

Bogotá D.C., 21 de julio de 2026

Doctor

DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ

Secretario General Senado de la República

Ciudad

Asunto: Radicación del Proyecto de Ley *“Por medio de la cual se promueve el respeto, la dignificación laboral y se crea la Estrategia Nacional de Protección Contra la Violencia al Talento Humano en Salud y se dictan otras disposiciones”*.

Respetado doctor González:

En nuestra calidad de Congresistas de la República y en uso de las atribuciones que nos han sido conferidas constitucional y legalmente, respetuosamente nos permitimos radicar el Proyecto de Ley de la referencia y, en consecuencia, le solicitamos se sirva dar inicio al trámite legislativo respectivo.

Atentamente,

Los firmantes del proyecto de ley.

“Por medio de la cual se promueve el respeto, la dignificación laboral y se crea la Estrategia Nacional de Protección Contra la Violencia al Talento Humano en Salud y se dictan otras disposiciones”.

**EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
DECRETA:**

**CAPÍTULO I
DISPOSICIONES GENERALES**

ARTÍCULO 1°. Objeto: La presente ley tiene como objeto dignificar y regular las condiciones de trabajo del talento humano del sistema de salud en el territorio colombiano, propendiendo por establecer condiciones dignas en la vinculación, pago justo y oportuno, conforme a las normas concordantes en la materia; así como establecer las estrategias de planificación, la formación del Talento Humano del Sistema de Salud y crear la estrategia nacional de protección contra la violencia al talento humano del sistema de salud

ARTÍCULO 2°. Ámbito de aplicación. La presente ley aplica para el talento humano en salud definido en el artículo 17 de la Ley 1164 de 2007.

**CAPÍTULO II
DIGNIFICACIÓN LABORAL DEL TALENTO HUMANO EN SALUD**

ARTÍCULO 3°. Vinculación de los Trabajadores del Sector Salud. Los actores del sector salud, y en general las instituciones prestadoras de salud, deberán vincular al talento humano en salud mediante cualquiera de las modalidades de contratación contenidas en el Código Sustantivo del Trabajo a través de relación legal y reglamentaria, según corresponda, garantizando condiciones laborales justas y dignas.

Está prohibida cualquier forma de vinculación del talento humano en salud que permita, contenga o encubra prácticas o facilite figuras de intermediación o tercerización laboral que afecte sus derechos constitucionales, legales y prestacionales consagrados en las normas laborales vigentes para el sector privado o público, según sea el caso.

Se deberán respetar las jornadas máximas legales establecidas dentro de las diferentes modalidades de contratación vigentes en el ordenamiento jurídico colombiano; evitando jornadas extenuantes que puedan poner en peligro el correcto desarrollo del ejercicio, la calidad en el servicio, la seguridad, la salud, así como la dignidad del talento humano en salud.

Parágrafo 1. Las administradoras de riesgos laborales, en conjunto con los prestadores de servicios de salud y en general los empleadores del sector salud, deberán organizar como mínimo dos (2) veces al año actividades complementarias en promoción y prevención y deberán brindar acompañamiento en casos de violencia intrafamiliar, adicciones, burnout y demás condiciones en salud mental que afecten el desempeño laboral y social del personal de salud. Adicionalmente, contarán con programas especiales para las ocupaciones, profesiones y especialidades clasificadas como de riesgo alto. Se deberá informar al Ministerio de Trabajo y Ministerio de Salud sobre las actividades aquí dispuestas, y su implementación con las evidencias respectivas.

Parágrafo 2. Las disposiciones contenidas en el presente artículo se realizarán de manera gradual y acorde con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, conforme a la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno nacional.

ARTÍCULO 4°. Vinculación de los Trabajadores del Sector Salud especialistas. La vinculación de los especialistas del área de conocimiento de ciencias de la salud podrá realizarse tanto en el sector público como el privado a través de las distintas modalidades que permita el ordenamiento jurídico colombiano para la contratación de servicios profesionales, incluidas las modalidades establecidas en el Código Sustantivo del Trabajo, garantizando las condiciones de trabajo dignas y justas.

Dicha vinculación se realizará en los siguientes casos:

- a. En aquellas situaciones que por las características del servicio de salud que se presta no pueda ser realizado por el personal de planta o requieran características *intuitu personae*.
- b. En la prestación de servicios por profesionales de la salud que desarrollen su ejercicio profesional de manera independiente.

ARTÍCULO 5°. Pago digno, justo y oportuno: Los agentes del sistema de salud, independientemente de su naturaleza, tienen la obligación de girar de manera oportuna los valores por los servicios prestados a las instituciones prestadoras de servicios de salud, para que éstas efectúen el pago de las obligaciones, incluidas las laborales y/o contractuales al talento humano en salud, las cuales tendrán prioridad sobre cualquier otro pago, so pena de las sanciones por parte de las autoridades competentes.

En los casos del pago oportuno para especialistas en ciencias de la salud contratados bajo las modalidades que permita el ordenamiento jurídico colombiano, distintas a las establecidas en el Código Sustantivo del Trabajo, la remuneración correspondiente se realizará dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la presentación de la cuenta de cobro, factura o documento que haga las veces o equivalente.

En los casos de incumplimiento en el pago en los términos acá establecidos estará obligado a reconocer los intereses moratorios a la tasa equivalente a una y media veces el interés bancario corriente, certificado por la Superintendencia Financiera.

En ningún caso, se podrá superar la tasa superior a la fijada por la ley como límite de usura.

El incumplimiento de las disposiciones dará lugar a las investigaciones correspondientes por parte de las autoridades competentes, de acuerdo con la naturaleza contractual.

El Gobierno nacional reglamentará este artículo dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley.

Parágrafo 1. El Gobierno nacional establecerá los criterios vinculantes para lograr la contratación y remuneración justa y oportuna del Talento Humano en Salud.

Parágrafo 2. Las entidades que contraten a través de cualquier modalidad o que sean responsables del pago al talento humano en salud, deberán **relacionar** mensualmente el monto correspondiente a las obligaciones laborales y contractuales que tengan con este personal. Estas entidades, al recibir recursos del sistema de salud, deberán destinar los rubros y dineros correspondientes al pago del monto de estas obligaciones. Los rubros y dineros a que se refiere el presente parágrafo tendrán destinación exclusiva para esta finalidad.

ARTÍCULO 6°. Sanción por incumplimiento. Los agentes del sistema de salud, bien sean de naturaleza pública o privada, que contraríen de manera injustificada las normas y principios establecidos en la presente ley, respecto del talento humano en salud, serán sancionados por el Ministerio del Trabajo, la Superintendencia Nacional de Salud u otra autoridad competente, previo el cumplimiento del debido proceso.

ARTÍCULO 7°. Garantías para el suministro de los medios de labor. Las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud tanto públicas como privadas, garantizarán al talento humano en salud, independientemente de la forma de vinculación contractual, los insumos, recursos, tecnologías en salud, así como los demás medios de labor necesarios y suficientes para la atención segura y con calidad a los usuarios del sistema

ARTÍCULO 8°. Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo tendrá cobertura para todo el talento humano en salud, independiente de su forma de vinculación y la inspección, vigilancia y control del cumplimiento de las normas del Sistema de Riesgos Laborales por parte de los empleadores y contratantes corresponde al Ministerio del Trabajo de acuerdo con sus competencias.

Las Instituciones Prestadoras de Salud públicas y privadas y demás organizaciones que vinculen talento humano en salud deben desarrollar los Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo conforme lo dispuesto en la Ley 1562 de 2012, el Decreto Ley 1295 de 1994 o las que las modifiquen o adicionen y demás normas concordantes. Para tal efecto deben destinar los recursos suficientes de acuerdo con el número de trabajadores y la complejidad de la organización.

Dicho sistema deberá incluir las acciones dirigidas al 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, abarcando aspectos laborales, económicos, culturales, académicos, deportivos y familiares.

Parágrafo. El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo deberá tener en cuenta que el control de los factores de riesgos laborales deberá enfocarse en los riesgos inherentes a la prestación de servicios de salud.

