

Bogotá, 5 de abril de 2022

Doctor
GREGORIO ELJACH PACHECO
Secretario General
Senado de la República
Ciudad

Asunto: Radicación de Proyecto de Ley “**Por medio de la se crean las gestoras comunitarias rurales en salud sexual y reproductiva y se dictan otras disposiciones**”

Respetado Secretario General,

En cumplimiento de nuestro deber constitucional y legal, y particular actuando en consecuencia con lo establecido en la Ley 5ª de 1992, en mi calidad de Congresista de la República, radicó ante su despacho, para que se inicie el trámite legislativo correspondiente: el siguiente Proyecto de Ley: “**Por medio de la se crean las gestoras rurales comunitarias en salud sexual y reproductiva y se dictan otras disposiciones**”.

Cordialmente,



VICTORIA SANDINO SIMANCA H.
Senadora de la República

Proyecto de Ley N° _____ de 2022

“Por medio de la se crean las gestoras comunitarias rurales en salud sexual y reproductiva y se dictan otras disposiciones”

El Congreso de la República

DECRETA

Artículo 1.- Objeto: Crear la figura de las gestoras comunitarias rurales en salud sexual y reproductiva como una actora en el Sistema de Salud y como parte del cumplimiento del punto 1 del **Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera**, en el marco del **Plan Nacional de Salud Rural**, con el fin de desarrollar una estrategia que permita generar liderazgos en salud para las mujeres.

Artículo 2. De las gestoras comunitarias rurales en salud sexual y reproductiva. Son mujeres o personas LGTBI con liderazgo y reconocimiento comunitario que promueven la participación y la movilización en defensa del derecho a la salud de las mujeres; tienen conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, y activan los primeros mecanismos de la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud.

Las gestoras en mención serán articuladas por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como a las secretarías de salud respectivas, a las políticas, planes y programas en salud sexual y reproductiva que correspondan.

Artículo 3. Criterios para la selección de gestoras comunitarias rurales en salud sexual y reproductiva.

Las gestoras comunitarias en salud sexual y reproductiva serán mujeres o personas LGTBI reconocidas como habitantes del municipio o territorio donde van a operar. Adicionalmente podrán ser gestoras comunitarias en salud las siguientes personas:

1. Mujeres o personas LGTBI con liderazgo reconocido en sus comunidades.
2. Mujeres o personas LGTBI encargadas de las labores de cuidado con o sin remuneración.
3. Aquellas mujeres o personas LGTBI que sean personas con discapacidad.
4. Aquellas en procesos de reincorporación de procesos de paz.
5. Aquellas mujeres o personas LGTBI con formación o interés específico en derechos sexuales y reproductivos.
6. Aquellas pertenecientes a pueblos étnicos que hagan presencia en el territorio.

Parágrafo. En el caso de los pueblos étnicos y en virtud de su autonomía estos podrán abstenerse de recibir en su territorio gestoras comunitarias que no pertenezcan a su etnia.

Artículo 4. Funciones. Serán funciones de las gestoras comunitarias en salud sexual y reproductiva las siguientes:

1. Emprender acciones no clínicas, articuladas a aquellas de promoción y prevención, dirigidas a la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y personas LGTBI, así como de los derechos más generales que les asisten.
2. Harán recorridos a través del territorio reconociendo necesidades en salud, y apoyando en la remisión de posibles casos a las redes de atención en salud más cercanas.
3. Harán reconocimiento de los determinantes sociales que afectan la salud de las mujeres y personas LGTBI tales como condiciones socioambientales, económicas, culturales, así como problemáticas individuales y colectivos referidas a la carga de enfermedad en el territorio, con especial énfasis en la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos.
4. Apoyará en la organización de jornadas de caracterización y desarrollo de diagnósticos participativos en salud en el marco del componente de Atención Primaria de Salud que se encuentre vigente, y que deberá adecuarse a nivel nacional y territorial.
5. Las gestoras comunitarias en salud sexual y reproductiva contarán con los conocimientos necesarios tanto de medicina tradicional y saberes de las comunidades. Las gestoras deberán conocer y ubicar con rapidez a los médicos y médicas tradicionales, sanadores y sanadoras, parteras, comadronas, matronas, entre otras.
6. Realizarán labores pedagógicas tendientes a la promoción y prevención en cuanto al tema que les compete.
7. Liderarán e impulsarán vocerías en los escenarios de participación comunitaria e interlocución con las instituciones.
8. En comunidades con presencia de pueblos étnicos o directamente en territorios étnicos, será obligatoria la contratación de gestoras comunitarias pertenecientes a las mismas y adicionalmente, tendrán que acompañar a sus comunidades en labores de traducción en cuanto a las demás estrategias que se desplieguen en el territorio.

Artículo 5. Funciones del Ministerio de Salud y Protección Social. Frente a las gestoras comunitarias en salud sexual y reproductiva, serán funciones del Ministerio en mención, en concurrencia con los entes territoriales, las siguientes:

1. Diseñar, implementar y evaluar una metodología de análisis con el fin de:
 - a. Hacer un reconocimiento de los actuales y potenciales espacios de participación de las mujeres y personas LGTBI en salud sexual y reproductiva.
 - b. En articulación con las comunidades y sus organizaciones sociales presentes en el territorio, hacer una identificación de las potenciales gestoras comunitarias que puedan servir al propósito de la presente ley.
 - c. Establecer un mapa territorial de necesidades en salud sexual y reproductiva y establecer la cantidad de gestoras necesarias y suficientes para cubrir el territorio.
2. Diseñará e implementará una estrategia para las gestoras comunitarias rurales en salud sexual y reproductiva de acuerdo a los lineamientos de la política de salud pública que se encuentren vigentes.
3. Diseñará una ruta de atención específica que articule a las gestoras comunitarias de salud con las autoridades territoriales y los servicios de salud locales. Los criterios de esta ruta deberán obedecer al goce efectivo al derecho a la salud, al respeto por la libre elección y al énfasis en la prevención y promoción de la salud.
4. Proveerá, en concurrencia con los entes territoriales, los insumos necesarios para la correcta realización de las labores de las gestoras.
5. Proveerá con suficiencia y calidad, de acuerdo a las necesidades del territorio y respetando la elección de las personas que van a hacer uso de ellos, los métodos anticonceptivos necesarios para total cobertura.
6. Diseñará un plan de capacitación al personal de salud para la atención humanizada a las mujeres y personas LGTBI que se acercan a los servicios de salud, así como para la inclusión de las gestoras comunitarias con respeto y escucha activa.
7. Establecerá los criterios de ampliación y evaluación de las funciones de las gestoras comunitarias rurales en salud sexual y reproductiva y hará los ajustes pertinentes al programa. Dentro de los criterios se tendrá en cuenta la cobertura, la calidad, la pertinencia, la oportunidad, el factor de descongestión de servicios de salud, entre otros.
8. Diseñará un trazador al tiempo que se considere conveniente para evaluar los impactos y resultados en salud de la implementación.
9. A partir de los resultados obtenidos, hará las solicitudes y recomendaciones pertinentes para la ampliación presupuestal que sea necesaria.

