticamente se triplicaron en este período. Contrasta con este comportamiento la oferta de programas de optometría que muestra una reducción en el mismo período.

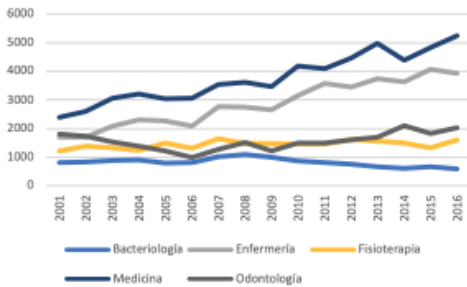
Tabla 3. Programas pregrado de educación superior en salud 1974 - 2018.

Profesión	1974	1990	2006	2011	2018
Medicina	11	21	41	44	59
Odontología	4	11	18	26	32
Enfermería	12	19	38	47	66
Bacteriología	5	9	12	15	14
Nutrición y dietética	5	6	6	10	18
Optometría	5	13	7	9	12
Química farmacéutica	3	3	6	6	5
Fisioterapia	3	9	26	32	32
Terapia ocupacional	1	2	10	11	11
Terapia respiratoria	0	0	6	6	6
Instrumentación Quirúrgica	0	0	11	10	18
Fonoaudiología	1	2	13	15	15
Total	50	95	194	231	288

Fuente: i) 1974 - 2006: (Ruiz Gómez and Matallana 2008).. ii) 2018 (Ministerio de Educación Nacional 2018b), Fecha de consulta: marzo 21 de 2018

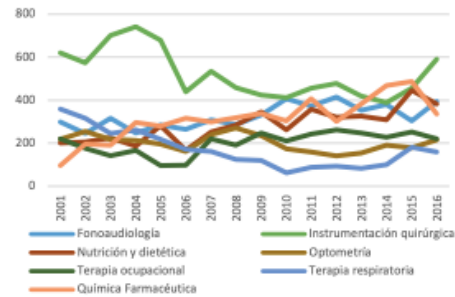
En contraste, la oferta formación de tecnólogos y técnicos profesionales en el sistema de educación superior no ha tenido un desarrollo significativo, situación que se explica en gran medida por la profesionalización de algunos perfiles que antes hacían parte de estos niveles y por el crecimiento de la oferta de técnicos laborales o auxiliares en salud, formados en el marco de la Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano, quienes desempeñan una amplia gama de competencias que reducen los posibles ámbitos laborales de los primeros. La evolución de la oferta educativa se ha traducido en un importante crecimiento del número de profesionales egresados, particularmente en nutrición y dietética, medicina y enfermería donde se observa un crecimiento progresivo y sostenido. Profesiones como fonoaudiología y química farmacéutica también muestran incrementos sostenidos pero menores, mientras que optometría, bacteriología, odontología y fisioterapia presentan un comportamiento estable, incluso con algunas reducciones durante el período analizado. Finalmente, resalta la caída sostenida de egresados de instrumentación quirúrgica, lo que refleja básicamente el impacto de la tecnología en el ámbito de ejercicio de esta profesión.

Figura 7. Graduados de los programas de pregrado en salud 2001-2016



Fuente: (Ministerio de Educación Nacional 2018a).
Fecha de consulta: 20 de abril de 2018.

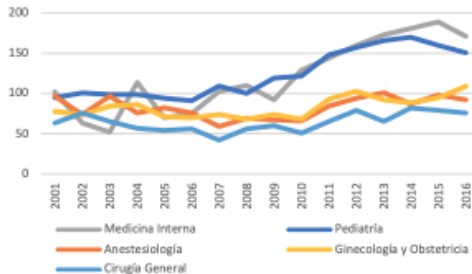
Figura 8. Graduados de los programas de pregrado en salud 2001-2016



Fuente: (Ministerio de Educación Nacional 2018a). Fecha de consulta: 20 de abril de 2018.

