



Bogotá D.C. 20 de julio de 2020

Respetado señor:
GREGORIO ELJACH PACHECO
Secretario General
Senado de la República

Ciudad

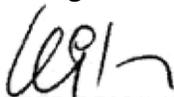
ASUNTO: Proyecto de Ley N° ____ de 2020 “Por medio del cual se modifican y derogan disposiciones del Decreto Legislativo 538 de 2020”.

Respetada mesa directiva,

Respetado secretario, radicamos ante usted el presente Proyecto de Ley “Por medio del cual se modifican y derogan disposiciones del Decreto Legislativo 538 de 2020”.

En mérito de lo expuesto, se presenta a consideración el proyecto de ley para iniciar el trámite correspondiente y cumplir con las exigencias dictadas por la Ley. Por tal motivo adjuntamos original del documento mediante medio magnético.

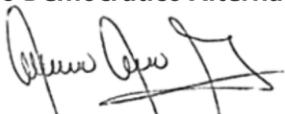
De los Honorables Congresistas,

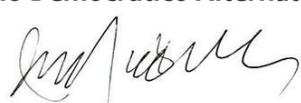

WILSON NEBER ARIAS CASTILLO
Senador de la República
Polo Democrático Alternativo


ALBERTO CASTILLA SALAZAR
Senador de la República
Polo Democrático Alternativo


IVAN CEPEDA CASTRO
Senador de la República
Polo Democrático Alternativo


JORGE GOMEZ GALLEGO
Representante a la Cámara
Polo Democrático Alternativo


ALEXANDER LOPEZ MAYA
Senador de la República
Polo Democrático Alternativo


JORGE ENRIQUE ROBLEDO
Senador de la República
Polo Democrático Alternativo



GERMAN NAVAS TALERO
Representante a la Cámara
Polo Democrático Alternativo



Proyecto de Ley ____ de 2020 Senado

“Por medio del cual se modifican y derogan disposiciones del Decreto Legislativo 538 de 2020”

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA COLOMBIA

DECRETA

ARTÍCULO 1. Objeto: La presente ley tiene por objeto modificar y derogar disposiciones del Decreto Legislativo 538 de 2020, proferido por el Gobierno Nacional durante el estado de Emergencia Económica, Social y Ambiental.

ARTÍCULO 2. Deróguese el artículo 2 del Decreto Legislativo 538 de 2020.

ARTÍCULO 3. Deróguese el artículo 3 del Decreto Legislativo 538 de 2020.

ARTÍCULO 4. Deróguese el artículo 9 del Decreto Legislativo 538 de 2020.

ARTÍCULO 5. Modifíquese el artículo 11 del Decreto Legislativo 538 de 2020 el cual quedará así:

Artículo 11. Reconocimiento económico temporal para el talento humano de salud que presenten servicios durante el Coronavirus COVID-19. *El talento humano en salud que preste sus servicios a pacientes con sospecha o diagnóstico de Coronavirus COVID19, incluidos quienes realicen vigilancia epidemiológica, y que por consiguiente, están expuestos a riesgo de contagio, tienen derecho, por una única vez, a un reconocimiento económico temporal, durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el monto del reconocimiento como una proporción del Ingreso Base de Cotización -IBC- promedio de cada perfil ocupacional. Este emolumento será reconocido independiente de la clase de vinculación.*

PARÁGRAFO 1. *Ministerio de Salud y Protección Social definirá los perfiles ocupacionales que serán beneficiarios del reconocimiento económico de acuerdo a su nivel de exposición al Coronavirus COVID-19. Este reconocimiento será girado por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -*



ADRES a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o entidades territoriales de salud quienes serán los encargados de realizar el giro al personal beneficiario.