ARTÍCULO 9°. Criterios de suficiencia patrimonial. El Ministerio de Salud y Protección Social, incluirá dentro de los criterios de suficiencia patrimonial y financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud, el cumplimiento oportuno de las obligaciones contractuales y legales del talento humano en salud, de conformidad con la presente ley, así como las quejas presentadas ante la Superintendencia Nacional de Salud, el Ministerio del Trabajo y las Secretarías, Direcciones, Institutos o Unidades Administrativas Departamentales o Distritales de Salud por el incumplimiento de lo dispuesto en la presente ley y las sanciones impuestas por estas entidades.

El Ministerio del Trabajo y la Superintendencia Nacional de Salud certificarán con destino a las Secretarías, Direcciones, Institutos o Unidades Administrativas Departamentales o Distritales de Salud en los periodos que defina el Ministerio de Salud y Protección, la siguiente información:

1. Nombre del Prestador.
2. Nit
3. Código de habilitación del prestador en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.
4. Número de quejas por el no pago de las obligaciones laborales y/ o contractuales con el talento humano en salud.
5. Periodos de mora en el pago al talento humano en salud.
6. Fecha de las quejas.
7. Sanciones impuestas

CAPÍTULO III

FORMACIÓN Y PLANIFICACIÓN DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ARTÍCULO 10°. Formación Continua: Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que contraten Talento Humano del Sistema de Salud, dentro del marco de su competencia, deberán

formular anualmente y conforme a los lineamientos que emita el Gobierno Nacional planes institucionales de formación continua del personal vinculado, considerando como objetivos:

1. Satisfacer las necesidades de desarrollo personal, profesional y ocupacional del Talento Humano del sistema de Salud durante su ciclo laboral;
2. Responder a las necesidades y problemáticas en salud de la población, así como a los requerimientos para la atención en salud, en coherencia con los avances del conocimiento y la tecnología, priorizando aspectos y temáticas que fortalezcan la Atención Primaria en Salud, el enfoque diferencial y la gestión integral del riesgo.
3. 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 y /o paciente, actualización respecto a tecnologías de la información vinculada al sector, entre otros aspectos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social en la reglamentación del Sistema de Formación Continua para el Talento Humano en Salud; integrando sus dimensiones técnicas, sociales, de equidad, de calidad, de participación y de ética.
4. Las demás que se consideren necesaria acorde con el Sistema de Formación Continua para el Talento Humano en Salud;

PARÁGRAFO 1º. Los programas de formación continua deberán ser impartidos por personal idóneo vinculados a instituciones educativas autorizadas por el Gobierno nacional.

ARTÍCULO 11º. 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, el Ministerio de Relaciones Exteriores 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 el área de la Salud.

ARTÍCULO 12º. Planificación del Talento Humano. El Ministerio de Salud y Protección Social, con la asesoría del Consejo Nacional del Talento Humano en Salud, determinará las necesidades de personal en los territorios 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 del Sistema de Salud se realizará bajo los siguientes lineamientos generales:

1. Se desarrollará de manera sistemática considerando en forma integral las relaciones existentes entre las diferentes profesiones y ocupaciones de la salud, teniendo en cuenta la presencia de las mismas y el balance geográfico en su distribución. Lo anterior, sin perjuicio de la concesión de incentivos para el Talento Humano que adhiera el cambio en ese sentido.
2. Contemplará mecanismos de participación activa de los territorios, con asociaciones, agremiaciones del sector salud y de actores sociales relevantes, los cuales proveerán información en forma oportuna.
3. Se apoyará en el Sistema de Información para la Gestión, Planificación y Formación del Talento Humano del Sistema de Salud y de los análisis y estudios que se emitan en el Observatorio del Talento Humano en Salud.
4. Comprenderá la realización de estudios de carga y jornada laboral del Talento Humano, las condiciones de salud mental del personal, la proyección de necesidades de personal requerido para realizar actividades de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, paliación; el diseño de estrategias de cierre de brechas e inequidades laborales; 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.
5. Tendrá un enfoque multidisciplinario y buscará la complementariedad de diferentes perfiles de competencia.
6. Tendrá un enfoque territorial, que reconozca y respete las prácticas culturales locales, fomente la inclusión y el respeto por la diversidad cultural en todos los niveles del sistema de salud.
7. Tendrá un enfoque de equidad de género.

En esa línea, el trabajo del Talento Humano del Sistema de 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 comorbilidades, cuyo modelo de atención se construye sobre interacción entre el paciente, la comunidad y los prestadores de salud.

ARTÍCULO 13°. Estímulos para los profesionales de la salud que presten sus servicios en zonas de alta dispersión geográfica y difícil acceso. El Gobierno Nacional establecerá incentivos académicos, investigativos y económicos para los profesionales de la salud que presten sus servicios con calidad y humanización en las zonas de alta dispersión geográfica y difícil acceso por un periodo mínimo de seis (6) meses continuos, tanto en el sector público como privado.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social, reglamentará dentro del periodo establecido en esta ley, los criterios de definición de las zonas de alta dispersión geográfica y difícil acceso, así como la oferta de incentivos.

ARTÍCULO 14°. Plazo de reglamentación: El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá un plazo máximo de seis (6) meses, a partir de la vigencia de la presente ley, para reglamentar y establecer los mecanismos adecuados para garantizar el cumplimiento de las disposiciones contenidas en el Capítulo III de la presente ley.

CAPÍTULO IV

PROTECCIÓN CONTRA LA VIOLENCIA AL TALENTO HUMANO EN SALUD

ARTÍCULO 15°. Estrategia Nacional de Protección contra la Violencia al Talento Humano del Sistema de Salud. El Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, adoptará una estrategia intersectorial con el objeto principal de identificar, cuantificar y plantear soluciones efectivas para la protección de la vida, salud mental, buen nombre e integridad del Talento Humano del Sistema de Salud en el ejercicio de sus labores. La elaboración de esta estrategia propenderá por el cumplimiento de los siguientes objetivos:

1. Prevenir de forma efectiva la violencia contra el Talento Humano del Sistema de Salud mediante medidas eficaces en el ámbito laboral, social, económico y jurídico. Para ello, los directivos de las instituciones prestadoras de servicio de salud deberán implementar acciones pedagógicas pertinentes.
2. Promover el trabajo interinstitucional y colaborativo con todos los actores del Estado colombiano para garantizar la seguridad e integridad del Talento Humano del Sistema de Salud. Así mismo, las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas deberán implementar acciones para garantizar a través de sus servicios de seguridad y en coordinación con las autoridades pertinentes la protección del talento humano Salud.
3. Implementar marcos de información y de seguimiento que permitan identificar plenamente las causas, modalidades, particularidades regionales y las consecuencias de la violencia contra el Talento Humano del Sistema de Salud.
4. Promover el ejercicio de la profesión y ocupación en salud a partir del desarrollo de una cultura que valora y reconoce el esfuerzo y compromiso de los miembros del Talento Humano del Sistema de Salud en el desarrollo de tareas y procesos que tienen como fin mejorar la calidad de vida y de salud de los pacientes.
5. Los demás que el Comité Interinstitucional considere necesarios y pertinentes. La Estrategia Nacional desarrollará indicadores y metas que permitan medir periódicamente la eficacia en el cumplimiento de los objetivos aquí definidos.

ARTÍCULO 16°. Comité Interinstitucional de lucha contra la violencia contra el talento humano. Créase, con carácter permanente y adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, el "Comité Interinstitucional de Protección contra la Violencia de talento humano del Sistema de Salud" como

organismo consultivo del Gobierno Nacional y ente coordinador de las acciones que se desarrollen para combatir actos de violencia contra el talento humano del Sistema de Salud

Parágrafo. El Gobierno Nacional contará con un periodo de doce (12) meses para la consolidación de la estrategia y creación del comité, a partir de la expedición de la presente ley.

ARTÍCULO 17°. Del Comité y sus integrantes. El Comité estará integrado por los siguientes miembros:

1. Ministro de Salud y Protección Social, Viceministro o Director de Talento Humano en Salud, o su delegado, quien lo presidirá.
2. Superintendente Nacional de Salud o Superintendente Delegado.
3. Fiscal General de la Nación o su delegado.
4. Defensor del Pueblo o su delegado.
5. Director de la Policía Nacional.
6. Cinco representantes que para el efecto designe el Consejo Nacional de Talento Humano en Salud conforme al artículo 7 de la Ley 1164 de 2007.

Parágrafo. El comité deberá sesionar como mínimo (3) veces al año, deberá adoptar su propio reglamento, podrá sesionar por iniciativa de cualquiera de los integrantes. Así mismo, deberán rendir informe a las Comisiones Séptima del Congreso de la República, donde se evidencie el cumplimiento del objeto y alcance de la presente ley.