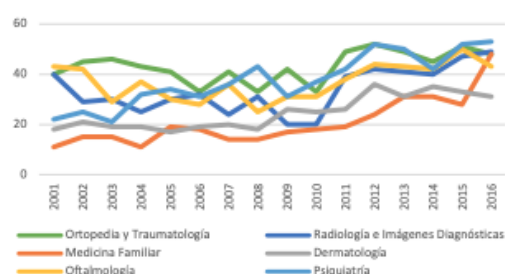
Se observa un crecimiento modesto de los egresados de especializaciones médicas, a pesar del aumento importante de los programas y denominaciones de los mismos en los últimos 20 años. De acuerdo con la información del Observatorio Laboral para la Educación del Ministerio de Educación Nacional, a partir de 2010 se observa una tendencia creciente en el número de graduados de las especialidades médicas básicas.

Figura 9. Graduados especialidades médicas 2001-2016



Fuente: (Ministerio de Educación Nacional 2018a).
Fecha de consulta: 20 de abril de 2018.

Figura 10. Graduados especialidades médicas 2001-2016



Fuente: (Ministerio de Educación Nacional 2018a). Fecha de consulta: 20 de abril de 2018.

De manera paralela al crecimiento del número de facultades y programas de salud, se ha desarrollado el Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior. Este Sistema de Calidad estableció un nivel básico que todos los programas de formación superior deben cumplir en forma obligatoria para obtener el registro calificado o autorización para ser ofrecido en el país, y un nivel superior, de carácter voluntario, mediante el cual se acredita que los programas cumplen con estándares superiores de calidad. En el año 2003 (Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud 2003), se creó el modelo de evaluación de la relación docencia servicio y los escenarios de práctica formativa, como parte de los requisitos de los programas para obtener o renovar el registro calificado o la acreditación de calidad. Para el año 2018, 108 programas del área de la salud

han obtenido acreditación de alta calidad, lo cual equivale al 37,5% del total, distribuido por profesión como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 4. Número de programas con acreditación de alta calidad, Colombia 2018

Programa	Oficial	Privada	Total
Bacteriología	3	4	7
Enfermería	11	13	24
Fisioterapia	4	7	11
Fonoaudiología	3	1	4
Instrumentación quirúrgica	1	5	6
Medicina	12	16	28
Nutrición y dietética	4	1	5
Odontología	4	7	11
Optometría		3	3
Química Farmacéutica	4		4
Terapia ocupacional	2	1	3
Terapia respiratoria		2	2
Total general	48	60	108

Fuente: (Ministerio de Educación Nacional 2018b). Fecha de consulta: junio de 2018.

No obstante, el desarrollo del Sistema de Aseguramiento de la Calidad, actualmente el país no cuenta con instrumentos adecuados para medir la calidad y la pertinencia de la formación recibida por quienes cursan programas de educación superior en salud, por lo cual se debe plantear la revisión de la prueba SaberPro o el diseño de un nuevo instrumento que satisfaga esta necesidad. Mediante el programa de becas crédito, financiado con recursos estatales que se agencian a través del ICETEX y del Ministerio de Salud y Protección Social, se ha facilitado la formación de más de 20.000 especialistas desde el año 1995, con énfasis en las especialidades básicas para el país. Este programa da prioridad para acceder como beneficiarios a los profesionales que han realizado el Servicio Social Obligatorio en IPS de municipios pequeños y apartados con dificultades de acceso a los servicios de salud.

EL TALENTO HUMANO EN SALUD Y EL COVID-19

En Colombia, con corte al 3 de abril de 2020, se confirmaron 1.267 casos de Coronavirus COVID-19, de los cuales el 50,7% (642/1.267) corresponde a hombres y el 49,3% (625/1.267) a mujeres. El grupo de edad que concentra el mayor número de casos está entre 30-39 años con el 22,8% (289/1.267); seguido del grupo de 20 a 29 años y 40 a 49 años con el 20,6% (261/1.267) Y 17% (216/1.267) respectivamente. Según el tipo de origen de infección, el 42,7% (541/1.267) de los casos son importados de países con circulación activa de SARS-CoV-2, el 32,7% (414/1.267) se relacionan con la importación y 24,6% (312/1.267) se encuentran en estudio.