PARÁGRAFO 2. Autorícese a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES para administrar y operar el pago del reconocimiento previsto en este artículo, de acuerdo al reglamento que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTÍCULO 6. Modifíquese el artículo 14 del Decreto Legislativo 538 de 2020 el cual quedará así:

Artículo 14. Compensación económica temporal para el afiliado al Régimen Subsidiado con diagnóstico confirmado de Coronavirus COVID-19. Créase la compensación económica equivalente a los días que establezca la incapacidad médica, teniendo como mínimo trece (13) días de Salario Mínimo Legal Diario Vigente -SMLDV- por una sola vez, para los afiliados al régimen subsidiado de salud que tengan diagnóstico confirmado de Coronavirus COVID-19. El pago de la compensación estará condicionado al cumplimiento de la medida de aislamiento.

La Entidades Promotoras de Salud -EPS- reconocerá a sus afiliados el beneficio, previa verificación de las condiciones, y cobrará el valor correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES-, una vez lo haya reconocido. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES definirá los términos y condiciones para el pago.

PARÁGRAFO 1. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá poner a disposición de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES la información con la que cuenta y que sea necesaria para la liquidación de la compensación de que trata este artículo.

PARÁGRAFO 2. En caso de que se creen cuentas para el giro de estos recursos, estarán exentas del Gravamen a los Movimientos Financieros -GMF y así serán registradas por las entidades financieras. Asimismo, esta entidad deberá garantizar que la creación, el manejo y la realización de las transacciones que se requieran, no conllevarán costo alguno para el beneficiario.



PARÁGRAFO 3. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público, de acuerdo a la disponibilidad de recursos fiscales, apropiará los recursos necesarios, para la compensación y los dispondrá al Ministerio de Salud y Protección Social para que lo ejecute vía transferencia a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES-, quien a su vez realizará los ajustes presupuestales para su reconocimiento y operación.

ARTÍCULO 7. Vigencia y derogatoria. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación previa sanción, y deroga las demás disposiciones que le sean contrarias.

De los Congresistas,

WILSON NEBER ARIAS CASTILLO
Senador de la República
Polo Democrático Alternativo

ALBERTO CASTILLA SALAZAR
Senador de la República
Polo Democrático Alternativo

IVAN CEPEDA CASTRO
Senador de la República
Polo Democrático Alternativo

JORGE GOMEZ GALLEGO
Representante a la Cámara
Polo Democrático Alternativo

ALEXANDER LOPEZ MAYA
Senador de la República
Polo Democrático Alternativo

JORGE ENRIQUE ROBLEDO
Senador de la República
Polo Democrático Alternativo

GERMAN NAVAS TALERO
Representante a la Cámara
Polo Democrático Alternativo



Proyecto de Ley _____ de 2020 Senado

“Por medio del cual se modifican y derogan disposiciones del Decreto Legislativo 538 de 2020”

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La crisis sanitaria generada por el COVID-19, declarada por la Resolución 385 del 12 de marzo de 2020, ha sido enfrentada con dos Estados de Excepción (Titulo VII, Capítulo 6 de la C.P.), que han permitido la concentración de poderes extraordinarios en cabeza del gobierno, como la facultad de legislar a través de Decretos Legislativos -con fuerza de ley-, los cuales deben guardar una relación causal material (conexidad directa y específica) y una proporcionalidad con la situación y los medios para superar ese estado de anormalidad, de excepcionalidad.

El 17 de marzo de 2020, se expidió el Decreto 417, por el cual se declaró **el primer** Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica, en virtud del artículo 215 de la Constitución Política y la Ley 137 de 1994. Es en el marco de este Estado de Emergencia que se expidió el **Decreto Legislativo 538 del 12 de abril de 2020** *“Por el cual se adoptan medidas en el sector salud, para contener y mitigar la pandemia del COVID-19 y garantizar la prestación de los servicios de salud, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica”*.

El artículo 215 de la Constitución Política establece que “El Congreso, durante el año siguiente a la declaratoria de la emergencia, **podrá derogar, modificar o adicionar los decretos** a que se refiere este artículo, en aquellas materias que ordinariamente son de iniciativa del Gobierno. En relación con aquellas que son de iniciativa de sus miembros, el Congreso podrá ejercer dichas atribuciones en todo tiempo”, facultad igualmente contenida en el art. 49 de la Ley 137 de 1994.