Artículo 6. Vinculación. Las gestoras estarán vinculadas laboralmente a las secretarías de salud de los municipios y departamentos, con las garantías laborales establecidas por ley, y el recurso para su financiación vendrá a través de una transferencia específica del Presupuesto General de la Nación a los entes territoriales para tal fin. Para esto se harán los cálculos junto con el Ministerio de Hacienda y la Dirección Nacional de Planeación y se incluirá una propuesta de modificación al Plan Nacional de Desarrollo y el Presupuesto General de la Nación que corresponda.

Artículo 7. Capacitación. El Ministerio de Salud y Protección Social junto con el Ministerio de Trabajo a través del SENA y la concurrencia de los entes territoriales, diseñará e implementará un programa de capacitación bajo los siguientes criterios:

1. Ser garantizada por el Estado en conjunto con las entidades territoriales y los hospitales públicos.
2. El diseño de estas capacitaciones tendrá un enfoque de análisis en determinación social de la salud, estará acorde a las necesidades de los territorios y se adaptará a las particularidades del mismo.
3. Contendrá herramientas de reconocimiento y análisis del territorio.
4. La personas a capacitarse deberán recibir módulos de formación sobre la lógica y el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS
5. Deberá contener módulos sobre en qué consiste y cómo opera la Atención Primaria de Salud, así como conocimientos fundamentales en salud pública.
6. La capacitación deberá preparar a las gestoras en todo lo concerniente a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y personas LGTBI.
7. Deberá incluir todo lo referente a la amplitud de derechos de las mujeres y personas LGTBI más allá de los derechos sexuales y reproductivos.
8. Otorgará herramientas diagnósticas y operativas sobre:
 - a. Barreras de acceso a métodos anticonceptivos y exigibilidad del acceso a los mismos.
 - b. Rutas para acceder a métodos anticonceptivos y harán distribución de preservativos.
 - c. Presencia de violencia sexual u otras violencias a razón de género.
 - d. Información pertinente para acceder a los procedimientos de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) regulados y habilitados legalmente, y qué hacer en caso de que esta sea negada por parte de algún servicio de salud.
 - e. Herramientas de apoyo para niñas y adolescentes y mujeres en la tercera edad para comprender los cambios que se van a dar en sus cuerpos.

- f. Herramientas de apoyo para el caso de acoso a raíz de la orientación sexual o identitaria diferente.
- g. Conocimiento de las rutas de atención en salud sexual y reproductiva, así como de coordinación y articulación con las instituciones de salud en el territorio.
- h. Conocimientos básicos sobre higiene menstrual.
- i. Herramientas básicas de apoyo emocional y psicológico.
- j. Conocimientos para establecer redes de apoyo comunitario para las mujeres y personas LGTBI.

Parágrafo: Con el fin de dar cumplimiento a la capacitación requerida por parte del SENA, el Ministerio de Hacienda, junto con el Ministerio de Trabajo, el Ministerio de Salud y Protección Social y el SENA mismo, elaborarán un presupuesto que deberá destinarse a esta última entidad para tal fin.

Artículo 8. Armonización. El Ministerio de Salud y Protección Social, en concurrencia con la participación de organizaciones de mujeres y organizaciones LGTBI, deberán abrir mesas de trabajo para la inclusión de las gestoras comunitarias rurales en salud sexual y reproductiva dentro de los Planes Decenales de Salud Pública, así como en el sistema de salud que se encuentre vigente, y presentará las respectivas modificaciones presupuestales a las transferencias provenientes del nivel central destinadas a cubrir la inversión que sea requerida.

Artículo 9. Vigencia. La presente ley tendrá vigencia a partir de su promulgación para lo cual las entidades vinculadas en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social tendrán un plazo de 2 años para la implementación de las disposiciones objeto de esta ley.

Firman:



VICTORIA SANDINO SIMANCA H.
Senadora de la República

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. Objeto del Proyecto

Objeto: Crear la figura de las gestoras comunitarias rurales en salud sexual y reproductiva como una actora en el Sistema de Salud y como parte del cumplimiento del punto 1 del **Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera**, en el marco del **Plan Nacional de Salud Rural**, con el fin de desarrollar una estrategia que permita generar liderazgos en salud para las mujeres.

La presente exposición de motivos cuenta con la siguiente estructura de contenidos:

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS	7
Objeto del Proyecto	7
Antecedentes	7
La salud en el Acuerdo de Paz	13
Situación de las mujeres rurales en Colombia	13
Contenido del Proyecto	24
Posible conflicto de interés	25

II. Antecedentes

En el Acuerdo de Paz, en el primer punto que contempla la Reforma Rural Integral, se propusieron 16 planes entre los cuales se encuentra el Plan Nacional de Salud Rural. Desde los diálogos de la Habana, se venía hablando de la necesidad de pensar la salud desde los territorios y basada en el buen vivir de las comunidades y pueblos.

Ha sido durante este tiempo el Congreso de la República y, especialmente, en nuestro paso por la Comisión Séptima de Senado que hemos venido reconociendo la amplitud de la problemática de la salud en Colombia, lo que nos llevó a replantear aquellos primeros puntos del Plan Nacional de Salud Rural hacia un sistema que pudiese tomar distancia considerable de la Ley 100 de 1993, con el fin de que se

superasen las barreras de acceso al sistema, y más allá de ello, afectar verdaderamente los determinantes sociales de la salud y garantizar la participación política y social en las decisiones en cuanto a la política y la planeación de la salud desde el territorio.

La propuesta aquí expuesta, bajo esta nueva concepción de salud, busca poner en marcha el potencial de las mujeres hacia la participación política en salud así como en la articulación en una verdadera Atención Primaria como estrategia que abarca todo un sistema de salud.

Como antecedente, se ha presentado una iniciativa de ley que pretende eliminar las barreras para las mujeres a los métodos anticonceptivos bajo el enfoque del derecho a la salud y el derecho a decidir sobre la concepción y los derechos sexuales y reproductivos.

Adicional a la eliminación de las barreras de acceso económicas, de trámite y de acceso a la atención prioritaria, es importante promover el liderazgo de las mujeres en el proceso de detección de dichas barreras, así como promover que se constituyan en agentes activas en la consecución de los derechos anteriormente mencionados a través de una red de **gestoras comunitarias de carácter domiciliario**, con formación en primeras alertas, rutas de acceso, capacidad resolutoria no clínica y prevención y promoción en salud, todo dentro de una estrategia de atención primaria de salud integral, participativa y equitativa.

Dentro de la exposición de motivos recogeremos buena parte de la argumentación que se redactó para el Proyecto de Ley, Plan Nacional de Salud Rural, del cual tengo autoría con otros congresistas, ya que las gestoras son una consecuencia del planteamiento de este plan, fruto del Acuerdo de Paz.