Asimismo, con corte al 4 de abril de 2020, Colombia cuenta con 370 servicios habilitados de internación por cuidado intensivo de adultos, 398 servicios habilitados de cuidado intermedio adultos, 125 servicios habilitados de cuidado intensivo pediátrico, 130 servicios de cuidado intermedio y 678 servicios habilitados para neonatos (en lo correspondiente a cuidado básico, intermedio e intensivo), donde el Talento Humano en Salud deberá prestar

sus servicios. De igual manera, las proyecciones frente a los que pueden presentarse en el país, el Ministerio de Salud y Protección con un plan de expansión la capacidad de las camas hospitalarias a nivel territorial, equivalente a 15.596 camas para la atención de la población por COVID-19, donde siempre estará presente el Talento Humano en Salud.

Vale la pena destacar los casos de los médicos Carlos Fabián Nieto y William Gutiérrez; el primero era un joven médico de urgencias cabeza de hogar quien en el desempeño de su labor presentó síntomas de coronavirus Covid-19 desde el 22 de marzo que lo llevó a su deceso el día sábado 11 de abril; el segundo, un médico anestesiólogo e intensivista y coronel retirado del Ejército Nacional, quien falleció el día 11 de abril en el Hospital Militar en un caso asociado al coronavirus Covid-19. Sea esta la ocasión para mencionar la decisión de nombrar la presente iniciativa legislativa en su honor.

La fuerza laboral de la salud también tiene un papel importante en la preparación y respuesta ante emergencias y desastres, en particular mediante la participación en los sistemas nacionales de gestión de emergencias sanitarias, el liderazgo local y la prestación de servicios de salud. La evolución de los perfiles epidemiológicos y las estructuras de la población están aumentando la carga de las enfermedades no transmisibles y las condiciones crónicas en los sistemas de salud en todo el mundo¹³.

Asimismo, la fuerza laboral de la salud tiene un papel vital en la construcción de la resiliencia de las comunidades y los sistemas de salud para responder a los desastres causados por peligros naturales o provocados por el hombre, así como los riesgos y riesgos ambientales, tecnológicos y biológicos relacionados. Las consecuencias para la salud de estos eventos son a menudo devastadoras, incluyendo un gran número de muertes, lesiones, enfermedades y discapacidades. Tales eventos pueden interferir con la prestación de servicios de salud a través de la pérdida de personal de salud, daños a las instalaciones de salud, interrupción de los programas de salud y sobrecarga del servicio clínico¹⁴.

En el mismo sentido, la OMS ha adoptado un enfoque de equipar a los trabajadores de la salud con habilidades para trabajar en colaboración en equipos interprofesionales, con conocimiento para intervenir de manera efectiva en los determinantes sociales de la salud y experiencia en salud pública. Esto debe incluir preparación y respuesta ante epidemias para avanzar en la implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)¹⁵.

En concordancia con el aparte anterior y en el marco de la problemática de la pandemia Covid-19, distintos gremios y asociaciones del talento humano en salud han expresado sus puntos de vista al gobierno colombiano con el fin de mejorar sus condiciones y riesgos laborales como primera línea de contención de la pandemia que aqueja el mundo, así:

¹³ GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015; 385(9963):117–71

¹⁴ World Health Organization. (2016). Global strategy on human resources for health: workforce 2030. *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*.

¹⁵ ídem.