Es en virtud de esta potestad, que solicitamos derogar y modificar algunas disposiciones del **Decreto Legislativo 538 de 2020**, para lo cual nos permitimos expresar las consideraciones correspondientes a todos y cada uno de los mismos:

El artículo 2, busca reforzar lo contenido en el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2020 cuyos artículos relacionados con la salud sustrajeron el financiamiento del régimen



subsidiado de los entes territoriales y lo trasladó al nivel nacional no sin antes tomar los recursos del sistema nacional de participaciones de las entidades territoriales que pasaron a la Adres. Así mismo estableció la posibilidad de financiar con recursos públicos los procedimientos, medicamentos y demás servicios de salud no PBS creando techos de acuerdo con el historico de las EPS que se anticipan para cubrir ese No PBS. El artículo 2, que busca la derogatoria de este artículo que desfinancia la salud pública al eliminar el requisito de autorización contenidos en el literal f del art.14 y en el art. 20 de la ley 1122 de 2007, que establecen:

“Artículo 14°. Organización del Aseguramiento [...]

f. El valor total de la UPC del Régimen Subsidiado será entregado a las EPS del régimen subsidiado. Las actividades propias del POS subsidiado incluidas las de promoción y prevención serán ejecutadas a través de las EPS del Régimen Subsidiado.

La prestación de los servicios para la atención de Promoción y Prevención **se hará a través de la red pública** contratada por las EPS del Régimen Subsidiado del respectivo municipio. Cuando las ESE's no tengan capacidad para prestar estos servicios de promoción y prevención o cuando los resultados pactados entre EPS del Régimen Subsidiado y las ESE's se incumplan, **estos servicios podrán prestarse a través de otras entidades, previa autorización del Ministerio de la Protección social o en quien éste delegue.** Los municipios acordarán con las EPS del Régimen Subsidiado los mecanismos para que las atenciones en salud y de promoción y prevención se efectúen cerca a la residencia del afiliado, con agilidad y celeridad.”

“Artículo 20°. Prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda. Las Entidades territoriales **contratarán con Empresas Sociales del Estado** debidamente habilitadas, la atención de la población pobre no asegurada y lo no cubierto por subsidios a la demanda. **Cuando la oferta de servicios no exista o sea insuficiente en el municipio o en su área de influencia, la entidad territorial, previa autorización del Ministerio de la Protección Social o por quien delegue, podrá contratar con otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud** debidamente habilitadas.

Parágrafo. Se garantiza a todos los colombianos la atención inicial de urgencias en cualquier IPS del país. Las EPS o las entidades territoriales responsables de la



atención a la población pobre no cubierta por los subsidios a la demanda, no podrán negar la prestación y pago de servicios a las IPS que atiendan sus afiliados, cuando estén causados por este tipo de servicios, aún sin que medie contrato. El incumplimiento de esta disposición, será sancionado por la Superintendencia Nacional de Salud con multas, por una sola vez o sucesivas, hasta de 2000 salarios mínimos legales mensuales vigentes (SMLMV) por cada multa, y en caso de reincidencia podrá conllevar hasta la pérdida o cancelación del registro o certificado de la institución.” (Negrilla fuera del texto)

Estas disposiciones de la Ley 1122 de 2007 que son eliminadas por el art. 2 del Decreto Legislativo 538 de 2020, fueron analizadas por la Corte Constitucional en la sentencia C-1158 de 2008, en donde se declaran exequibles, pues la intervención del Estado en materia de salud, es constitucional, por defender el interés público y por tratar de equilibrar la Ley 100 de 1992, al dar prioridad a recursos al sistema de salud pública, la cual es más efectiva y eficiente para garantizar la prestación del servicio de salud, por no tener el ánimo de lucro que tienen las instituciones privadas.

En suma, la Ley 1122 de 2007 -en los artículos transcritos-, contiene un tratamiento prioritario que aseguran financiación a la red pública y las Empresas Sociales del Estado (sistema de salud pública), la cual solo podrá ser desconocida en circunstancias taxativas y previa autorización del Ministerio de Salud y la Protección Social, como garantía reforzada para que recursos de las entidades territoriales y del régimen subsidiado, se queden en las entidades públicas de salud. Eliminar esta prerrogativa, implica que las entidades públicas de salud (las cuales en muchos casos ya se encuentran desfinanciadas) dejen de percibir recursos importantes, condenándolas a la quiebra.