III. Modelo de atención en la ruralidad colombiana.

El Modelo de Acción Integral Territorial (MAIT) entra a operativizar la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), y deroga las resoluciones 429 de 2016 y 489 de 2019, con las cuales se establecía el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). Contempla 8 líneas de acción, dentro de las que se encuentran: aseguramiento, salud pública, prestación de servicios, talento humano en salud, financiamiento, enfoque diferencial, articulación intersectorial, y gobernanza. La finalidad de este último modelo es lograr mejores resultados en salud, y propone para tal fin el desarrollo de acciones articuladas entre los agentes del sistema de

salud, las comunidades y los departamentos o distritos, acompañados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Pese a que la política y los modelos de atención MIAS y MAIT plantean un enfoque territorial y el desarrollo de un “modelo especial” es necesario resaltar que no logran superar la visión asistencialista, conciben el territorio de manera reducida al espacio físico y la universalidad en salud salud es reducida cobertura.

De otro lado, una de las principales debilidades del modelo de atención consiste en que las funciones de fortalecimiento de oferta de servicios de salud, la identificación de riesgos, necesidades y potencialidades poblacionales; identificación de necesidades y expectativas de agentes y demás actores del sector salud; concertación de prioridades en salud pública (dentro de las que se incluye incentivar las prácticas de autocuidado y coordinación con otros sectores para intervenir en los determinantes sociales en salud); y la adaptación de rutas integrales de atención en salud (RIAS), quedaron a cargo de los entes territoriales sin que se establezca con claridad en qué consiste el apoyo del Ministerio de Salud y Protección Social para que dichas entidades tengan el soporte técnico y de recursos que requieren para asumir tales competencias, y de otro lado, no es claro el papel que tendría el Estado como rector del sistema de salud. El Estado sigue cumpliendo un papel de mediador entre agentes del sistema y usuarios.

Para finalizar, a pesar de mencionarse la Atención Primaria en Salud como una de las estrategias a desarrollar para el PNSR, su enfoque no es el adecuado. En primer lugar, y como ya se ha mencionado, la Atención Primaria en Salud no se puede confundir con atención básica, se trata de una estrategia intersectorial, multicultural e interdisciplinaria que debe ordenar el sistema de salud más allá de la prestación de servicios. Es decir, debe ser una estrategia orientada a la calidad y bienestar de vida integral en los territorios.

En segundo lugar, una adecuada APS rural debe contar con la participación social y políticas de las comunidades en los ejercicios de diagnóstico de necesidades y en la toma de decisiones adecuadas en salud a la particularidades de sus territorios.

La APS debe garantizar el acceso pleno a todos los servicios de salud en todos los niveles de complejidad para todos y todas las habitantes de un territorio. El Estado debe asumir mayor responsabilidad para mejorar la oferta institucional en los territorios. Esto significa que hay que ampliar la red de servicios en salud, la disponibilidad de talento humano preparado para las condiciones de la ruralidad, el acceso a tecnologías, medicamentos y tratamientos, entre otros aspectos a fortalecer. No puede seguir el Estado evadiendo su responsabilidad frente al Sistema

de Salud argumentando que gran parte de la solución a la crisis de la salud en la ruralidad se soluciona a través de la promoción de las prácticas de autocuidado como una forma de prevención.

El MIAS acusaba adicionalmente varios problemas. El fracaso del esquema de asegurador único que en teoría ayudaría a la gobernabilidad del sistema articulando a entes territoriales y pueblos indígenas. Este modelo de aseguramiento persiste en el cálculo del riesgo financiero por encima de la protección en salud. Esto significaba que el asegurador privilegiaba el cálculo del riesgo de atender población dispersa sobre la que no tenía mayores incentivos, lo que se agravaba con el desmantelamiento de las redes de servicios a cargo de los entes territoriales. Así las cosas, ni el asegurador único ni los entes territoriales hacían presencia suficiente en el territorio.

En el caso del modelo piloto en Guainía, como bien lo evidencia la respuesta del Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, en Respuesta al Auto de Seguimiento a la Sentencia 7-760 de 2008 sobre “Convocatoria a sesión técnica en el marco del seguimiento a la orden vigésima novena” la evaluación sobre esta primera experiencia arrojó algunos problemas, mencionamos algunos:

- Imposibilidad de concentrar en un asegurador único a todos los afiliados, lo que hace imposible una territorialización completa.
- Un modelo territorial que carece de una adecuada red de servicios próxima al usuario aumenta costos en términos de traslado de pacientes.
- Nuevamente el modelo se centra en la atención de individuos, la consulta y las acciones preventivas individuales, lo que significa que el enfoque familiar y comunitario sigue siendo débil.
- Las barreras geográficas siguen siendo un grave problema para el acceso a los servicios llegando a ser 16 horas de traslado para acceder a un centro de salud en el Departamento.
- No basta con el reconocimiento de los determinantes sociales en salud si no se opera una verdadera estrategia de articulación a través de la gestión integral en salud.
- Hay insuficiencia en el enfoque intercultural, especialmente cuando hay que establecer una relación entre médicos y parteras tradicionales, además de lograr la operativización de los mecanismos de participación. Por ejemplo, el Encuentro de Parteras y Médicos Tradicionales no se ha hecho con continuidad.
- No ha existido una adecuada formación de personal sanitario para atender a este modelo y a las complejidades del territorio.

- La existencia de un asegurador en el manejo de los recursos y la tendencia de estos a no girar los dineros que requieren los prestadores sigue debilitando la red, especialmente para los hospitales públicos.
- No existe la rectoría ni independencia suficiente por parte de los entes territoriales para llevar el control necesario sobre el asegurador, ni para condicionar su desempeño a los principios de la atención primaria de salud, la interculturalidad, la participación o la intersectorialidad.
- La lógica de operar por demanda de servicios hace que se restrinja la atención así como la inversión en ampliar y adecuar redes, sistemas de información, entre otros aspectos fundamentales. Esta misma lógica hace que sea costoso mantener servicios para una baja demanda, lo que lleva al asegurador a una estrategia de control de costos que desprotege a la población lo que se evidencia en: malas condiciones laborales de las y los trabajadores de la salud, falta de insumos, deficiencias en la capacidad resolutive y evasión de remisiones necesarias a ciudades que tiene servicios de mayor complejidad.

Otra de las dificultades que presentó el MIAS, fue la comprensión de lo que significa el territorio y el enfoque que se le dió al mismo, ya que lo planteaba como una gran extensión a la cual dividió en 3: una Colombia rural, una rural dispersa, y otra urbana; lo cual es erróneo para la territorialización y gestión de la salud pública, ya que se debe comprender desde los microterritorios que tienen similitudes culturales y étnicas, así como en los medios de producción y el desarrollo social y económico; dichas subregiones pueden pasar incluso los límites de los departamentos, tal y como lo afirma Luis Alberto Martínez, coordinador de la Mesa Antioquia por la transformación del sistema de salud.