Los documentos y entidades, con una breve descripción es como sigue a continuación:

1. Carta al señor presidente de la República, 25 de marzo de 2020. De: Asociación Colombiana de Sociedades Científicas.

- Graduación a partir del próximo 1° de abril, de 2.500 médicos colombianos egresados de nuestras facultades de medicina. --- Hay un contingente de médicos que, habiéndose graduado como profesionales, están a la espera de hacer su año de medicatura rural y podrían ser contratados para ayudar a solucionar este problema.
- Emplear mediante contrato laboral aquellos médicos recién graduados que ya cumplieron con su año rural y que aún no han conseguido trabajo.
- Desde hace 5 años con el actual sistema de convalidación, en que participa el Ministerio de Educación Nacional (MEN) con la decidida participación de la Academia Nacional de Medicina, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME), las Sociedades Científicas y la Comisión Nacional Intersectorial de Aseguramiento de Calidad de la Educación Superior (CONACES), han construido el sistema más seguro posible de convalidaciones de títulos en medicina con el fin de mantener la calidad del ejercicio médico en el país. Por tanto, es necesario reactivar con urgencia y eficiencia la convalidación de títulos, recuperando la normatividad construida. Todas las entidades médicas estamos atentas a participar en este diligenciamiento de convalidación.
- Se podría dar a médicos generales y a algunas otras especialidades la posibilidad de ejercer en esta coyuntura mediante licencia o permiso transitorio, el cual terminaría al finalizar la crisis y entonces, estos profesionales graduados en el extranjero, así temporalmente convalidados, iniciarían sus trámites normativos correspondientes.

2. Carta al señor presidente de la República, 25 de marzo de 2020. De: Cámara de Representantes y concejales de Bogotá.

- La inmensa mayoría de los médicos ante sus pírricos ingresos mensuales, se ven en la necesidad de buscar múltiples trabajos para obtener un ingreso digno con su formación académica, para poder sufragar todos los gastos personales y familiares. Ello implica necesariamente en muchas oportunidades un agotamiento físico y mental.
- Es de reconocimiento público que, para la mayoría de los médicos, el pago por sus servicios se demora entre 2 a 6 meses, ocasionando graves perjuicios para ellos y sus familias.
- En la mayoría de los casos, los médicos y enfermeras (os) deben costear sus cursos de actualización e implementos necesarios para el desarrollo de la praxis.
- Los trabajadores de la salud se exponen ellos y sus familias, al peligro y riesgo alto de contagio, con pacientes enfermos y sanos por patologías diferentes y hoy día al COVID-19 al trabajar sin elementos mínimos de protección para el personal de salud.
- Los prestadores de servicios de salud no cuentan muchas de las veces o de manera insuficiente, con insumos para indagar a las personas sintomáticas

durante el ingreso a sus instalaciones, especialmente mascararas quirúrgicas convencionales y la aplicación de solución a base de alcohol para higienización de manos.

- Los trabajadores de la salud deben utilizar mascarillas de alta eficiencia FFP2 y N95 hasta que se determine con claridad la naturaleza del virus, y éstas no se están entregando o son insuficientes.
- Los médicos y personal paramédico deben estar vinculados por contrato laboral independientemente de la institución sea pública o privada, de esta forma se hace justicia con el acceso a las prestaciones laborales y sociales, a quienes hoy y siempre han sido nuestros héroes.
- Que atendiendo al principio de equidad el salario debe ser definido por comités donde se incluyan especialistas (mínimo 10 profesionales de cada especialidad) en caso de especialidades y médicos generales (mínimo 10 profesionales). Debe tenerse en cuenta tiempo ejerciendo y títulos o estudios adicionales. Así como los ajustes salariales anuales. De igual manera, en cuanto los salarios y prestaciones sociales será una obligación el pago oportuno por parte del empleador.
- Los trabajadores de la salud que presten sus servicios en zonas de poca presencia del estado, por falta de vías de comunicación o por ser zonas de conflictos con grupos al margen de la ley, deben asignársele una prima adicional. En casos de declaratoria de emergencias sanitarias a nivel nacional, departamental o municipal, también tendrán derecho a esta prima adicional que será temporal.
- El trabajador de la salud que fallezca durante un acto médico, en zona de conflicto con grupos ilegales, o en caso de contingencia e infecciones adquiridas. Deberá reconocérsele pensión a su conyugue, hijos, hermanos o padres, quienes dependen en muchos casos de ellos.