ARTÍCULO 18°. Ruta de atención y denuncia de la Violencia contra el talento humano del área de la Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social en apoyo con la Fiscalía General de la Nación, la Policía Nacional de Colombia y en coordinación con la Defensoría del Pueblo, diseñarán un canal de comunicación para atender y dar respuesta efectiva a las denuncias atinentes a episodios de violencia en contra el talento humano del Sistema de Salud adelantando asistencia y acompañamiento a la víctima para la correspondiente presentación de la denuncia. Igualmente brindarán asistencia y acompañamiento a la víctima para la correspondiente presentación de la denuncia.

Todos los actores de la presente ley deberán garantizar la divulgación y cumplimiento efectivo del uso adecuado de la ruta de atención y de la información que se genere del reporte del uso de la ruta.

En casos de grave afectación a la salud pública, pandemias, epidemias y / o similares, se deberá generar una ruta de atención especial para proteger la integridad del Talento Humano del Sistema de Salud y la de sus familiares.

Dicha ruta, deberá estar conectada con la ruta de atención integral para víctimas de violencias de género garantizando una integración y coordinación efectiva.

ARTÍCULO 19°. Protección del buen nombre del talento humano del sistema de salud. El talento humano del Sistema de Salud tiene derecho a que se preserve su buen nombre, el debido proceso y se otorguen las garantías necesarias para la protección de sus derechos.

Las personas naturales o jurídicas que generen, publiquen o difundan información relacionada con los títulos, desempeño o ejercicio del talento humano, deberán informar de manera completa, veraz e imparcial los hechos sin generar confusión en la opinión pública ni afectar el derecho al buen nombre del talento humano del sistema de salud.

Las personas que publiquen o difundan información relacionada con investigaciones, procesos judiciales o administrativos relacionados con el ejercicio profesional del personal del talento humano del sistema salud, deben publicar y difundir los fallos o decisiones que resulten favorables a estos, en los mismos términos y por los mismos medios de la publicación inicial

ARTÍCULO 20°. Trato digno en la formación del talento humano del sistema de salud. El Gobierno Nacional promoverá la creación de una política integral con el fin principal de combatir todas las formas de violencia física, sexual, intelectual y psicológica que pueden afectar al talento humano, en los procesos de formación de programas académicos del área de la salud y ejercicio de la profesión del talento humano o en cualquier otro ámbito que considere pertinente.

Parágrafo. En un plazo de seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente ley, los Ministerios competentes solicitarán información detallada en materia de atención y control de violencia física, psicológica y sexual del talento humano del sistema de salud a todas las instituciones de educación superior con programas académicos de formación del talento humano, a los Hospitales Universitarios y a las demás instituciones que se constituyan en escenarios de práctica.

CAPÍTULO V DISPOSICIONES FINALES

ARTÍCULO 21°. Vigencia y derogatoria. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y publicación y deroga las normas que le sean contrarias.

De los honorables congresistas,

NORMA HURTADO SÁNCHEZ
SENADORA DE LA REPÚBLICA

VÍCTOR MANUEL SALCEDO GUERRERO
REPRESENTANTE A LA CÁMARA



CAMILO ESTEBAN ÁVILA MORALES
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

“Por medio de la cual se promueve el respeto, la dignificación laboral y se crea la Estrategia Nacional de Protección Contra la Violencia al Talento Humano en Salud y se dictan otras disposiciones”

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. OBJETO Y CONTENIDO DEL PROYECTO DE LEY

El proyecto de ley cuenta con 21 artículos. Conforme a lo anterior, en pro de las garantías laborales y la dignificación del talento humano en salud, se propone regular y garantizar que el pago por los servicios prestados se realice de forma justa y oportuna. Para ello, el articulado impone a los agentes del sistema la obligación de girar de manera prioritaria los recursos destinados a honrar las obligaciones laborales y contractuales, so pena de afrontar investigaciones y la imposición de intereses moratorios a la tasa equivalente a una y media veces el interés bancario corriente certificado por la Superintendencia Financiera.

Adicional a estas garantías, y con el fin de salvaguardar la seguridad en el acto de cuidado, se establece de manera categórica que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), independientemente de su naturaleza jurídica, están obligadas a suministrar de forma oportuna los insumos, recursos, tecnologías y demás medios de labor necesarios para asegurar una atención de calidad y libre de riesgos para los usuarios. En línea con esta disposición de bienestar, se ordena la cobertura y el desarrollo obligatorio del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSSS-T) para todo el talento humano en salud, sin distinción de su modalidad de vinculación, bajo la inspección, vigilancia y control del Ministerio del Trabajo.

Asimismo, la iniciativa define con claridad las reglas de juego para la vinculación y contratación del sector. Se establece como regla general la contratación laboral o la relación legal y reglamentaria, prohibiendo explícitamente cualquier figura de intermediación o tercerización ilegal que encubra prácticas lesivas para los derechos constitucionales del personal; al tiempo que se habilita un régimen de contratación flexible pero digno y justo para los especialistas de las ciencias de la salud en casos que requieran características *intuitu personae* o de ejercicio independiente. Adicionalmente, con miras a corregir los desequilibrios de distribución médica en el país, se contemplan incentivos académicos, investigativos y económicos a cargo del Gobierno nacional para fomentar la presencia de este talento en zonas de alta dispersión geográfica y difícil acceso.

Finalmente, el proyecto consagra un riguroso esquema de inspección y sanción por incumplimiento en cabeza del Ministerio del Trabajo y la Superintendencia Nacional de Salud. Como medida preventiva de habilitación y vigilancia, se instruye al Ministerio de Salud y Protección Social para que incorpore el cumplimiento oportuno de las obligaciones laborales y contractuales dentro de los criterios de

suficiencia patrimonial y financiera que deben acreditar las IPS para operar en el territorio nacional.

Contenido del Proyecto de Ley

1. **Capítulo I:** Define el norte de la ley: dignificar, planificar y proteger el trabajo y la formación de todo el talento humano en salud del país. Establece con claridad que estas reglas cobijan a todo el personal técnico, tecnológico y profesional del sector.
2. **Capítulo II:** Es el corazón del proyecto en materia de condiciones de trabajo. Establece la contratación directa (laboral o pública) como regla general. Exige el pago prioritario y oportuno de salarios (con penalidades e intereses de mora si hay retrasos), garantiza el suministro obligatorio de insumos para trabajar seguros y blindo al personal con un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo integral. Además, amarra la habilitación de las IPS a que estén al día con los pagos de su personal.
3. **Capítulo III:** Se enfoca en el crecimiento profesional y la distribución del personal en el territorio. Obliga a las IPS a capacitar continuamente a su personal y promueve alianzas internacionales para intercambios académicos. Adicionalmente, busca equilibrar la falta de médicos en las regiones más alejadas creando incentivos económicos y académicos para quienes trabajen en zonas de difícil acceso.
4. **Capítulo IV:** Se centra en la seguridad física, mental y la reputación del personal de salud. Crea una Estrategia Nacional y un Comité Interinstitucional (donde participan la Fiscalía, la Policía y la Defensoría) para diseñar rutas de denuncia rápidas ante agresiones. También protege el derecho al "buen nombre" frente a señalamientos públicos infundados y ordena combatir el acoso o maltrato que sufren los estudiantes en sus escenarios de práctica (como internados y residencias).
5. **Capítulo V:** Vigencia y derogatoria.

2. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Con ocasión del lamentable hecho ocurrido en periodos pasados, donde una profesional de la salud tomó la decisión de quitarse la vida por la presión y maltrato experimentados en el desarrollo de su residencia, se ha empezado a visibilizar este deplorable y aterrador panorama que nunca había recibido la atención que demanda por parte de las instituciones, las autoridades y la comunidad en general.

Se está presenciando cómo el dolor por la partida de esta profesional ha despertado la valentía de muchos de sus colegas que, con coraje, están contando sus experiencias, elevando una voz de alarma para que el trato inhumano que se presenta, sobre todo en las especializaciones, sea corregido y deje de perjudicar la salud mental del personal, llegando a cobrar valiosas vidas.