Para esto es necesario ampliar la visión de las comunidades en los territorios expresadas en sus planes de vida, a través de diálogos de saberes, reconocimiento de los sistemas propios de pueblos indígenas y afrodescendientes, así como la labor de la organización social en el territorio.

El segundo modelo que aún se encuentra en piloto, MAIT, también presenta una serie de deficiencias, tal y como lo expresa el documento de “Comentarios al proyecto de resolución “Por medio de la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud –PAIS, se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial y se incorpora la misma en un solo documento” escrito por Mario Hernández, coordinador del Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia.

- La principal de ellas tiene que ver con el corto tiempo de implementación entre un modelo y otro, con esto se hace referencia al MIAS y MAIT,

respectivamente. Lo cual deja un mensaje de inestabilidad que no permite que el sistema empiece a operar en los territorios, asumiendo sus responsabilidades a nivel territorial e institucional. Otra de las dificultades de este modelo, es que sigue basándose en incentivos para lograr el arraigo de los agentes del sistema en el territorio, con lo que se supedita la atención de la población al cálculo de rentabilidad que hacen estos agentes.

- Insiste en que la articulación de los agentes del sistema proporcionará el carácter integral del modelo. Sin embargo, después de tres años de implementación del MIAS, esta estrategia no ha dado los resultados esperados, o al menos, al momento se desconoce si existe alguna evaluación al respecto. El modelo persiste en la separación de los regímenes lo que es causa de una gran inequidad, es decir, el derecho a la salud sigue dependiendo de la capacidad de pago del usuario. Esto es particularmente grave en áreas rurales donde la tasa de informalidad es altísima.
- Continúa la separación entre la atención individual y la atención colectiva. El centramiento en la atención individual hace que desaparezca la perspectiva preventiva y de promoción de la salud, así como de la interdependencia de los derechos.
- Continúan los mismos problemas de territorialización debido a la atención individual y a la competencia por número de afiliados y por control de la UPC. Varios aseguradores siguen operando en un mismo territorio, además, con el debilitamiento por la delegación de responsabilidades de los entes territoriales a estas aseguradoras, no hay control y rectoría sobre el sistema.
- El modelo sigue diseñado con base en un usuario, con protocolos contruidos en evidencia obtenida en contextos diferentes a aquellos que caracterizan los territorios. La perspectiva intercultural no puede ser, en este caso, un simple factor más dentro del modelo sino que debe ser un eje rector de la acción del Estado en el territorio.
- Acciones que han sido delegadas a las EAPB tales como prevención y caracterización de acuerdo a contextos territoriales y geográficos, o afectar determinantes sociales de la salud, no presentan grandes incentivos financieros para dichas empresas porque no se encuentran dentro de la UPC. El interés es apropiarse de los recursos para acciones colectivas del PIC.

IV. La salud en el Acuerdo de Paz

El *Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera*, en el punto número 1 “Hacia un nuevo campo Colombiano: Reforma Rural Integral”, busca crear las condiciones de bienestar necesarias para la población rural colombiana, sentando las bases para una transformación estructural del campo.

El Plan Nacional de Salud Rural (PNSR) hace parte de los 16 planes nacionales sectoriales dirigidos a garantizar el mínimo de derechos necesarios para cerrar las brechas de inequidad y desigualdad, así como el abandono del Estado en dichos territorios.

Es así como en el acuerdo final se reconoce dentro del planteamiento de los planes nacionales para la Reforma Rural Integral, la necesidad de un PNSR bajo los siguientes criterios:

- Construcción y mejoramiento de infraestructura, a partir de un diagnóstico participativo que permita realizar mejoras en la atención a usuarios y usuarias, dentro de las que se incluyen mejoras y disponibilidad de tecnología adecuada, así como la disponibilidad y permanencia de personal calificado en los territorios.
- Adopción de un enfoque diferencial y de género, teniendo en cuenta las necesidades de salud para las mujeres de acuerdo con su ciclo vital, salud sexual y reproductiva, atención psicosocial, atención a gestantes y primera infancia, desde el enfoque de promoción y prevención.
- Adopción de un modelo de salud pública especial para zonas rurales dispersas, con un enfoque preventivo.
- Adopción de un sistema de seguimiento y evaluación que garantice la calidad y oportunidad en la atención en salud.

V. Situación de las mujeres rurales en Colombia

Según los objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) la agenda del 2030 pone especial énfasis en la salud sexual y reproductiva para garantizar la autonomía de las personas. en la Meta 3,1, se busca reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 mil nacidos vivos, mientras que se debe garantizar el

acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductivo: planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y programas nacionales.

Las brechas de desigualdad entre el campo y la ciudad cada vez son más evidentes y tienden a perpetuarse. En 2020, la tasa de pobreza multidimensional en las cabeceras municipales fue de 12,5%, mientras que en las zonas rurales fue del 37,1%; y las brechas entre hombres y mujeres en el campo son mucho más precarias en relación con las mujeres.

El tercer Censo Nacional Agropecuario mostró que el 98,5% de los productores rurales dispersos se encuentran afiliados al sistema general de seguridad social en salud, frente a un 4,2% que no está afiliado. En los departamentos muestra que la afiliación a seguridad social en salud es superior al 90%, a excepción de La Guajira donde la afiliación, aunque no es marcadamente inferior, con un 86,7%; sin embargo el régimen que presenta la mayor proporción de afiliados en todos los departamentos es el subsidiado con un 82,2%, seguido por el régimen contributivo con un 12,8%. De la población étnica censada, el 93,6% cuenta con afiliación a régimen de salud, del cual el 93% de las comunidades indígenas están en régimen subsidiado; el 87,6% de las comunidades afrocolombianas a régimen subsidiado; y el 63,8% de las comunidades raizales están en régimen contributivo (DANE, 2016). En Colombia hay 3,8 millones de hogares en las zonas rurales, de los cuales el 31,6% son encabezados por una mujer. Según el Dane, de estos hogares de jefatura femenina, la mayoría no tiene cónyuge, lo que implica mayores cargas para las mujeres.¹ (Proyecto de Ley Plan Nacional de Salud Rural, Congreso de la República, 2021, exposición de motivos)

Las barreras de acceso en salud tienen una suerte similar.

Como bien lo señala la Dirección de la Mujer Rural del Ministerio de Agricultura, el 20% de las mujeres rurales son indígenas (53.1%), afrodescendientes (46.4%), palenqueras (0.2%), raizales (0.1%) y del pueblo gitano (0.1 %).