3. Comunicado al presidente de la República, 6 de abril de 2020. De: Colegio Médico Colombiano - CMC.

- Solicitar de manera inmediata el control y regulación de los precios de todos los dispositivos, equipos e implementos médicos prioritarios para atender esta crisis. De igual forma, es necesario decretar el retiro del IVA en la producción y venta de dichos equipos e implementos que permiten la protección, detección temprana y lucha contra el Covid-19, con la finalidad de facilitar su producción y adquisición en todo el país. Ello con el fin de hacerle frente al acaparamiento y la usura que ha empezado a surgir frente a la escasez y urgente necesidad de estos dispositivos.

4. Solicitud al Ministro de Salud, 29 de marzo de 2020. De: Federación Colombiana de Sindicatos Médicos.

- Se debe garantizar contrato de trabajo similar al del Médico de Servicio Social Obligatorio (SSO) por un periodo mínimo de seis (6) meses y con idéntica remuneración para los médicos graduados de forma anticipada.
- Se debe reconocer dicho tiempo de servicio como un SSO para fines de otorgarles al fin del mismo el debido registro médico y tarjeta profesional.

- Se deben garantizar todas las condiciones pertinentes de Bioseguridad en desarrollo de su trabajo.
- Se debe otorgar a quien preste dicho servicio condiciones diferenciales de acceso a créditos para futura residencia médica o especialización, y para la obtención de cupo en dicho posgrado.
- En el caso de los médicos ya graduados y que están esperando su llamado para el Servicio Social Obligatorio (SSO), se debe garantizar contrato de trabajo similar al del Médico de Servicio Social Obligatorio (SSO) por un periodo mínimo de seis (6) meses y con idéntica remuneración.
- En el caso de los médicos residente se debe asegurar un contrato de trabajo por un espacio no menor a tres (3) meses con un salario no menor a dos (2) veces el que percibe un Médico de Servicio Social Obligatorio (SSO).
- Para cualquier otro médico general o especialista que desee prestar servicio durante el período de crisis, un contrato de trabajo por un espacio no menor a tres (3) meses con un salario no menor a tres (3) veces el que percibe un Médico de Servicio Social Obligatorio (SSO).

5. Propuesta de trabajo decente para el talento humano en salud de la República de Colombia. De: Federación Colombiana de Sindicatos Médicos.

- El talento humano en salud y en específico el gremio médico, solicitan una política pública que concrete el trabajo decente en la industria de la salud y que brinde garantías frente a la necesidad de la atención en salud de la población en el territorio nacional. Para esto se propone a la presidencia de la república, en el contexto del estado de emergencia, expedir un decreto de ley que normatice la contratación del talento humano en salud. Esto con el fin de salvaguardar los derechos a la salud, la vida, los derechos sociales, económicos y laborales emanados de la carta magna.
- Se propone la creación vía decreto de un “sistema integral de contratación del talento humano en salud” que brinde el disfrute pleno de los mencionados derechos y brinde plenas garantías a los trabajadores de la salud y el gremio médico en general. Este se reglamentará subsecuente mente por el ministerio de salud, trabajo y justicia en un plazo máximo de 2 meses. Dicho sistema se fundamentará en un “manual de contratación del talento humano en salud”, un “manual tarifario de prestaciones en salud”, un “sistema de reporte en línea de la contratación del talento humano en salud”, la “agencia nacional de auditoria de la contratación del talento humano en salud”, el “consejo nacional del talento humano en salud”, un parámetro de obligatoriedad “siempre y en todo caso” y un régimen sancionatorio, disciplinario y penal correspondiente.
- Las contrataciones del talento humano en salud deben reportarse de forma obligatoria en un sistema de reporte, control y consulta en línea donde deberán registrarse todos las IPS del territorio nacional. Para esto deberán contar estar registrados en el “Registro especial de prestadores de salud-RESPS” y contar con su respectiva habilitación de servicios de salud; los profesionales del talento humano en salud (profesionales, técnicos y tecnólogos) que presten sus servicios en el territorio nacional, deberán estar debidamente registrados en el “Registro único nacional del talento humano