Es importante manifestar que, si bien se ha hecho énfasis en esta circunstancia en la especialidad de cirugía general, esta es una realidad que se presenta en las distintas etapas de formación del talento humano en salud, donde se exigen horarios extenuantes que no respetan los tiempos de descanso

necesarios para la recuperación física y mental de este personal. Además, la contratación de personal resulta insuficiente para las necesidades de cada servicio, generando una carga laboral que puede ser catalogada como inhumana para los médicos vinculados. Las preocupaciones por el no pago de salarios, honorarios y prestaciones sociales durante meses les genera una enorme presión adicional para resolver sus obligaciones personales y familiares, lo que causa gran desmotivación en el ejercicio de su carrera, el maltrato emocional y el acoso sexual y laboral derivan en elevados niveles de estrés, depresión y enfermedades mentales.

El caso ha generado una serie de críticas respecto a la dignificación laboral en el sector salud, exponiendo no solo la precariedad laboral, sino también la falta de supervisión y apoyo a los residentes médicos, quienes enfrentan estas situaciones bajo la excusa de la formación profesional. A raíz de su muerte, se han llevado a cabo manifestaciones y llamados a mejorar las condiciones laborales en el sector, solicitando reformas para garantizar entornos de trabajo más seguros y humanos, especialmente para aquellos que están en formación. Además, este caso ha puesto de relieve la importancia de prestar atención a la salud mental de los profesionales de la salud, quienes frecuentemente enfrentan altos niveles de estrés y agotamiento sin el debido apoyo institucional (El País, 2024).

Según datos conocidos con corte al 9 de julio del presente año, el colapso en la ocupación de servicios de urgencias presenta cifras de hasta un 250% de ocupación, circunstancia que se relaciona con el exceso en la carga laboral que recae en el escaso personal que dedica su vida al cuidado de la salud de todos los que integran esta sociedad.

De acuerdo con un estudio realizado en el país en junio de 2020, llevado a cabo con un total de 302 residentes, se concluyó que las tasas de acoso laboral fueron del 49% y de acoso sexual fueron del 14,9%. El estudio establece adicionalmente que las principales formas de acoso sexual corresponden a acoso de género (47%) y atención sexual no deseada (47%), siendo este significativamente mayor en mujeres, y que los cirujanos fueron los principales perpetradores.

Este mismo estudio que también se realizó en el año 2023, incluyó a 238 médicos de los 20 programas de especialización del país, y mostro que las tasas de acoso laboral se ubicaron en un 35,3%, mientras que el acoso sexual registró un incremento, alcanzando el 18,1%. La investigación establece que las principales manifestaciones de acoso sexual corresponden al acoso de género (51,2%) y a la atención sexual no deseada (41,9%), presentándose con una frecuencia significativamente mayor en mujeres.

Este panorama, entonces, no puede ser tratado como una simple noticia o estadística más que se lamenta, pero frente a la que no se toman los correctivos necesarios. Se trata de personas y familias que han puesto su vida al servicio de la comunidad, tal y como se pudo evidenciar en la pandemia vivida por el Covid-19. Por este motivo, se eleva una voz de rechazo absoluto por estas violaciones

sistemáticas a los derechos del talento humano en salud, se insta al Gobierno Nacional a realizar un monitoreo permanente y exhaustivo de este tipo de abusos, y se manifiesta la voluntad absoluta de trabajar en la creación de normas que eviten y sancionen estas prácticas, que deben ser erradicadas por completo del sistema de salud.

Sin embargo, es importante destacar que la salud mental, históricamente subestimada y estigmatizada, ha emergido como una de las principales preocupaciones en el ámbito de la salud pública. Los profesionales del sector salud, encargados de cuidar la salud física y emocional de la población, se encuentran en una “posición privilegiada para abordar esta problemática”. Paradójicamente, también son un grupo altamente vulnerable a trastornos mentales. Es por ello que la dignificación laboral en este sector se establece como un imperativo ético y social de primer orden. Al mejorar las condiciones laborales de los profesionales de la salud, no solo se garantiza su bienestar físico, sino también se contribuye a su salud mental, lo cual es fundamental para que puedan brindar una atención de calidad a los pacientes.

Es por ello que esta iniciativa busca mejorar significativamente las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud en el país. Esto implica las mejoras económicas y contractuales, con el objetivo de garantizar condiciones dignas de vinculación, pago justo y oportuno, así como la promoción y prevención de sus derechos constitucionales, legales y prestacionales.

Contexto histórico y social del sector salud en Colombia.

A lo largo de los años, ha habido varios intentos de mejorar las condiciones laborales en el sector salud. La Ley 1438 de 2011 fue un esfuerzo por regular la contratación de los trabajadores misionales en las Empresas Sociales del Estado (ESE), exigiendo que fueran contratados directamente por estas instituciones. No obstante, la implementación de esta ley ha sido desigual (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Marco constitucional, legal y normativo

La Política Nacional de Talento Humano en Salud (2018) es una respuesta integral a los desafíos que enfrenta el sector salud en Colombia. Esta política reconoce que la estabilidad y el bienestar de los trabajadores de la salud son esenciales para garantizar un sistema de salud eficiente y de calidad. Es de suma importancia formalizar el empleo y reducir la tercerización en el sector, promoviendo un enfoque basado en el trabajo decente, tal como lo define la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

Uno de los puntos centrales de esta política es la equidad en la distribución del talento humano en salud, un problema que ha afectado especialmente a las zonas rurales y apartadas del país (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). En estas áreas, la falta de personal de salud es una preocupación

constante, ya que los trabajadores suelen optar por empleos en las grandes ciudades, donde las condiciones laborales y salariales son mejores (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Para abordar esta situación, la política proponía una serie de incentivos para que los profesionales de la salud se emplearán en áreas de difícil acceso, incluyendo la mejora de las condiciones laborales, la provisión de vivienda y transporte, y la oferta de oportunidades de desarrollo profesional (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

La Ley 1438 de 2011, que busca regular la contratación directa de los trabajadores misionales (Congreso de la República de Colombia, 2011). A pesar de los esfuerzos por implementar esta ley, su impacto ha sido limitado debido a la resistencia de algunas instituciones a formalizar el empleo y a las dificultades para supervisar y hacer cumplir estas regulaciones en todo el país (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

La dignificación laboral en el sector salud revela una preocupación constante por la precariedad laboral y sus efectos en la calidad del servicio. En Colombia, el estudio realizado por Arango y Posada (2016) destaca cómo la tercerización laboral ha sido una de las principales causas de la precarización del empleo en el sector salud. Estos autores señalan que, a pesar de los avances en la cobertura de salud, las condiciones laborales de los profesionales han empeorado en muchos aspectos, especialmente en términos de estabilidad y acceso a beneficios laborales.

Para ilustrar mejor la situación laboral de los trabajadores sanitarios, se hace alusión a la Encuesta Nacional de Situación Laboral de Profesionales de la Salud 2019 realizada por el Colegio Médico Colombiano en 2019 a 8.249 médicos y profesionales de la salud en todo el país para conocer la realidad de la situación laboral del Talento Humano en Salud.

Otro aspecto importante es el impacto de las condiciones laborales en la salud mental de los trabajadores. En Colombia, el Colegio Médico Colombiano (2019) señala que muchos profesionales de la salud, particularmente médicos y enfermeras, trabajan en condiciones de alta presión, con jornadas laborales extendidas que superan las 48 horas semanales. Esto ha generado altos niveles de estrés, ansiedad y fatiga entre los trabajadores, lo que no solo afecta su bienestar personal, sino que también impacta la calidad de los servicios de salud que ofrecen (Colegio Médico Colombiano, 2019)

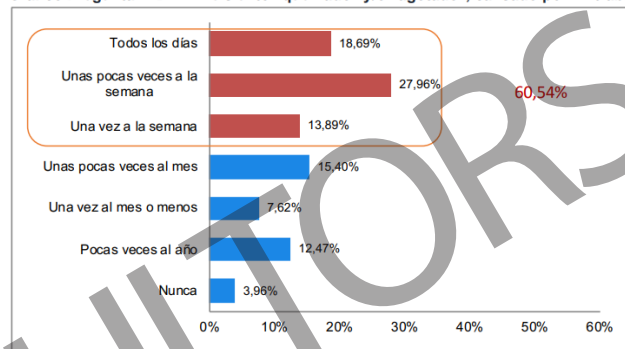
Según la última encuesta de situación laboral de profesionales de la salud de 2019, realizada por el Colegio Médico Colombiano se logró evidenciar lo siguiente:

1. Más de 75% de los profesionales de la salud han tenido problemáticas laborales y no están conformes con los ingresos derivados de su ejercicio profesional.
2. Los médicos rurales se han visto afectados por acoso laboral y constricción del ejercicio.
3. Los especialistas, MD generales y otros profesionales tienen problemáticas de pérdida de empleo.