En el artículo 3 de este Proyecto de Ley, solicitamos la derogatoria de este artículo toda vez que “elimina la priorización de qué trata el inciso cuarto del artículo 46 de la ley 715 de 2001, para contratar las acciones del plan de intervenciones colectivas” y autoriza a los entes territoriales a contratar con no solo con entidades públicas o privadas, sino incluso con personas naturales que “tengan capacidad técnica”. Esta supresión, termina por perjudicar a las entidades públicas de salud, pues el inciso 4 del art. 46 de la ley 715 de 2001 establece:

“ARTÍCULO 46. COMPETENCIAS EN SALUD PÚBLICA. *La gestión en salud pública*



es función esencial del Estado y para tal fin la Nación y las entidades territoriales concurrirán en su ejecución en los términos señalados en la presente ley. **Las entidades territoriales tendrán a su cargo la ejecución de las acciones de salud pública en la promoción y prevención dirigidas a la población de su jurisdicción.**

Los distritos y municipios asumirán las acciones de promoción y prevención, que incluyen aquellas que a la fecha de entrar en vigencia la presente ley, hacían parte del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado. Para tal fin, **los recursos que financiaban estas acciones, se descontarán de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado, en la proporción que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, con el fin de financiar estas acciones.** Exceptúase de lo anterior, a las Administradoras del Régimen Subsidiado Indígenas y a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas.

Los municipios y distritos deberán elaborar e incorporar al Plan de Atención Básica* las acciones señaladas en el presente artículo, el cual deberá ser elaborado con la participación de la comunidad y bajo la dirección del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud. A partir del año 2003, sin la existencia de este plan estos recursos se girarán directamente al departamento para su administración. Igual ocurrirá cuando la evaluación de la ejecución del plan no sea satisfactoria.

La prestación de estas acciones se contratará prioritariamente con las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas vinculadas a la entidad territorial, de acuerdo con su capacidad técnica y operativa.

El Ministerio de Salud evaluará la ejecución de las disposiciones de este artículo tres años después de su vigencia y en ese plazo presentará un informe al Congreso y propondrá las modificaciones que se consideren necesarias.”

(Negrilla fuera del texto)

Relevante mencionar que el inciso 2° del presente artículo, fue sujeto de control de constitucionalidad por parte de la Corte, quien en sentencia C-791 de 2002, lo declaro EXEQUIBLE, “bajo el entendido que mientras el legislador no señale los criterios específicos, la proporción de la UPC-S que fije el CNSSS para las entidades territoriales debe ser fijada de acuerdo a las competencias transferidas, sin que en ningún caso ellas reciban un monto inferior al cincuenta por ciento (50%) de los recursos destinados para las actividades de promoción y prevención en salud.”



Como se desprende de su lectura, la eliminación de esta disposición, implicaría que recursos que hoy prioritariamente ingresan a las instituciones prestadoras de servicios de salud pública, por cuenta del plan de intervenciones colectivas que financian los entes territoriales, ya no lo harían de manera prioritaria, sino que podrían dirigirse directamente a las entidades privadas e incluso a personas naturales. Lo que en suma significa una reducción en los ingresos del sistema de salud pública.

El Decreto Legislativo 538 de 2020, hoy se encuentran cursando revisión automática de constitucionalidad en la Corte Constitucional. En el marco de este proceso, la **Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos – ACESI**, solicito la declaratoria de inexecutable de los artículos 2 y 3 del Decreto 538 del 12 de abril de 2020, por ser violatorios de los artículos 48 y 49 superiores¹. Esta Acción de esta representativa asociación, es un hecho que demuestra que las Empresas Sociales del Estado y los Hospitales Públicos, se están viendo gravemente afectados por las normas señaladas.

En cuanto al artículo 4 del presente proyecto solicitamos la derogatoria de este artículo, pues en las condiciones actuales imponer un servicio obligatorio, atenta contra el talento humano en salud, pues vulnera derechos fundamentales como la salud, la integridad personal, la vida, la dignidad y la objeción de conciencia. Así lo han manifestado con preocupación distintos gremios, asociaciones y grupos del sector salud, quienes desde la expedición del Decreto Legislativo 538 de 2020, se han opuesto a este “llamado obligatorio”, por considerar que no hay condiciones laborales y de bioseguridad, que permita prestar sus servicios o desempeñar sus labores -mucho menos de forma obligatoria-, sin poner en riesgo su vida, la de sus familias y la de sus pacientes.

No obstante que el Ministerio de Salud y Protección Social, junto al Ministerio de Trabajo expedieron los “LINEAMIENTOS PARA PREVENCIÓN CONTROL Y REPORTE DE ACCIDENTE POR EXPOSICIÓN OCUPACIONAL AL COVID-19 EN INSTITUCIONES DE

¹ Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos – ACESI. Solicitud de declaración de inexecutable de los artículos 2 y 3 del Decreto 538 del 12 abril de 2020 (OFICIO 053-20-DE 2020). Mayo de 2020, Pereira.



SALUD”², la realidad es que estos no se están cumpliendo. Muestra de esto son las precarias condiciones de bioseguridad, que se han hecho evidentes en encuestas como la de la Federación Médica Colombiana (FMC), que para el 27 de abril de este año el 85% del personal no había recibido Elementos de Protección Personal (EPP) o de Bioseguridad por parte de la ARL y cerca del 15% lo ha recibido de manera incompleta, razón por la cual el 42% del personal está adquiriendo y utilizando sus propios EPP³.

Las anteriores cifras se ratifican con el boletín de monitoreo crítico de las condiciones de bioseguridad elaborado por 19 agremiaciones y asociaciones del sector salud, reunidos en la mesa de trabajo de monitoreo clínico y crítico, que arrojó los siguientes datos: el 25,9% de las IPS no proporcionan tapabocas a pacientes sospechosos o enfermos de COVID, el 44,4% de las IPS no cuentan con barreras físicas para evitar la propagación de agentes patógenos, el 64,5% de las instituciones no proporcionan los Elementos de Protección Personal, el 67,7% de las IPS no proporcionan espacios para ducharse al terminar las jornadas laborales y el 72,3% de las IPS no hacen mantenimiento a sus sistemas de ventilación. Así mismo, en cuanto a los Elementos de Protección Personal, los encuestados referencian que no les han entregado: respiradores N95 en un 51%, guantes en un 94%, gafas en un 45%, visores en un 57%, peto antifluido en un 79%, polainas en un 57% y uniformes quirúrgicos en un 65%. Preocupa el personal de atención domiciliaria, que ha sido muy invisibilizado en esta pandemia, pero que es personal de alto riesgo, al cual el 76% de las instituciones no les proporcionan los elementos de Protección Individual⁴.

De la anterior encuesta se concluye la ratificación de los mismos resultados del primer corte, en cuanto al *no cumplimiento de la normativa de bioseguridad en los tres niveles. (control del riesgo en la fuente, el medio y el trabajador), de los 18 componentes evaluados en términos de cumplimiento de condiciones de bioseguridad, ninguno se encuentra en condiciones satisfactorias. Por lo que se puede afirmar que **continúan siendo insuficientes***

² Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio de Trabajo. LINEAMIENTOS PARA PREVENCIÓN CONTROL Y REPORTE DE ACCIDENTE POR EXPOSICIÓN OCUPACIONAL AL COVID-19 EN INSTITUCIONES DE SALUD. Marzo del 2020. Consultado en:

<https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GPSG04.pdf>

³ Federación Médica Colombiana y Colegio Médico de Bogotá. Encuesta “exposición del personal de salud en el contexto de la pandemia SARS COV Covid-19 y condiciones de bioseguridad”. Publicada el 5 de mayo de 2020, con muestra de 916 individuos, recogida entre el 19 y el 27 de abril.