Solo para ver uno de los aspectos en cuanto a los derechos sexuales y reproductivos, veamos el aparte sobre las barreras de acceso a métodos anticonceptivos. Según la Encuesta Nacional de Salud (ENDS, 2015), de las cifras para anticoncepción, el 80,9 % de las mujeres y el 82,7 % de los hombres entre 13 y 49 años usan algún método

¹ Proyecto de Ley: Plan Nacional de Salud Rural para el Buen Vivir. Presentado al Congreso de la República de Colombia, 2021.

anticonceptivo. Adicionalmente, el 34,9 % de las mujeres en el país se ha realizado la esterilización, de ellas el 36,2 % se ubican en la zona urbana y el 31,1% en la rural.

Según la exposición de motivos del proyecto de Ley del Plan Nacional de Salud Rural, radicado dos veces en el Congreso de la República (2020 y 2021) en su exposición de motivos, y del que se tiene autoría compartida, tomamos la siguiente argumentación.

Según la ENDS 2015, de las cifras para anticoncepción, el 80,9 % de las mujeres y el 82,7 % de los hombres entre 13 y 49 años usan algún método anticonceptivo. Adicionalmente, el 34,9 % de las mujeres en el país se ha realizado la esterilización, de ellas el 36,2 % se ubican en la zona urbana y el 31,1% en la rural.

El 50,9 % de las mujeres entre 13 a 49 años se realizó la prueba de VIH/SIDA ; de ellas el 52,9 % en lo urbano y el 43,5 % en lo rural.

Para el indicador razón de mortalidad materna, el cual es un trazador para todo el sistema de salud, la mortalidad es mayor en la zona rural que en la urbana. En la zona urbana fallecen al año 45 maternas de cada 100.000 nacidos vivos, mientras que en la rural fallecen 60,9, manteniendo la tendencia histórica.

Con respecto a la disparidad en el embarazo en la infancia y adolescencia, lo primero que se detecta es la ausencia de información por territorios. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS (2015) en los municipios PDET la tasa de fecundidad entre los 10 y 14 años es de 4,7 nacimientos por 1000 mujeres frente al 2,9 de todo el país para el año 2015).

En cuanto al acceso y uso de anticonceptivos, pese a que el conocimiento de los mismos es casi universal, se encuentra un menor uso de diversos métodos anticonceptivos por parte de las mujeres rurales (73,6%) con respecto a las mujeres urbanas(76,7%).

Con relación al examen de citología, la distribución es del 67,1% para las mujeres urbanas, versus 63,9% para las mujeres rurales. Adicionalmente, la ENDS reporta departamentos con un alto porcentaje de mujeres que nunca se han realizado la citología, como es el caso de Chocó, Amazonas, Guainía, Vichada, y Magdalena, departamentos que a su vez se componen de grupos étnicos, indígenas, y afrodescendientes.

El campo se ha caracterizado por menor acceso a la educación donde para el 2020, según informe de la CEPAL: *Mujeres y hombres: brechas de género en Colombia (2020)*, una cuarta parte de las mujeres con menor escolaridad (5 a 8 años) son madres a los

17 años en contraste con un 5,7% de aquellas con mayor acceso que son madres a los 19 años.

El nivel de fecundidad de una mujer sin escolaridad según la ENDS (2015) entre los 15-49 años es 2,4 veces mayor que el nivel de fecundidad de una mujer con escolaridad superior.

TABLA 17

COLOMBIA. TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD (TGF) Y PARIDEZ, SEGÚN CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS, 2015.

	Tasa Global de Fecundidad, mujeres de 15 a 49* años	Paridez: Promedio de nacidos vivos de mujeres de 40 a 49 años
Lugar de residencia		
Urbana	1,8	2,5
Rural	2,6	3,7
Nivel educativo		
Sin escolaridad	3,9	5,1
Primaria	3,0	3,4
Secundaria	2,1	2,5
Superior	1,6	1,9
Quintil de riqueza		
Más bajo	2,8	4,1
Bajo	2,3	3,1
Medio	1,9	2,6
Alto	1,5	2,2
Más alto	1,3	2,0
Total	2,0	2,7

*Corresponde a los tres años previos al año de la encuesta.

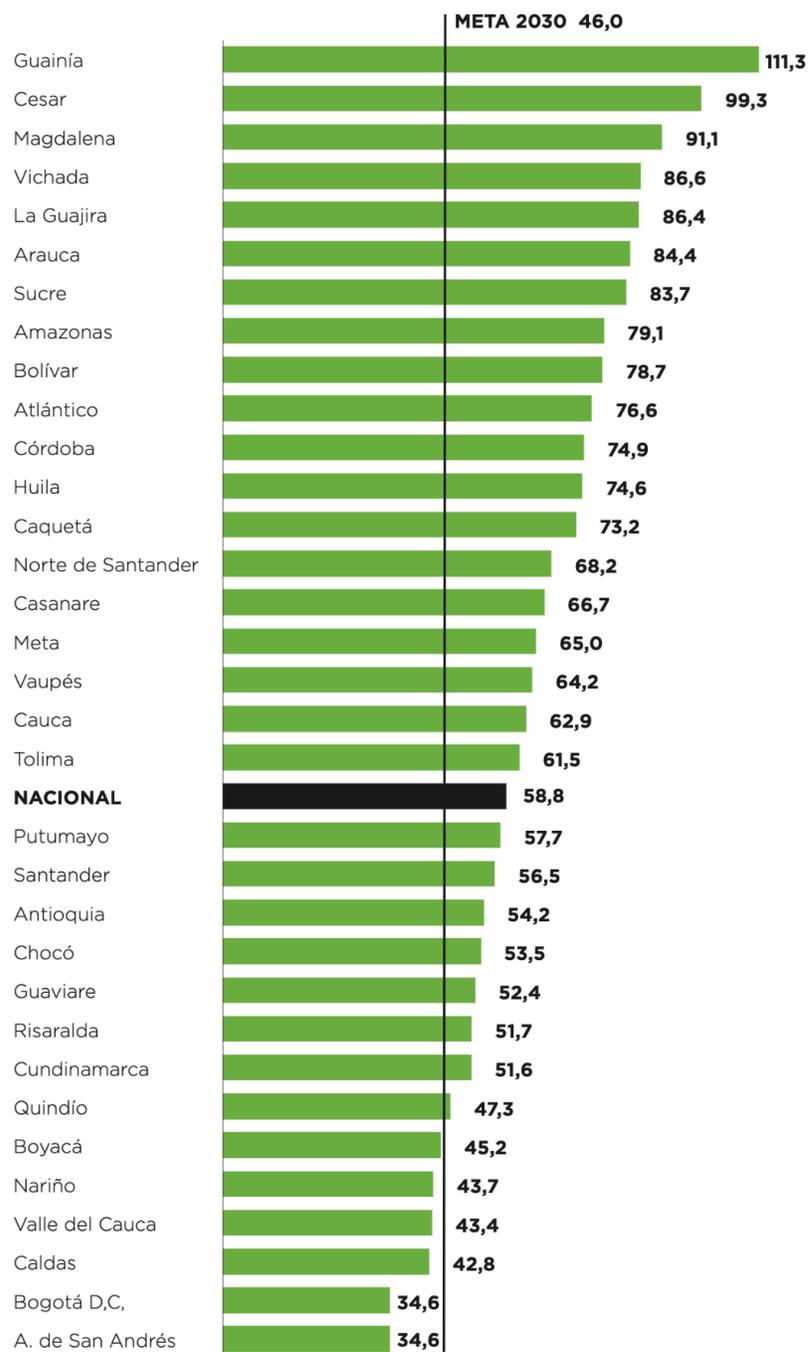
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2015. Consultado en mayo de 2020 en <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2018/12/ENDS-TOMO-I.pdf>.