4. El cambio de las condiciones de trabajo es la principal problemática para todos los profesionales.
5. El 50% o más de los profesionales han tenido problemáticas con el pago de su salario.
6. El principal problema es el retraso del pago, seguido del no aumento del valor hora y disminución de condiciones laborales.
7. La mora en el pago a los profesionales principalmente está entre 30 – 90 días, y en los especialistas entre 180 a 365 días.
8. Las principales entidades deudoras son IPS y con naturaleza privada.
9. La razón principal de la deuda es la situación financiera, administrativa y el no pago de aseguradoras (intermediarios).

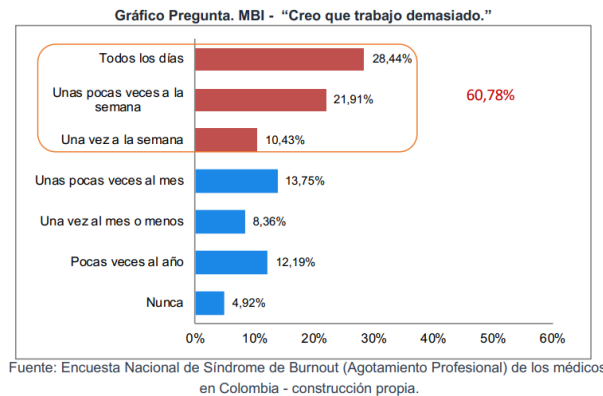
Según la encuesta, estos médicos están trabajando 264 o más horas al mes, es decir, unas 66 horas a la semana, cuando lo legal son 48 horas semanales. Un 15% no tiene un contrato legal y reglamentario, y el 40% ha recibido su salario de forma retardada.

Gráfico Pregunta. MBI - "Me siento "quemado" y/o "agotado", cansado por mi trabajo"

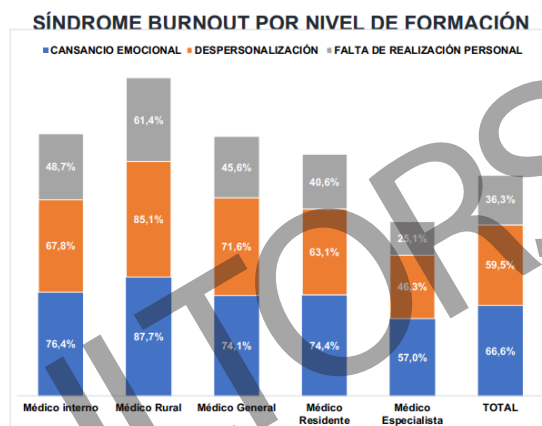


Fuente: Encuesta Nacional de Síndrome de Burnout (Agotamiento Profesional) de los médicos en Colombia - construcción propia.

Por otro lado, se evidencia que los profesionales en salud sienten que dan demasiado de sí mismos con base a su excesiva carga laboral.



Por último, es sumamente importante destacar el síndrome de burnout¹ se evidencia con mayor relevancia en los médicos rurales.



Precarización Laboral del Talento Humano en Salud

La Constitución Política de 1991 erigió el trabajo como un principio fundante y un fin esencial del Estado Social de Derecho, otorgándole en su artículo 25 una especial protección bajo condiciones dignas y justas para todos los ciudadanos. Bajo este mandato superior, resulta importante reconocer que el Talento Humano en Salud (THS) representa la columna vertebral del sistema, por lo cual cualquier menoscabo en sus garantías laborales no solo vulnera sus derechos fundamentales, sino que compromete la estabilidad misma del servicio público de salud.

Las transformaciones del mercado laboral colombiano promovidas desde finales del siglo XX

¹ Es una condición que surge como consecuencia de un estrés laboral crónico. Se caracteriza por un agotamiento físico, emocional y mental, que lleva a una pérdida de interés y motivación en el trabajo

impulsaron un modelo de flexibilización de las relaciones de trabajo que tuvo un impacto significativo sobre el sector salud. Diversos estudios adelantados por misiones de empleo concluyeron que la legislación laboral representaba un obstáculo para la generación de empleo, lo que dio lugar a reformas orientadas a ampliar las modalidades de contratación distintas al vínculo laboral tradicional.

Como consecuencia de estas reformas, se consolidó el uso de figuras como los contratos a término fijo, la intermediación laboral y, especialmente, los contratos de prestación de servicios. Aunque estas modalidades fueron concebidas como mecanismos excepcionales para atender necesidades temporales o especializadas, con el paso del tiempo se convirtieron en la forma predominante de vinculación del talento humano en salud, tanto en entidades públicas como privadas.

El ordenamiento jurídico colombiano establece que los contratos de prestación de servicios únicamente pueden utilizarse cuando las actividades no puedan ser desarrolladas por personal de planta o requieran conocimientos altamente especializados. En consecuencia, esta modalidad no fue diseñada para suplir funciones permanentes ni para reemplazar empleos de carácter misional. No obstante, la práctica institucional ha evidenciado una utilización generalizada de esta figura para desarrollar labores permanentes dentro de hospitales, clínicas y demás instituciones prestadoras de servicios de salud, situación que ha debilitado las garantías propias de una relación laboral y ha contribuido al deterioro de las condiciones de trabajo del personal sanitario.

La expansión de esquemas de tercerización ha generado una profunda precarización de las condiciones laborales del talento humano en salud. Una proporción significativa de trabajadores desarrolla funciones esenciales mediante contratos que no les reconocen estabilidad, prestaciones sociales ni las demás garantías inherentes al empleo formal. Según la información citada en el documento, la mayor parte de los empleos del sector corresponde a modalidades tercerizadas, mientras que una minoría pertenece a cargos de planta. Esta realidad implica que una modalidad concebida como excepcional terminó convirtiéndose en la regla general para la contratación del personal que sostiene la prestación de los servicios de salud.

La Encuesta Nacional de Situación Laboral de Profesionales de la Salud realizada por el Colegio Médico Colombiano ofrece evidencia sobre las dificultades que enfrenta el talento humano en salud. Sus resultados evidencian que más de la mitad del talento humano en salud carece de un contrato laboral propiamente dicho, a pesar de desempeñar funciones misionales dentro de las instituciones prestadoras de servicios. Adicionalmente, uno de cada dos profesionales encuestados reportó haber enfrentado inconvenientes con el pago oportuno de su salario o remuneración, siendo esta la dificultad más frecuente, seguida del estancamiento en el valor de la hora trabajada y el desconocimiento de prestaciones sociales básicas. El 75 % de los profesionales de la salud no médicos manifestó haberse visto afectado laboralmente por cambios intempestivos en sus condiciones de trabajo, restricciones al ejercicio profesional y situaciones de acoso laboral.

La situación de los médicos rurales que prestan el servicio social obligatorio resulta especialmente preocupante. Según la encuesta, el 15 % de estos profesionales no cuenta con un contrato legal y reglamentario, pese a que la ley exige su vinculación formal en todos los casos. Se documentó, además, que este grupo labora en promedio 264 horas o más al mes, equivalentes a cerca de 66 horas semanales, cifra que excede en un 37,5 % la jornada máxima legal de 48 horas semanales. A esto se suma que el 40 % de los médicos rurales reportó haber recibido su salario de forma tardía, lo que agrava su ya precaria situación económica en las etapas iniciales de su ejercicio profesional.

En cuanto a los médicos generales, el 54 % se encuentra vinculado bajo la modalidad de contrato de prestación de servicios, cifra que confirma la generalización de esta figura excepcional. El 36 % de este grupo debe laborar simultáneamente en dos o tres instituciones distintas para lograr ingresos suficientes, situación que compromete su calidad de vida, incrementa el riesgo de fatiga laboral y puede afectar la calidad de la atención brindada a los pacientes. El 80 % de los médicos generales encuestados reportó haberse visto afectado en su ámbito laboral por las condiciones descritas.