en salud -ReTHUS". Este sistema garantizará auditabilidad y trazabilidad de las contrataciones del talento humano en salud, así como la obligatoriedad de cumplimiento. Se registrará por parámetros definidos y será auditado por la "agencia nacional de auditoría de la contratación del talento humano en salud" quienes tendrán funciones de policía judicial.

6. Propuestas presentadas en el marco de la Audiencia Pública sobre problemas que afronta el personal médico y de enfermería en medio de la emergencia provocada por el Covid-19. 31 de marzo de 2020. De: Senado de la República.

- Giro directo de recursos de FAE Y FONPET a los prestadores del servicio: hospitales, secretarías de salud departamentales y municipales, ESES e IPS sin intermediación de EPS.
- Garantizar condiciones laborales y protección a las familias de los trabajadores en salud.
- Asignar transporte especial para personal de salud.
- Prima técnica ofrecida debe ser para todo el personal de salud que atiende la emergencia sin discriminar profesión ni tipo de contratación.
- Seguro de vida y seguro médico especial para todo el personal de salud que atiende covid-19.
- Exigir a ARL asumir y distribuir ya los equipos de bioseguridad.

En este sentido, acogiendo las consideraciones esgrimidas en el decreto ley 538 de 2020, la Organización Internacional del Trabajo -OIT- insta a los Estados a adoptar medidas urgentes para **(i)** proteger a los trabajadores y empleadores y sus familias de los riesgos para la salud generados por el coronavirus COVID-19; **(ii)** proteger a los trabajadores en el lugar de trabajo; **(iii)** estimular la economía y el empleo, y **(iv)** sostener los puestos de trabajo y los ingresos, con el propósito de respetar los derechos laborales, mitigar los impactos negativos y lograr una recuperación rápida y sostenida.

Finalmente, sean estos los renglones para destacar que la presente iniciativa se presenta a fin de lograr reconocer los derechos laborales dignos del que es merecedor el Talento Humano en Salud, quienes se han decidido a atender firmemente los llamados de los colombianos para que salven millones de vida.

CONSIDERACIONES DE LOS AUTORES.

Conforme a lo establecido en el artículo 140, numeral 1° de la Ley 5ª de 1992, tratándose de una iniciativa del Congreso de la República, presentada en nuestra calidad de congresistas y cumpliendo, además, con los artículos 154, 157, 158 de la Constitución Política de Colombia, en referencia a la ley en cuanto a su origen, formalidades de publicidad y unidad de materia; continuando en el artículo 150 de la Carta, el cual manifiesta que dentro de las funciones del Congreso está la de hacer leyes, presentamos, para beneficio del Talento Humano en Salud, del sistema de salud y de los colombianos, la presente iniciativa legislativa. Lo anterior, basados en un minucioso estudio de experiencias destacables por su manejo del Talento Humano en Salud, que han dado insumos para

construir el presente proyecto de ley¹⁶. Asimismo, destacando las disposiciones normativas vigentes en Colombia, cuya utilidad ha sido innegable y las cuales, ante la actual coyuntura y posterior devenir, necesitan de una urgente actualización.

¹⁶ Entre ellas, valga destacar la Políticas de Recursos Humanos de Salud de la República de Chile, así como las distintas recomendaciones y lineamientos de la OMS y OPS.