⁴ Mesa de trabajo de monitoreo clínico y crítico (compuesta por 19 agremiaciones y organizaciones del sector salud). Boletín No. 2 de monitoreo crítico de las condiciones de bioseguridad. 21 de abril de 2020.



e inadecuadas, las condiciones de bioseguridad necesarias para la adecuada protección del personal sanitario. (Así mismo, se demuestra una creciente afectación a los trabajadores de salud por el COVID-19)⁵.

En parte, a estas precarias condiciones de inseguridad biológica en las que prestan el servicio el personal de la salud, se le puede atribuir que al 8 de julio de 2020, se hayan confirmado 2.726 casos positivos de COVID-19 en el personal de salud⁶.

Adicionalmente, en este mes de julio de 2020, y en medio de la pandemia de COVID-19, la Contraloría General de la República adelantó una encuesta a 12.230 profesionales de la Salud a lo largo de los 32 departamentos del territorio colombiano, que permitió determinar que cerca de la mitad de los encuestados (47%) “ha tenido que adquirir con sus propios recursos implementos de seguridad como caretas de protección, guantes, mascarillas quirúrgicas, respiradores N95, vestidos quirúrgicos, monogafas y polainas. invertido entre 8 mil pesos y máximo 1 millón de pesos, en los implementos que han debido adquirir”. Adiciona la encuesta que El 43% de los profesionales de la salud encuestados se encuentran desempeñando sus labores por contratos de prestación de servicio, tercerizados o en provisionalidad. Al 45% le han modificado las condiciones laborales (reducción de horas de trabajo y sueldos, entre otras) y el 22% manifiesta que el pago de sus honorarios no es puntual (en su mayoría les adeudan de 1 a 3 meses)”.

Por todo lo anterior, un “llamamiento **obligatorio** al Talento Humano en salud” mientras persistan estas condiciones, no solo es inhumano, sino que es inconstitucional, pues atenta contra derechos fundamentales como la salud, la integridad personal, la vida, la dignidad y la objeción de conciencia, razón por la cual la Organización Colegial de Enfermería (OCE), el Colegio Colombiano de Instrumentación Quirúrgica (COLDISNSQUI), el Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional, el Colegio Colombiano de Nutricionistas Dietistas (COLNUD), el Colegio Colombiano de Odontología, el Colegio Colombiano de Fisioterapia, el Consejo Técnico Nacional de Enfermería (CNTE), la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC) y la Asociación Colombiana Estudiantil de Enfermería (ACOEEN) intervinieron en el proceso de control automático de constitucionalidad Decreto Legislativo 538 de 2020, para solicitar la declaratoria de

⁵ Mesa de trabajo de monitoreo clínico y crítico (compuesta por 19 agremiaciones y organizaciones del sector salud). Boletín No. 2 de monitoreo crítico de las condiciones de bioseguridad. 21 de abril de 2020.

⁶ Instituto Nacional de Salud. Boletín No. 23, COVID-19 en personal de salud en Colombia. Del 8 de Julio de 2020. Consultado en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>



inexequibilidad del art. 9 de este Decreto⁷.

En cuanto al **artículo 5°** de este Proyecto de Ley, que pretende la modificación del artículo 11 del Decreto Legislativo 538 de 2020, se sustenta en la necesidad de suprimir la expresión **“no constituye factor salarial y”**, contenido en la parte final del primer inciso del artículo. Lo anterior toda vez que no se puede desconocer el factor salarial, aun cuando este reconocimiento económico tiene la función directa de remunerar la labor del personal de salud en esta crisis sanitaria. Esto constituye una desmejora en los -ya precarios- derechos sociales de los trabajadores, supuesto de hecho proscrito para los decretos que se expidan en virtud del art. 215 de la Constitución Política y la jurisprudencia constitucional que así lo ha reconocido.