Los médicos especialistas no escapan a esta tendencia: el 56 % está vinculado mediante órdenes de prestación de servicios, y el 33 % trabaja entre 48 y 66 horas semanales. Resulta revelador que más de la mitad de los especialistas no esté siendo contratada para cumplir la jornada legal completa de 48 horas, dato que contradice el discurso instalado sobre una supuesta escasez de especialistas en el país. Lo que realmente ocurre, según se desprende de la encuesta, es que un número significativo de especialistas no logra ser contratado a jornada completa por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) ni por las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), viéndose forzados a fragmentar su tiempo laboral entre tres o más centros médicos, como reportó el 30 % de este grupo.

Los datos sobre ingresos confirman la magnitud de la inequidad remunerativa que afecta al talento humano en salud. El 91 % de los profesionales de la salud no médicos percibe menos de cinco salarios mínimos mensuales legales vigentes. Entre los médicos generales, el 71 % devenga entre tres y cinco salarios mínimos, mientras que el 15 % de los especialistas percibe ingresos inferiores a cinco salarios mínimos, cifra particularmente grave si se considera la inversión económica y el tiempo de formación académica que exige la especialización médica en Colombia. Como resultado directo de estas condiciones, más del 77 % de los profesionales de la salud encuestados manifestó sentirse insatisfecho con su remuneración y percibir que su esfuerzo formativo no es compensado adecuadamente. Adicionalmente, el 68 % de los especialistas que devengan menos de cinco salarios mínimos solo logra trabajar entre 24 y 44 horas semanales, lo que refuerza la conclusión de que el problema estructural no es la escasez de talento humano especializado, sino su insuficiente contratación formal.

Un componente estructural adicional de esta precarización es la mora sistemática en el pago de honorarios y salarios al talento humano en salud, cuyo origen se encuentra en buena medida en el sector privado. Según la encuesta citada, las IPS constituyen el principal deudor para el 67 % de los médicos especialistas, el 59 % de los médicos generales, el 18 % de los médicos rurales y el 65 % de los demás profesionales de la salud. Las causas de este incumplimiento obedecen mayoritariamente a

la falta de pago por parte de las aseguradoras hacia las IPS y a la crítica situación administrativa y financiera de estas últimas, siendo la liquidación empresarial la causa del incumplimiento en apenas el 10 % de los casos, lo cual descarta que se trate de un fenómeno meramente coyuntural y confirma su naturaleza estructural.

Esta relación causal entre el deterioro financiero de las instituciones prestadoras y la precarización del talento humano en salud ha sido corroborada recientemente por la Contraloría General de la República, entidad que en enero de 2026 reiteró una Advertencia dirigida a la Superintendencia Nacional de Salud y amplió el llamado al Ministerio de Salud y Protección Social ante el agravamiento del deterioro en el flujo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El ente de control constató que los riesgos identificados desde 2023 en materia de pagos parciales, tardíos o inexistentes de las EPS hacia la red prestadora no solo persisten, sino que se han profundizado, comprometiendo el deterioro financiero de los hospitales públicos. Según el organismo, esta situación evidencia que las medidas hasta ahora adoptadas por la Superintendencia han resultado insuficientes e ineficaces para contener el riesgo de pérdida de recursos públicos previamente advertido, lo que repercute de manera directa en la capacidad de las instituciones para cumplir oportunamente con las obligaciones laborales frente a su talento humano.

Las cifras aportadas por la Contraloría resultan elocuentes sobre la severidad de esta crisis financiera y su impacto directo en la sostenibilidad del empleo sanitario. Para el año 2024, los hospitales públicos facturaron 18,8 billones de pesos y recibieron pagos por 15,7 billones, es decir, el 84 % de lo facturado. Entre enero y septiembre de 2025 esta proporción cayó al 77 %, lo que representa un retroceso de siete puntos porcentuales en la oportunidad de pago en tan solo un año. Este deterioro se manifestó de manera particularmente severa en los hospitales de mediana y alta complejidad, cuyo nivel de pago descendió del 80 % al 74 % y del 87 % al 76 %, respectivamente. Como consecuencia, la deuda acumulada de la red pública hospitalaria pasó de 12,5 billones de pesos en 2024 a 16,28 billones entre enero y septiembre de 2025, un incremento del 30 % en apenas nueve meses. La Contraloría documentó igualmente que la cartera de las seis EPS con mayor deuda creció cerca del 42 % entre 2024 y 2025, al pasar de 4,5 a 6,4 billones de pesos, con el consecuente impacto sobre la liquidez y la capacidad operativa de las instituciones para garantizar el pago oportuno de salarios, honorarios y prestaciones al personal sanitario.

La precarización laboral tiene efectos directos sobre la calidad de vida del talento humano en salud. Una proporción importante de profesionales considera que su remuneración no corresponde con la responsabilidad, el nivel de formación y la inversión realizada para acceder a su profesión. Asimismo, persisten problemas relacionados con el incumplimiento en los pagos por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, situación que se atribuye principalmente a dificultades financieras derivadas de la cartera pendiente de las entidades aseguradoras. Estas circunstancias generan inestabilidad económica, desincentivan la permanencia del personal en el sistema y afectan la continuidad en la prestación de los servicios de salud.

Derecho comparado

El análisis comparativo entre Colombia y otros países revela similitudes y diferencias clave en cuanto a la situación de los trabajadores del sector salud. En Colombia, la tercerización laboral ha sido un problema persistente que afecta a más del 70% de los trabajadores en las Empresas Sociales del Estado (ESE), según datos recientes del DANE (2022). Esto contrasta con países como España, donde se han implementado reformas laborales más estrictas que buscan garantizar la contratación directa de los trabajadores del sector público, incluidos los del sector salud (Arango & Posada, 2016).

En España, las políticas de dignificación laboral han sido más efectivas para reducir la tercerización y mejorar la estabilidad laboral, lo que ha contribuido a un ambiente de trabajo más favorable para los profesionales de la salud. Sin embargo, en muchos países de América Latina, como México y Brasil, se observan problemas similares a los de Colombia, con una alta dependencia de la tercerización y la contratación temporal (Nigenda & Serván-Mori, 2018).

La falta de acceso a beneficios laborales plenos, como la seguridad social y las pensiones, sigue siendo un obstáculo importante para la mejora de las condiciones laborales en estos países. A pesar de algunos esfuerzos por regular el empleo en el sector salud, la implementación de políticas efectivas ha sido lenta y desigual (OIT, 2019).

En Colombia, el Colegio Médico Colombiano (2019) señala que uno de los factores que ha perpetuado la precariedad laboral en el sector salud es la falta de supervisión adecuada por parte del gobierno. Aunque existen leyes que exigen la contratación directa de los trabajadores misionales, como la Ley 1438 de 2011, muchas instituciones de salud siguen eludiendo estas regulaciones mediante la contratación de personal a través de cooperativas de trabajo asociado y contratos de prestación de servicios. Este fenómeno ha afectado particularmente a las enfermeras, quienes constituyen una mayoría significativa del personal de salud y enfrentan mayores dificultades para acceder a contratos estables y bien remunerados (DANE, 2022).

Otra diferencia clave entre Colombia y otros países es la desigualdad en el acceso a la formación y capacitación continua. Mientras que en países como España y Brasil los programas de capacitación para el personal de salud son más accesibles y están integrados en los sistemas de salud, en Colombia muchos trabajadores tienen dificultades para acceder a oportunidades de desarrollo profesional (OIT, 2019). Esto no solo afecta su capacidad para mejorar su desempeño, sino que también limita sus posibilidades de avanzar en sus carreras y obtener mejores condiciones laborales.

El análisis también revela que, aunque la Política Nacional de Talento Humano en Salud (2018) ha sido un paso importante hacia la formalización del empleo y la mejora de las condiciones laborales en Colombia, su implementación ha sido limitada (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). La falta

de recursos y la resistencia de algunas instituciones han dificultado la adopción de las medidas propuestas por la política. Esto es particularmente evidente en las zonas rurales, donde la escasez de personal de salud y las condiciones laborales precarias son más pronunciadas (Arango & Posada, 2016).