La paridez es otro indicador demográfico que da idea de la fecundidad acumulada del pasado y que corresponde al promedio de hijos e hijas nacidos vivos de las mujeres de 40 a 49 años, es decir, de aquellas que se encuentran al final de su periodo reproductivo. El comportamiento observado entre la paridez y las variables contextuales se asemeja al de la TGF.

De otro lado como lo muestra la tabla anterior, la ubicación es fundamental para entender la tasa global de fecundidad (TGF) como lo señala el mismo estudio de la CEPAL:

Entre departamentos la TGF60 muestra diferencias significativas con tasas que van de tres o más hijas e hijos en promedio por mujer, como en Vaupés (5,2), Guainía (3,9), Amazonas y Vichada (3,5) y Guaviare 3,1, hasta las observadas en Quindío (1,6) y Bogotá (1,5). (CEPAL, 102).

COLOMBIA. TASA DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE (15 A 19 AÑOS) POR DEPARTAMENTO, 2018. (NACIMIENTOS POR CADA 1.000 MUJERES)



Fuente: Departamento Nacional de Planeación. Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Seguimiento. Consultado en mayo de 2020 en <https://www.ods.gov.co/es> Con base en DANE. Estadísticas Vitales.

La anterior tabla muestra cómo con respecto a la media nacional, aquellos departamentos con mayores niveles de pobreza, más aislados, con amplios territorios rurales se encuentran por encima de este promedio. Solo Guainía y Cesar prácticamente duplican la media.

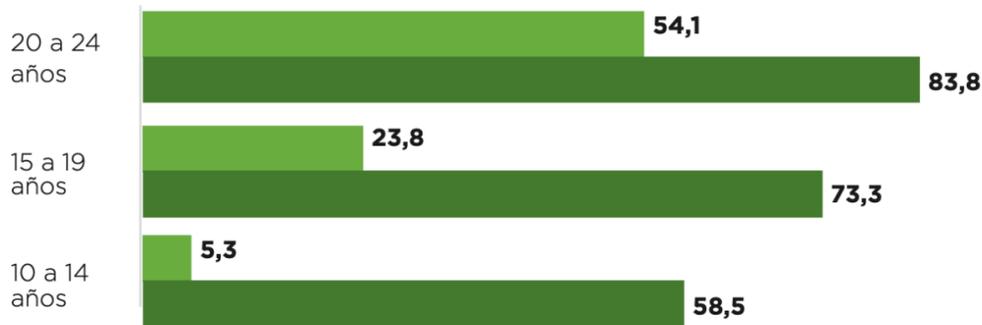
Todas estas cifras se constituyen en una expresión de desigualdades de género y etnia, según concluye el informe. Las consecuencias tienen que ver directamente en los proyectos de vida de las mujeres en cuanto al abandono de sus estudios donde en el ámbito rural constituye un 63,3% frente a las jóvenes madres en el ámbito urbano que es del 58,5%.

GRÁFICA 72

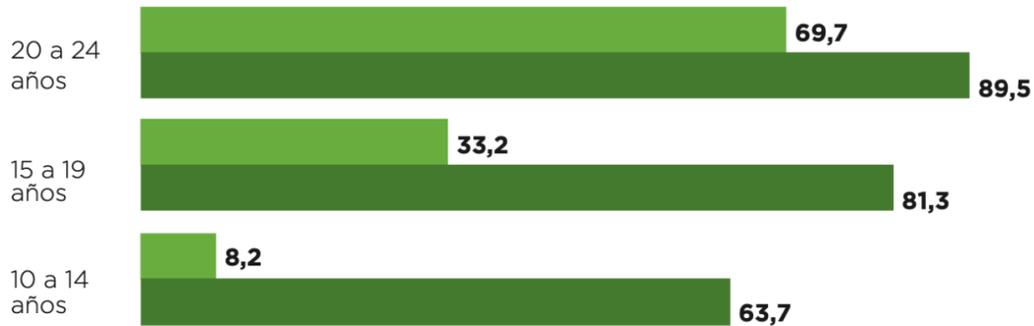
COLOMBIA. PORCENTAJE DE NIÑAS Y ADOLESCENTES QUE NO ASISTEN AL COLEGIO, SEGÚN SI TIENEN ALGUNA HIJA O HIJO O NO Y GRUPO DE EDAD, 2018.

■ Sin hijas/hijos ■ Con alguna hija/hijo

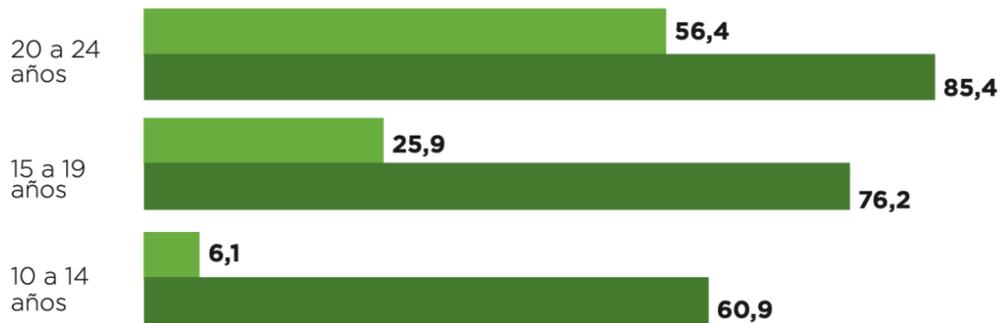
CABECERAS MUNICIPALES



CENTRO POBLADO Y RURAL DISPERSO



NACIONAL



Fuente: DANE. Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) 2018. Consultado en mayo de 2020 en <http://systema59.dane.gov.co/bincol/rpwebengine.exe/PortalAction?lang=esp>
Nota. La variable hace referencia a asistencia escolar presencial o virtual.

Si bien dentro de las políticas a plantear para superar las barreras está la necesidad de revisar el modelo de atención para la anticoncepción en términos de mejorar la calidad y oportunidad en el acceso a citas médicas, actualización de los métodos, cese de la implementación de métodos peligrosos para la salud de la mujer, humanización del trato por parte de las y los funcionarios, personal sanitario y de atención en general, es importante encontrar mecanismos que ayuden a generar liderazgos comunitarios articulados a una estrategia de eliminación de las barreras.

VI. Antecedentes normativos

Los derechos sexuales y reproductivos (DDRRSS) en nuestro país están plenamente reconocidos desde la Constitución Política en los artículos 13, 15, 16 y 42, en este sentido también existen decretos, resoluciones y jurisprudencia que sustentan la existencia de los DDRSS. De conformidad con lo señalado por la corte Constitucional “Los derechos sexuales y reproductivos reconocen y protegen la facultad de las personas, hombres y mujeres, de tomar decisiones libres sobre su sexualidad y su reproducción y otorgan los recursos necesarios para hacer efectiva tal determinación”.

Esta primera aproximación según la Corte abarcan pretensiones de libertad, que exigen del Estado abstenciones, pero también contienen reivindicaciones de tipo prestacional, que requieren del mismo una actividad concreta, las cuales deberán ser desarrolladas por el legislador y la administración para determinar específicamente las prestaciones exigibles y las condiciones para acceder a las mismas, las instituciones obligadas a brindarles atención, y su forma de financiación, teniendo en cuenta que se debe atender, de modo prioritario, a quienes más lo necesitan, tal y como sucede con todos los derechos según la jurisprudencia constitucional (Sentencia T 732 de 2009). En esta tarea, tanto el legislador como la administración deberán respetar los mandatos constitucionales y los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia que hacen parte del bloque de constitucionalidad (artículo 93 de la Constitución), para lo cual deben tener en cuenta las interpretaciones que los órganos autorizados han hecho sobre el alcance de los derechos que reconocen estas normas (Sentencia T 732 de 2009).

Con fundamento en la Constitución, la jurisprudencia constitucional y los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia es posible afirmar que los derechos reproductivos reconocen y protegen (i) la autodeterminación reproductiva y (ii) el acceso a servicios de salud reproductiva. Tanto hombres como mujeres son titulares de estos derechos, sin embargo, es innegable la particular importancia que tiene para las mujeres la vigencia de los mismos ya que la determinación de procrear o abstenerse de hacerlo incide directamente sobre su

proyecto de vida pues es en sus cuerpos en donde tiene lugar la gestación y, aunque no debería ser así (T732 de 2009), son las principales responsables del cuidado y la crianza de los hijos e hijas, a lo que se añade el hecho de que han sido históricamente despojadas del control sobre su cuerpo y de la libertad sobre sus decisiones reproductivas por la familia, la sociedad y el Estado.

La Corte señala entonces que en virtud de la autodeterminación reproductiva se reconoce, respeta y garantiza la facultad de las personas de decidir libremente sobre la posibilidad de procrear o no, cuándo y con qué frecuencia. Ello encuentra su consagración normativa en el artículo 42 de la Constitución que prescribe que “la pareja tiene derecho a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos” y en el artículo 16, ordinal e), de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) (T732 de 2009) que reconoce el derecho de la mujer y el hombre a decidir libremente sobre el número de sus hijos e hijas y el intervalo entre los nacimientos. Este derecho reconoce a las personas, en especial las mujeres, el derecho a estar libres de todo tipo de interferencias en la toma de decisiones reproductivas, incluida la violencia física y psicológica, la coacción y la discriminación, pues no se deben sufrir tratos desiguales injustificados por razón de las decisiones reproductivas, sea que se decida tener descendencia o no (artículos 13 y 42 de la Constitución y artículo 11.2 de la CEDAW).

Por tanto, se viola el derecho a la autodeterminación reproductiva cuando se presentan, por ejemplo, embarazos, esterilizaciones, abortos o métodos de anticoncepción forzados o cuando se solicitan pruebas de esterilización o de embarazo para acceder o permanecer en un empleo. Por su parte señala que los derechos reproductivos reconocen, respetan y garantizan la facultad de las personas, en especial a las mujeres, de acceder a servicios de salud reproductiva. Estos incluyen, entre otros,

- (i) Educación e información sobre toda gama de métodos anticonceptivos, acceso a los mismos y posibilidad de elegir aquél de su preferencia, prestación que está reconocida en los artículos 10 y 12 de la CEDAW y en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño y la Niña.
- (ii) Interrupción voluntaria del embarazo de forma segura en aquellos casos en que es legal, sin la exigencia de requisitos inexistentes.
- (iii) Medidas que garanticen una maternidad libre de riesgos en los periodos de gestación, parto y lactancia y que brinden las máximas posibilidades de tener hijos sanos. Al respecto, el artículo 43 de la Constitución prescribe que “durante el embarazo y después del

parto [la mujer] gozará de especial asistencia y protección del Estado”. Por su parte, el artículo 12 de la CEDAW impone a los Estados la obligación de asegurar “a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia”. Así mismo, el artículo 24 de la Convención de los Derechos del Niño los obliga a proporcionar “atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres”.

- (iv) Por último, la prevención y tratamiento de las enfermedades del aparato reproductor femenino y masculino. Al respecto, en la sentencia T-605 de 2007, esta Corte protegió el derecho a la salud de una mujer y ordenó a una EPS practicarle una “cirugía desobstructiva de las Trompas de Falopio y retiro de adherencias del óvulo izquierdo”, excluida del Plan Obligatorio de Salud, para poner fin a una enfermedad que le impedía procrear. Así mismo, en la sentencia T-636 de 2007, con el mismo argumento, se ordenó a una EPS practicar a una mujer un examen de diagnóstico denominado “cariotipo materno” con el objetivo de determinar la causa de sus constantes abortos espontáneos. Con el mismo fundamento normativo, es posible sostener que los derechos sexuales reconocen, respetan y protegen (i) la libertad sexual y (ii) el acceso a los servicios de salud sexual.

En virtud del derecho a la libertad sexual las personas tienen derecho a decidir autónomamente tener o no relaciones sexuales y con quién (artículo 16 de la Constitución). En otras palabras, el ámbito de la sexualidad debe estar libre de todo tipo de discriminación, violencia física o psíquica, abuso, agresión o coerción, de esta forma se proscriben, por ejemplo, la violencia sexual, la esclavitud sexual, la prostitución forzada.

De igual forma, los derechos sexuales reconocen, respetan y garantizan la facultad de las personas de acceder a servicios de salud sexual, los cuales deben incluir, básicamente:

- (i) Información y educación oportuna, veraz, completa y libre de prejuicios sobre todos los aspectos de la sexualidad,
- (ii) El acceso a servicios de salud sexual de calidad que permitan atender y prevenir las infecciones, dolencias y enfermedades que afecten el ejercicio de la sexualidad, y

(iii) Educación e información sobre toda gama de métodos anticonceptivos y acceso a los mismos en condiciones de calidad y la posibilidad de elegir aquél de su preferencia, lo cual es un punto de contacto evidente entre los derechos sexuales y reproductivos. La jurisprudencia constitucional ha afirmado que los derechos sexuales y reproductivos están protegidos por la Constitución de 1991 ya que “han sido finalmente reconocidos como derechos humanos, y como tales, han entrado a formar parte del derecho constitucional, soporte fundamental de todos los Estados democráticos”.

Sin embargo, es necesario señalar que, en materia legislativa, a pesar de la existencia de algunos avances, se hace urgente adelantar la construcción de herramientas legales que fortalezcan la exigencia de los DRS. Este proyecto de ley tiene como objetivo robustecer las herramientas existentes para el acceso a anticonceptivos, esto teniendo en cuenta el poder acceso a ellos es un pilar fundamental de la garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

En Colombia, la Norma vigente sobre anticoncepción para hombres y mujeres (Resolución 769 de 2008 y 1973 de 2008) indica la obligatoriedad de los servicios de salud de ofrecer información en anticoncepción, suministrar el método anticonceptivo que más se ajuste a las necesidades y brindar el seguimiento de su uso, para que las personas o parejas puedan ejercer el derecho a decidir libre y responsablemente si quieren o no tener hijos, así como su número y el espaciamiento entre ellos. Las personas tienen derecho a prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, entre ellos el Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) / sida, mediante el uso de métodos anticonceptivos modernos (MinSalud, 2016).

Actualmente, el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva incluida la anticoncepción está contemplado en la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (2014), la cual entiende la sexualidad como una condición humana prioritaria para el desarrollo de las personas. Y en esta medida, enmarca la anticoncepción dentro del principio de la libertad sexual y libertad reproductiva expresado en el respeto a la dignidad humana, que, a su vez potencia el ejercicio de derechos sexuales como: el de fortalecer la autonomía en el ejercicio de la sexualidad, explorar y disfrutar de una vida sexual placentera, protegerse y prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.

Sin embargo y a pesar de que existen estas disposiciones, el acceso a anticonceptivos* aún está mediado por una serie de barreras que deben ser derribadas para garantizar los DRS y el derecho a la salud de forma integral, así

mismo es necesario que estas disposiciones tengan un soporte legal que las potencie y les permita cumplir sus objetivos.

El objetivo principal del proyecto de ley es empezar a generar herramientas normativas que permitan la satisfacción de los derechos sexuales y reproductivos de la población colombiana, en este sentido se plantean una serie de artículos encaminados a superar las barreras de acceso a anticonceptivos, sobre todo las que sufren las personas que se encuentran en situaciones desventajosas para la exigencia y garantía de sus derechos sexuales y reproductivos.

VII. Contenido del Proyecto

Nomenclatura	Contenido
Artículo 1.- Objeto	Crear la figura de las gestoras comunitarias rurales en salud sexual y reproductiva, en el marco de la implementación de una estrategia que permita generar liderazgos en salud que contribuya en un modelo de atención en salud para las mujeres, con participación vinculante a través de gestoras comunitarias rurales de salud, cuyo propósito será contribuir en la eliminación de barreras en el acceso a métodos anticonceptivos, así como en la promoción del derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos.
Artículo 2.- De las gestoras comunitarias en salud sexual y reproductiva.	Hace una definición de quiénes serían estas nuevas actoras dentro del sistema de salud
Artículo 3.- Criterios para la selección de gestoras comunitarias en salud sexual y reproductiva	Establece quiénes podrían ser las personas que ejercerán dichas funciones con la priorización de que deben ser quienes tienen un reconocimiento como habitantes y que son referenciadas en el territorio.
Artículo 4.- Funciones	Muchas de las funciones aquí contempladas se dan en el marco de la comprensión del enfoque de derechos, de las mujeres, de las personas LGTBI, derechos sexuales y reproductivos así como de una estrategia integral de

	Atención Primaria de Salud que incluye la participación y el empoderamiento social.
Artículo 5.- Funciones del Ministerio de Salud y Protección Social en Concurrencia con los entes territoriales	Este artículo prepara el programa de gestión rural comunitaria en salud sexual y reproductiva con las condiciones pertinentes para su correcto desarrollo, los diagnósticos necesarios, la selección y capacitación de las gestoras con participación de la comunidad y llevará a cabo las evaluaciones pertinentes.
Artículo 6.- Vinculación	La vinculación se hará por remuneración salarial en contrato con las secretarías de salud. Al tiempo este recurso deberá provenir de los ingresos de la nación para no debilitar las ya muy debilitadas transferencias territoriales.
Artículo 7.- Capacitación	Este artículo establece los lineamientos generales de en qué debe consistir la capacitación de las gestoras comunitarias en concurrencia con el SENA, el Ministerio de Trabajo y los entes territoriales.
Artículo 8.- Armonización	El Ministerio de Salud y Protección Social, en concurrencia con la participación de organizaciones de mujeres y organizaciones LGTBI, deberán abrir mesas de trabajo para la inclusión de las gestoras comunitarias en salud sexual y reproductiva dentro de los Planes Decenales de Salud Pública, así como en el sistema de salud que se encuentre vigente, y presentar las respectivas modificaciones presupuestales a las transferencias del nivel central destinadas a cubrir la inversión que sea requerida.
Artículo 9. Vigencia	Tal como está enunciada en el artículo.

VIII. Posible conflicto de interés

El artículo 3 de la Ley 2003 de 2019 “Por la cual se modifica parcialmente la Ley 5 de 1992 y se dictan otras disposiciones” estableció: “Artículo 3. El artículo 291 de la Ley 5 de 1992 quedará así: Artículo 291. Declaración de Impedimentos. El autor del proyecto y el ponente presentarán en el cuerpo de la exposición de motivos un acápite que describa las circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto, de acuerdo al artículo 286. Estos serán criterios guías para que los otros congresistas tomen una decisión en torno a

si se encuentran en una causal de impedimento, no obstante, otras causales que el Congresista pueda encontrar”.

Teniendo en cuenta la obligación contenida en el artículo 3 de la Ley 2003 de 2019, este acápite tendrá como fin determinar posibles situaciones que podrían dar lugar a un conflicto de interés por parte de los congresistas al momento de discutir o votar este Proyecto de Ley. Lo anterior, no implica que sean las únicas situaciones o causales que podrían configurar un conflicto de interés, por lo que si algún congresista considera que existe otra causal por la cual deba declararse impedido deberá manifestarlo oportunamente.

Como autora de este Proyecto de Ley, considero que su contenido y propuesta es de carácter general por lo que no configuraría un conflicto de interés.

IX. Impacto fiscal

El parágrafo del artículo 334 de la Constitución Política, la regla fiscal no puede aplicarse de manera tal que se menoscaben los derechos fundamentales, se restrinja su alcance o se niegue su protección efectiva. Se trata de un imperativo que subordina toda decisión a la imposibilidad de afectar el goce efectivo de los citados derechos constitucionales. Por ello, en forma categórica, el inciso 4 del artículo 1 del Acto Legislativo No. 03 de 2011, dispone que: “En ningún caso se afectará el núcleo esencial de los derechos fundamentales”, en este caso del derecho a la salud.

De los honorables congresistas,



VICTORIA SANDINO SIMANCA H.
Senadora de la República