Actualmente las condiciones laborales del personal de salud son condiciones extremas, como lo reflejan las cifras del Boletín de monitoreo crítico de las condiciones de bioseguridad⁸, esta encuesta reflejo la realidad de sus encuestados, de los cuales: El 42% del personal de salud no dispone de condiciones laborales dignas, pues tienen vinculación indirecta. Sumado a lo anterior, los encuestados reflejan una precarización laboral en: aumento horario en un 21%, disminución salarial en un 19%, excesivo aumento de carga laboral en un 15% y discriminación en un 32%. Condiciones que han influido en un 51,32% de los encuestados que refieren afectación en su salud mental. Emblemático, el caso del personal de salud que trabaja en atención domiciliaria, de los cuales 73% son contratados por prestación de servicios u otros que no sean laborales⁹. En conclusión *“las condiciones laborales del talento humano no dan garantías a los trabajadores, ni de seguridad social, ni de continuidad, ni de remuneración adecuada al tiempo que en materia de bioseguridad son un factor que incrementa el riesgo y a desprotección ante la posibilidad de contagio”*.

En este punto es importante mencionar que el talento humano en salud, ha sido víctima

⁷ Organización Colegial de Enfermería (OCE) y otras. Intervención para la Declaratoria de **INEXEQUIBILIDAD** del artículo 9 integral y de la expresión: *“Este emolumento no constituye factor salarial”* contenida en el artículo 11, *ambas disposiciones*, del Decreto Legislativo 538 del Doce (12) de Abril de Dos mil Veinte (2020). 29 de abril de 2020.

⁸ Mesa de trabajo de monitoreo clínico y crítico (compuesta por 19 agremiaciones y organizaciones del sector salud). Boletín No. 2 de monitoreo crítico de las condiciones de bioseguridad. 21 de abril de 2020.

⁹ Mesa de trabajo de monitoreo clínico y crítico (compuesta por 19 agremiaciones y organizaciones del sector salud). Boletín No. 2 de monitoreo crítico de las condiciones de bioseguridad. 21 de abril de 2020.



de la tercerización que ha permitido la flexibilización de la ley laboral y el abuso en la aplicación de figuras jurídicas civiles y comerciales como el contrato de prestación de servicios, el de obra o labor y algunos otros contratos innominados que han servido para desconocer derechos laborales en el sector salud. Esta realidad, se vuelve dramática en esta crisis sanitaria, en donde queda en evidencia las graves consecuencias y lo inadmisibles que es la tercerización laboral.

En suma la expresión que se pretende suprimir termina desconociendo la labor del personal sanitario, muestra de esto es que gran parte del personal de la salud representado en la Organización Colegial de Enfermería (OCE), el Colegio Colombiano de Instrumentación Quirúrgica (COLDISNSQUI), el Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional, el Colegio Colombiano de Nutricionistas Dietistas (COLNUD), el Colegio Colombiano de Odontología, el Colegio Colombiano de Fisioterapia, el Consejo Técnico Nacional de Enfermería (CNTE), la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC) y la Asociación Colombiana Estudiantil de Enfermería (ACOEEN) intervinieron en el proceso de control automático de constitucionalidad Decreto Legislativo 538 de 2020, para solicitar la declaratoria de inexequibilidad de la misma expresión que esta modificación pretende suprimir por considerar que “El Reconocimiento económico temporal para el talento humano de salud que presten servicios durante el Coronavirus COVID-19, tiene como dimensión teleológica remunerar de forma efectiva y directa la Labor, atendiendo al alto riesgo de exposición que tienen, y por ello, *per se*, no puede desligarse de la naturaleza SALARIAL que ostenta la contraprestación en el ámbito de los servicios prestados”¹⁰.

Cabe destacar, que el pasado 16 de julio de 2019, la Corte Constitucional emitió comunicado en el boletín No125 donde informan que mediante sentencia el mencionado artículo parece ser que será declarado exequible condicionado. Sin embargo, debido que aún no ha sido emitida la sentencia, solicitamos su derogatoria en espera de la expedición de la misma, y con miras a posiblemente retirar este artículo en la ponencia justificándolo en la emisión de la sentencia. La Corte hace su análisis argumentando que “Respecto del artículo 9º, la Corte observó que atender el llamado al talento humano en salud (THS) para que preste sus servicios en refuerzo y apoyo a los

¹⁰ Organización Colegial de Enfermería (OCE) y otras. Intervención para la Declaratoria de **INEXEQUIBILIDAD** del artículo 9 integral y de la expresión: “Este emolumento no constituye factor salarial” contenida en el artículo 11, *ambas disposiciones*, del Decreto Legislativo 538 del Doce (12) de Abril de Dos mil Veinte (2020). 29 de abril de 2020.



prestadores de servicios de salud del país es un deber obligatorio que se encuentra fundamento en el principio de solidaridad (CP, arts. 1º y 95) y en los principios éticos que rigen los oficios relacionados con la prestación de los servicios de salud (p. ej. Ley 23 de 1981). No obstante la validez de dicha obligación, la Corte consideró que el deber correspondiente está sujeto a que al personal que atiende el llamado se le entreguen todos los Elementos de Protección Personal - EPP recomendados por la OMS para el THS, según el área de prestación de servicios del caso, so pena de que el llamado pueda legítimamente rehusarse a atender el deber constitucional que le impone el artículo 9º del decreto; se le brinde un entrenamiento específico relacionado directamente con el servicio que va a prestar; se le otorgue el periodo de descanso y recreación que toda persona requiere para el normal desempeño de sus funciones, todo ello de acuerdo con las normas laborales vigentes; se le asigne un lugar a la prestación del servicio cerca de su hogar, si el respectivamente llamado así lo solicita; y se le reconozca la remuneración económica que corresponda al tiempo invertido en desempeño de su deber constitucional¹¹.

Por último, en cuanto al artículo 6 del presente proyecto de Ley, busca modificar el artículo 14 del Decreto Legislativo 538 de 2020, busca modificar el término de la compensación económica pasando de siete (7) días, a los días que establezca la incapacidad médica, teniendo como mínimo trece (13) días de Salario Mínimo Legal Diario Vigente -SMLDV- y suprimiendo la expresión “y por núcleo familiar”.

Lo anterior debido a que la compensación de 7 días de salario por núcleo familiar, que trae el decreto, es una compensación arbitraria que no corresponde a la realidad científico-médica, pues la enfermedad del COVID-19, no da por familias, sino por paciente. Así mismo, los días de la compensación, no pueden ser determinados arbitrariamente por el gobierno, sino que deben corresponder a la incapacidad médica que se le conceda a cada paciente, según su caso, pero que no podrá ser inferior a trece (13) días de compensación. Esto en concordancia con la actualización del concepto para dar de alta y retiro del aislamiento del Consenso Colombiano para el diagnóstico y manejo de COVID-19, el cual está en concordancia con la Organización Mundial de la Salud, que ha establecido trece (13) días como el término mínimo y seguro de un

¹¹ Corte Constitucional, Boletín 125 de 16 de mayo de 2020, disponible en <https://www.corteconstitucional.gov.co/noticia.php?Llamado-a-todo-el-personal-de-salud-y-las-dem%C3%A1s-medidas-para-contener-y-mitigar-el-COVID-19-son-constitucionales-8967>



aislamiento de paciente con COVID-19¹².

De los Congresistas,

WILSON NEBER ARIAS CASTILLO
Senador de la República
Polo Democrático Alternativo

ALBERTO CASTIÉLA SALAZAR
Senador de la República
Polo Democrático Alternativo

IVAN CEPEDA CASTRO
Senador de la República
Polo Democrático Alternativo

JORGE GOMEZ GALLEGO
Representante a la Cámara
Polo Democrático Alternativo

ALEXANDER LOPEZ MAYA
Senador de la República
Polo Democrático Alternativo

JORGE ENRIQUE ROBLEDO
Senador de la República
Polo Democrático Alternativo

GERMAN NAVAS TALERO
Representante a la Cámara
Polo Democrático Alternativo

¹² Organización Mundial de la Salud. Criterios para liberar COVID-19 pacientes de aislamiento. 17 de junio de 2020.

Consultado en: <https://t.co/jy/pfeRJG5?amp=1>