Reforma a la salud su impacto fiscal en THS

El proyecto de ley bajo consideración ha sido tramitado durante tres oportunidades en el Congreso de la República (2020 y 2022) bajo autoría de la Senadora Norma Hurtado Sánchez y el Representante Víctor Manuel Salcedo, en compañía de diversos congresistas, estando más cerca de ser aprobado en el año 2023, donde fue archivado por tránsito de legislatura en su cuarto debate. En ese sentido, esta iniciativa se ha constituido en el primer intento durante mucho tiempo para legislar en favor de los trabajadores del sector. Posteriormente, se hallaron puntos de encuentro con el proyecto de ley de reforma a la salud presentado por el Gobierno nacional, con el ánimo de favorecer las condiciones laborales del talento humano.

La reforma a la salud, tal como se plantea en el proyecto de ley presentado en septiembre de este año, aspira a transformar radicalmente el sistema de salud como se conoce hoy. Sin embargo, contempla la mejora de las condiciones laborales del Talento Humano en Salud a través de la dignificación del trabajo de los profesionales de la para garantizar la calidad de los servicios y la retención del talento. En este sentido, se propone crear una política pública integral para mejorar las condiciones laborales de todos los trabajadores del sector, siendo que entre las medidas a implementar se encuentran: la estandarización de los procesos de contratación, la formalización laboral, la protección social y la garantía de los derechos laborales.

En línea con lo anterior, el artículo 10 numeral 15, establece que la ADRES debe ser la entidad encargada de administrar los recursos fiscales y parafiscales del Sistema de Salud. Estos recursos se destinan tanto al aseguramiento social como al financiamiento de programas de formación del talento humano en salud, como el de Residentes Médicos. El artículo 11 numeral 15, por su parte, profundiza en los criterios específicos para la asignación de los recursos destinados a la formación. Adicionalmente a esto en su artículo 43 de la reforma (la cual modifica el numeral 3 del artículo 37 de la ley 1122 de 2007), busca garantizar que cualquier persona pueda acceder a servicios de salud de calidad cuando los necesite. Esto implica verificar que los centros de salud estén bien equipados, que el personal sea competente y que las condiciones laborales sean adecuadas para brindar una buena atención.

Si bien se coincide en la intención, no sucede lo mismo en las formas. Lo anterior, se debe a que al cambio radical que se pretende implantar en el sistema de salud colombiano implica la reconfiguración en la utilización de recursos, los cuales dependen de unas sendas de ingresos y gastos que no cuentan con la debida claridad fiscal, lo cual hace que utilizar la mayoría de recursos que hoy se

destinan al aseguramiento en salud, se atomizan en diversos gastos que no hallan asidero en la realidad financiera del sistema.

Si bien el costeo de los gastos de dignificación del talento humano dentro de la reforma a la salud no se encuentra explícito en los diferentes análisis financieros presentados al Congreso de la República, se supone que existe disponibilidad y voluntad por parte del Gobierno nacional por hacer posible la entrega de mejores condiciones laborales a los trabajadores de la salud, según lo propuesto en su iniciativa de reforma. De esta forma, se puede garantizar el cubrimiento de la formalización del talento humano para las ESE por cerca de \$1,7 billones a precios de 2024, según lo reportado por el Ministerio de Hacienda mediante oficio 2-2022-057130 de septiembre de 2022. En igual sentido, de llegar a consolidarse la voluntad de formalización total del talento humano en salud, es viable la garantía de recurso, tanto para ESE como IPS privadas, lo cual asciende a un total \$7,1 billones a \$8,7 billones a precios de 2024, según el oficio de MHCP en comentario.

Finalmente, es pertinente recordar que el Estado colombiano se encuentra en deuda con el talento humano en salud, más aún después de lo acontecido durante la pandemia del COVID-19, y en su trasegar diario al servicio de todos en medio de precarias condiciones laborales. Por ello, el llamado a la coincidencia en la intención, lo cual implica directamente la disponibilidad de recursos desde el Gobierno nacional, permite concluir la viabilidad fiscal de la presente iniciativa.

Bibliografía

- 1) Arango, L. G., & Posada, C. E. (2016). "El sector salud en Colombia: condiciones laborales y su impacto en la calidad del servicio." *Revista Colombiana de Salud Pública*, 28(3), 56-72.
- 2) Colegio Médico Colombiano. (2019). "Situación laboral de los médicos en Colombia: Estudio de salud mental y condiciones de trabajo." Informe Nacional.
- 3) Congreso de la República de Colombia. (1993). "Ley 100 de 1993." *Diario Oficial*.
- 4) Congreso de la República de Colombia. (2011). "Ley 1438 de 2011." *Diario Oficial*.
- 5) DANE (2022). "Boletín técnico: Mercado laboral del sector salud en Colombia." Departamento Administrativo Nacional de Estadística.
- 6) Nigenda, G., & Serván-Mori, E. (2018). "Precariedad laboral en el sector salud en América Latina: El caso de México." *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42(1), 78-89.
- 7) Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). "Política Nacional de Talento Humano en Salud." Ministerio de Salud y Protección Social.
- 8) Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2019). "Trabajo decente y derechos laborales en el sector salud: Informe regional para América Latina." Informe OIT.
- 9) Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). "Health Workforce: Global strategy on human resources for health: Workforce 2030." World Health Organization.

- 10) Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2017). "Informe de la situación del recurso humano en salud en las Américas." Organización Panamericana de la Salud.

3. CONSIDERACIONES DE LOS AUTORES

Conforme a la revisión de literatura y a trabajos previos adelantados sobre talento humano en salud, el equipo ponente considera viable la presente iniciativa basados en la siguiente información:

"El proyecto de ley aborda de manera transversal aspectos necesarios que se hacen indispensables en términos de estabilidad laboral y contractual, seguridad y bienestar que beneficiarían a trabajadores del sector salud en el ámbito público y privado:

Los datos con que cuenta el MSPS señalan que el Talento Humano en Salud disponible en el país para el 2019 era de 769.492 personas, de los cuales 356.092 corresponden a profesionales y especialistas (46,4%) y 441.400 a auxiliares, técnicos y tecnólogos (53,6%). Del total de profesionales, 70.042 corresponden a enfermería y 116.140 a profesionales de medicina; mientras que, del total de auxiliares, 294,025 corresponden a auxiliares de enfermería y 2.549 auxiliares en salud pública.

De acuerdo con las estimaciones realizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social a partir del Stock Histórico de Talento humano en salud, actualizado con la información de graduados de programas de educación superior (SNIES del Ministerio de Educación Nacional) y de convalidación de títulos obtenidos en el extranjero (Ministerio de Educación Nacional), y aplicando tasas de retiro y de migración, para el año 2019 el número de profesionales de medicina y especialistas es el siguiente:

Item	Número de personas
Médicos Generales	87 163
Especialistas Médicos	28 977

La iniciativa 43.567 beneficiaría a poco más de servidores públicos vinculados

a las Empresas Sociales del Estado, distribuidos así: **i)** 29.841 de carrera administrativa; **ii)** 5.031 vinculados mediante plantas temporales, **iii)** 3.993 trabajadores oficiales; **iv)** 2.662 de libre nombramiento y remoción; **v)** 1.459 de periodo fijo. Asimismo, se conoce que en las plantas de personas de las Empresas Sociales del Estado existen 23.826 cargos creados en determinadas profesiones y oficios, distribuidos así: **i)** 14.874 auxiliares de enfermería; **ii)** 2.758 enfermeros; **iii)** 800 bacteriólogos; **iv)** 3.691 médicos generales y **v)** 1.703 especialistas. Renglón seguido, de acuerdo con la certificación de Colombia Compra Eficiente a 14 de abril de 2020, las ESE tienen 39.728 contratistas y 50.712 contratos, es decir, que aproximadamente se encuentran prestando sus servicios, mediante contratos de prestación de servicios y apoyo en la gestión; 50.255 contratistas, profesionales y auxiliares de la salud (...).

Beneficiaría a más de 25 mil médicos especialistas, distribuidos en medicina interna, pediatría,

anestesiología, entre otras especialidades, según se detalla en las figuras 1 y 2.

Valor por Fecha

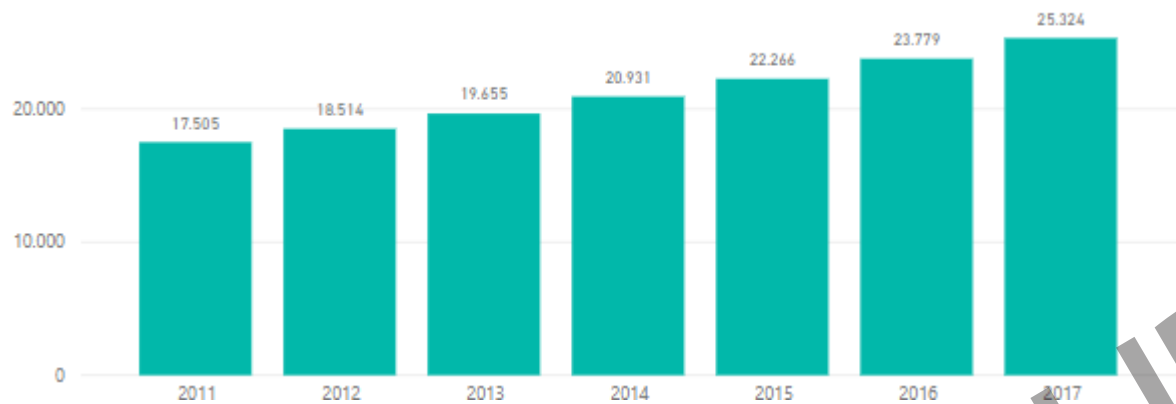


Imagen 1. Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD) - Cálculos de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social 2018.



Imagen 2. Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD) - Cálculos de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social 2018.

Según aproximaciones más generales, acorde con cifras del Ministerio de Educación, se permite establecer que por cada 1.000 habitantes que hay en el país, habría 1,5 médicos generales. Esto, teniendo en cuenta que hasta 2018, Colombia registraba 73.092 profesionales graduados en esta materia que también se verían beneficiados con la medida”.

Conclusiones

1. La dignificación laboral no solo implica la mejora de las condiciones económicas y contractuales, sino también el reconocimiento de la labor que los profesionales de la salud desempeñan en la sociedad. La dignidad en el trabajo está relacionada con el respeto de los derechos laborales, la seguridad en el empleo, la protección social y la posibilidad de desarrollar una carrera profesional en condiciones justas.
2. Es evidente que existe una clara necesidad de mejorar significativamente las condiciones laborales de los profesionales de la salud en Colombia, tanto en términos económicos como contractuales.

3. La dignificación laboral en el sector salud colombiano muestra que, aunque se han hecho avances en términos de cobertura de salud y acceso a los servicios, las condiciones laborales de los profesionales de la salud siguen siendo un tema pendiente. La tercerización laboral y la falta de estabilidad en el empleo siguen afectando a una gran parte de los trabajadores, limitando su acceso a derechos laborales fundamentales como la seguridad social, las vacaciones pagadas y las pensiones.
4. Existe una fuerte interrelación entre las condiciones laborales precarias y el deterioro de la salud mental de los profesionales de la salud.
5. Las condiciones laborales durante la formación médica, especialmente en las residencias, son precarias y generan un alto nivel de estrés y agotamiento en los futuros profesionales.

Las políticas implementadas hasta la fecha, como la Ley 1438 de 2011 y la Política Nacional de Talento Humano en Salud (2018), han intentado abordar estos problemas, pero su impacto ha sido limitado debido a la falta de supervisión y a la resistencia de algunas instituciones a formalizar el empleo.

4. MARCO CONSTITUCIONAL, LEGAL Y FISCAL

La Constitución Política de Colombia en el año 1991 concibió desde su preámbulo, al trabajo como uno de los fines esenciales del Estado, consagrando dentro del artículo 25 el trabajo como 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.

Vía jurisprudencial la Corte Constitucional, mediante sentencia T-457 de 1992 estableció que los elementos del trabajo digno eran los consagrados en el artículo 53 de la carta magna, dentro del cual se afirma que el estatuto que debe expedir el Congreso tendrá en cuenta por lo menos los siguientes principios mínimos fundamentales: Igualdad de oportunidades para los trabajadores; remuneración mínima vital y móvil, proporcional a la cantidad y calidad de trabajo; estabilidad en el empleo; irrenunciabilidad a los beneficios mínimos establecidos en normas laborales; facultades para transigir y conciliar sobre derechos inciertos y discutibles; situación más favorable al trabajador en caso de duda en la aplicación e interpretación de las fuentes formales de derecho; primacía de la realidad sobre formalidades establecidas por los sujetos de las relaciones laborales; garantía a la seguridad social, la capacitación, el adiestramiento y el descanso necesario; protección especial a la mujer, a la maternidad y al trabajador menor de edad.

Igualmente, la Corte Constitucional en Sentencia T-649 de 2013 reconoce y reitera el derecho de todos los trabajadores al pago oportuno del salario, señalando que *“...la falta de pago puntual y completo del salario, imposibilitan al trabajador atender sus necesidades básicas de carácter personal y familiar lo*

que implica la violación del mínimo vital, el cual se ha entendido como “los requerimientos básicos indispensables para asegurar la digna subsistencia de la persona y de su familia, no solamente en lo relativo a la alimentación y vestuario sino en lo referente a salud, educación, vivienda, seguridad social y medio ambiente, en cuanto a factores insustituibles para la preservación de una calidad de vida que, no obstante su modestia, corresponda a las exigencias más elementales del ser humano”.

Por su lado la OIT en su Convenio 95 de 1949, ratificado por Colombia, estableció criterios para la protección del trabajador, pero más para él, lo que corresponde a la contraprestación de su trabajo como salario, donde da algunas directrices para que los Estados desde sus facultades legales garanticen que a todo trabajador se le brinde la no afectación a su mínimo vital y como contraprestación a sus labores como es su salario. Igualmente, señala en el artículo 12, la obligación de los estados de establecer la garantía del pago del salario en intervalos regulares de acuerdo a su legislación interna.

La normatividad frente al Código Sustantivo del trabajo el cual regula las relaciones laborales entre particulares, y la misma norma establece cuales son las condiciones, derechos y obligaciones que tienen las partes dentro de una relación de tipo laboral, como es el artículo 127 que define qué se entiende por salario y cuándo hay derecho a él.

Así mismo, el artículo 134 del Código Sustantivo del Trabajo, establece los parámetros de periodicidad del pago del salario en el que señala que no debe ser mayor a un mes y que el pago del trabajo suplementario o de horas extras y el del recargo por trabajo nocturno, debe efectuarse junto con el salario ordinario del período en que se han causado, o a más tardar con el salario del período siguiente.

A su vez, el Ministerio de Salud y Protección Social ha establecido vía actos administrativos la garantía para el ejercicio profesional del talento humano en salud y el pago al talento humano en salud, dentro de los cuales encontramos los siguientes:

- a. **Decreto 706/1974:** Comité de Adiestramiento y Formación / Por el cual se establece la organización y funcionamiento de los Servicios Seccionales de Salud.
- b. **Decreto 350/1975:** Consejo Seccional de Adiestramiento y Formación del Personal en Salud / Por el cual se determina la organización y funcionamiento de los servicios seccionales de salud y de las unidades regionales.
- c. **Decreto 121/1976:** Dirección de Recursos Humanos en Salud / Por el cual se revisa la Organización Administrativa del Ministerio de Salud Pública.
- d. **Decreto 2905/1977:** Consejo Nacional de Formación de Recursos Humanos para la Salud –

Compuesto por Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación ICFES y Servicio Nacional de Aprendizaje-SENA.

- e. **Decreto 1849/1992:** Por el cual se crea, el Consejo Nacional para el está compuesto por Ministerio de Educación, Ministerio del Trabajo y Ministerio de Salud.
- f. **Resolución 630 de 2019:** Por medio de la cual se reglamenta el parágrafo 6 del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 - Establece que se entiende que el pago no es oportuno el día siguiente en que es exigible la obligación.

Por último, dentro del marco normativo encontramos la Ley 1164 de 2007 la cual crea el Observatorio del Talento Humano en Salud -el cual contiene el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud- RETHUS de esta ley se desprende la creación de la Política Nacional Talento Humano en Salud.

5. 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 jurisprudencia² 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,

² Corte Constitucional. Sentencia C-866 del 3 de noviembre de 2010. M.P Jorge Ignacio Pretelt Chaljub.

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 7° 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.

6. 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 1° 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.

De los honorables congresistas,

NORMA HURTADO SÁNCHEZ
SENADORA DE LA REPÚBLICA

VÍCTOR MANUEL SALCEDO GUERRERO
REPRESENTANTE A LA CÁMARA



CAMILO ESTEBAN ÁVILA MORALES
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

NOMBRE:
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA