



Representante a la Cámara  
VICTOR JAVIER CORREA VÉLEZ

Bogotá D.C., 16 de marzo de 2017

**Doctor**

**IVÁN DARIO AGUDELO ZAPATA**

Presidente Comisión Sexta Permanente

Cámara de Representantes.

Congreso de la República de Colombia.

E. S. D.

**Referencia.** Informe de ponencia.

Respetado señor Presidente:

En cumplimiento de la honrosa designación efectuada por la Mesa Directiva de la Comisión Sexta Constitucional de la Cámara de Representantes y de acuerdo con lo prescrito en el artículo 150 de la Ley 5 de 1992, modificado por el artículo 14 de la Ley 974 de 2005, procedemos a rendir informe de ponencia para primer debate del Proyecto de Ley No. 183 de 2016 Cámara, << *Por medio de la cual se adoptan medidas tendientes a democratizar el acceso a las especialidades médicas* >>.

De forma adjunta allego ponencia para primer debate en original, tres copias y copia en medio magnética.

Agradezco a la mesa Directiva el trámite que consagran las normas vigentes.

Cordialmente,

**VICTOR JAVIER CORREA VÉLEZ**

Representante a la Cámara por Antioquia.

Ponente.



Representante a la Cámara  
VICTOR JAVIER CORREA VÉLEZ

## EXPOSICION DE MOTIVOS

La presente ponencia parte de reconocer tres problemas significativos en cuanto a la formación en especialidades médicas en Colombia. Es cierto que existe una concentración desigual de especialistas en las grandes ciudades, y que, por tanto, existe un descuido de atención especializada a lo largo de extensas regiones del territorio nacional. Segundo, existen efectivamente barreras de acceso a la formación en especialidades, lo que afecta a los médicos y médicas en cuanto a la realización de sus proyectos de vida, a las oportunidades de acceso a diferentes niveles de educación, al ascenso social y la formación necesaria con el fin de ubicarse con mejores oportunidades en el mercado laboral. También es cierto, como bien lo revelan las denuncias de usuarios y usuarias del sistema de salud, que existen gravísimas barreras de acceso a la medicina especializada en el país.

Sin embargo, ante los problemas citados, considero que este proyecto no constituye una solución adecuada ni suficiente y, por el contrario, presenta serias deficiencias que pueden ir encaminadas a generar conflictos innecesarios, e incluso, pueden profundizar aún más las problemáticas que desea atacar.

### 1. Sobre la democratización

Empezaré por el título mismo, que se supone, entraña el objetivo principal de este proyecto. El título versa: “por medio de la cual se adoptan medidas tendientes a **democratizar** el acceso a las especialidades médicas” (negrita por fuera del texto original). ¿Qué se entiende en el proyecto por democratización? Al parecer se equipara este concepto con **acceso** a una oferta de servicios educativos en medicina especializada, siendo que democratización entraña un proceso mucho más complejo. Como lo cita uno de los expertos consultados, el Doctor Juan Carlos Eslava<sup>1</sup>, observa que en el Proyecto “democratización se entiende como un mero asunto de forma y no como una efectiva ampliación de cupos, con garantías para que todos los que ingresen tengan las mismas oportunidades de cumplir a cabalidad con el proceso formativo y ejerzan su derecho a tomar

---

<sup>1</sup> Juan Carlos Eslava, Md. Mg Soc. Profesor Asociado del Doctorado Interfacultades en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Director del Centro de Historia de la Medicina, línea de investigación sobre Configuración de las Profesiones de la Salud en Colombia.



Representante a la Cámara  
VICTOR JAVIER CORREA VÉLEZ

decisiones en dicho proceso.” Es decir, democratizar no es solo *acceder* sino también *garantizar* que tal acceso llegue a un buen fin, y que existan verdaderos mecanismos de participación en la toma de decisiones.

Sobre este punto, se sostiene en el Pronunciamiento dado por la Universidad Nacional de Colombia (2017) que el problema del acceso a las especialidades médicas no se circunscribe solamente a las admisión; implica, en primer lugar, que frente a la escasas de cupos en las universidades está “la escasas de cupos en las Instituciones Prestadora de Salud – IPS de alto nivel para el desarrollo de las residencias”, y se agrega que los verdaderos problemas se deben a factores tales como el vencimiento del registro calificado de las universidades; la exigencia de recursos tecnológicos adecuados; la calidad de la práctica supervisada y su desmejora cuando se realiza en grupos numerosos; las barreras de acceso a cupos por los altos costos; la necesidad de que el aumento de costos no exceda las necesidades del país generando fenómenos de subempleo, desempleo y mala remuneración; y la barrera del alto costo de bolsillo del aspirante en la preparación previa al ingreso, debilitando con ello cualquier proceso de democratización debido a que solo pueden acceder quienes tengan recursos (2017).

A esto se agrega la disminución de las Becas Crédito y las deficientes condiciones y medio ambiente de trabajo de los residentes, en medio de la crisis de la salud en Colombia, que ha implicado la quiebra de buena parte de las IPS y la consecuente vulneración del derecho a la salud.

Surge, entonces, el cuestionamiento acerca de qué tan relevante y pertinente resulta en estos momentos reformar el acceso a la formación en especialidades, o si más bien debe revisarse el modelo vigente de “pirámide invertida”, donde se privilegia el alto costo sobre la Atención Primaria de Salud y las estrategias de Promoción y Prevención, estrategias que al ser implementadas darían como resultado una disminución del gasto en salud, mejores garantías sobre el goce efectivo del derecho a la salud, es decir, una salida a la crisis financiera y humanitaria por la que atraviesa el sistema.

En conclusión, un verdadero proceso de democratización, no solo debe garantizar el acceso, sino las condiciones de pleno ejercicio de las especialidades médicas en Colombia, atacando de manera integral las causas del problema y no solamente remitiéndose al acceso como barrera.

## **2. Vulneración de la autonomía universitaria**

Al respecto, el concepto del Ministerio de Educación dirigido al Doctor Jair Ebrat Díaz, Secretario de



Representante a la Cámara  
VICTOR JAVIER CORREA VÉLEZ

la Comisión VI de la Cámara de Representantes (2017) y el pronunciamiento de dos de las más prestigiosas universidades del país: Universidad Nacional de Colombia (2017) y Universidad de Antioquia (2017), coinciden en que su mayor preocupación respecto a este Proyecto de Ley lo constituye la posible vulneración de la autonomía universitaria, y en ese sentido, el texto del PL 183, es cuando menos, contradictorio.

Por su parte, el Ministerio de Educación afirma que es “necesario recordar que las instituciones de educación superior gozan de las atribuciones que devienen del principio constitucional de la autonomía universitaria reconocida en el artículo 69 de la Constitución Política de Colombia” (2017, pág. 1), autonomía que es ratificada en la Sentencia C-337 de 1996, donde se otorga la facultad a estas instituciones para establecer los criterios de admisión de sus estudiantes.

El Ministerio afirma que, frente a los mandatos de orden constitucional “la iniciativa podría resultar contraria a dicho postulado” ya que “establece la presentación de un examen (que por lo demás no sería creado por las instituciones de educación superior sino por los ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social)” (2017, pág. 2)

Aunque se reconoce una necesaria reglamentación de las especialidades médicas (Universidad Nacional de Colombia., 2017, pág. 4), no se puede, al tiempo, desconocer los motivos por los que la autonomía universitaria fue elevada al nivel constitucional: la razón de ser de las universidades es constituirse en los centros de desarrollo de pensamiento, ciencia y tecnología de la Nación, y no pueden estar sujetas a los intereses políticos y transitorios de los gobiernos, así como de cualquier otro agente político (Ministerio de Educación Nacional, 2017, pág. 1).

### **3. Existencia de cuestionamientos generalizados sin suficiente argumentación**

El proyecto de Ley carece de evidencia cuando se afirma que el proceso de admisión se encuentra regido por la burocratización del gremio médico. Como afirma el Dr. Eslava acerca de este argumento consignado en el texto del Proyecto “Esto no me resulta del todo claro pero aún si esto fuese así, debería existir un material probatorio suficiente que le de soporte al diagnóstico. Pero eso no existe en el documento.” Frente a la presunta falta de objetividad en los actuales criterios de admisión, el Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, Doctor Carlos Alberto Palacio Acosta, hace los siguientes cuestionamientos: “¿Cuáles son los gremios?, ¿cuál es el estudio que señala la falta de objetividad de algunas instituciones? Tampoco se enuncian las herramientas que evidenciarían que el examen único vaya a mejorar esos dos condicionantes, meramente



Representante a la Cámara  
VICTOR JAVIER CORREA VÉLEZ

enunciados.” (Universidad de Antioquia, 2017, pág. 2)

Este tipo de presunciones contenidas en el proyecto, ponen en cuestión, de forma irresponsable, la idoneidad y transparencia de aquellas instituciones cuya calidad y excelencia es reconocida y acreditada en el ámbito nacional e internacional. Afirma el Decano “Con el presente proyecto la Universidad de Antioquia se observa como persona aludida de manera negativa con el texto del presente proyecto, toda vez que el mismo entraña cuestionamientos generales que no existen en el entorno de los procesos de admisión de la Facultad de Medicina en sus posgrados, siendo la presente misiva un acto reflejo en defensa indiscutible de nuestros invaluable procesos.” (Universidad de Antioquia, 2017, pág. 3)

Agrega que este centro de formación se ha caracterizado por “una intensa búsqueda de la excelencia académica” a través de la oferta de 48 programas de posgrado, donde ocho de aquellos han logrado acreditación de alta calidad. (Universidad de Antioquia, 2017, pág. 1).

En la misma vía, afirma Juan Manuel Tejeiro, Vicerrector Académico de la Universidad Nacional de Colombia que “El proceso actual de admisión a las especialidades medico quirúrgicas realizado por la Universidad Nacional de Colombia se ha caracterizado por su transparencia y organización, que ha permitido durante décadas brindar las garantías a todos los aspirantes que han deseado el acceso a los diferentes programas que ofrece la Facultad de Medicina” (Universidad Nacional de Colombia., 2017, pág. 1) Y va más allá asegurando el carácter democrático de la admisión a dicha Universidad:

El proceso interno desarrollado permite el acceso en igualdad de condiciones a médicos de las más diversas regiones del país, de diferentes estratos y condiciones socio-económicas. Las características actuales del proceso de admisión han permitido que médicos de todas las regiones e incluso con títulos de pregrado en Medicina de diversas universidades hayan ingresado y tengan posibilidad de desarrollar sus estudios de especialidad médica en los 32 programas ofrecidos por la Universidad Nacional de Colombia. (Universidad Nacional de Colombia., 2017, pág. 1)

La presunción que deja la generalización planteada en el proyecto, puede llevar a la falsa idea de que todos los procesos de admisión son reglamentados de manera caprichosa por grupos de interés, siendo que, por ejemplo, en el concepto de la Universidad Nacional se asegura que: “las pruebas efectuadas para la admisión de estudiantes de posgrados son creadas en cumplimiento de las



Representante a la Cámara  
VICTOR JAVIER CORREA VÉLEZ

especificaciones técnicas definidas por la Dirección Nacional de Admisiones y en acompañamiento de docentes expertos en cada área.” (Universidad Nacional de Colombia., 2017, pág. 5)

Ambas instituciones, tanto la Universidad Nacional como la Universidad de Antioquia, afirman que el criterio fundamental de admisión a sus instituciones es la excelencia, y que hasta el momento no han existido cuestionamientos a dichos procesos. Por el contrario, el establecimiento de un examen único ejercido por ambos ministerios, sí puede llevar a un proceso de burocratización ya que, en palabras del Dr. Mario Hernández Álvarez<sup>2</sup> “se parte de una visión de autonomía universitaria relativa para no respetar este principio constitucional con base en un “interés público” que no está suficientemente sustentado. Es la forma de justificar la orden burocrática de la aplicación de un examen único para la selección de los aspirantes.”

Así mismo, el Dr. Palacio asegura: “La burocracia puede ser vista igualmente como el paso que desde el Ministerio se implementaría con el presente proyecto. No encontramos entonces desde ese punto de vista utilidad en pruebas hoy existentes en las propias universidades, o estatales como el denominado ECAES.” (Universidad de Antioquia, 2017, pág. 2)

Para reforzar el argumento se suma la observación del Dr. Eslava referido a esta parte del proyecto:

En ella se presume que el establecimiento de un examen de Estado para las especialidades médicas generará igualdad de condiciones para el ingreso a las mismas. Sin embargo, al pensar en lo que ocurre con el examen de Estado existente en la educación media, no es posible establecer un vínculo entre la existencia de ese examen y la igualdad de condiciones. De hecho, en el país la existencia de ese examen no ha significado que exista equidad educativa ni igualdad de oportunidades para acceder a la educación superior. En este sentido, no basta con una escala de medición común para que la equidad se haga realidad.

En suma, el argumento esgrimido en el proyecto de Ley sobre una supuesta burocratización del gremio médico, y cómo esto afecta la democratización en el acceso a las especialidades, carece de evidencia y entraña un conjunto de presunciones que recaen sin discriminación sobre instituciones de demostrado prestigio. Aun existiendo este supuesto, no se evidencia cómo el establecimiento de

---

<sup>2</sup> Médico, Doctor en Historia, Profesor Asociado de la Facultad de Medicina y Coordinador del Doctorado Interfacultades en Salud Pública, miembro del grupo de investigación Medicina, Educación y Sociedad (Grupo MES).



Representante a la Cámara  
VICTOR JAVIER CORREA VÉLEZ

un examen único responde a una lógica menos burocrática, ni mucho menos se muestra cómo puede garantizar igualdad de oportunidades en el acceso y pleno desarrollo de la formación y la práctica para los nuevos y nuevas especialistas.

#### **4. Sobre la relevancia**

¿A qué criterios debe obedecer una verdadera democratización del acceso a las especialidades médicas en Colombia?

Primero, la equiparación entre acceso a la oferta y democratización del acceso, como se ha venido argumentado, puede reducir la cuestión a medidas tendientes a ampliar el número de especialistas en el país, regidas de forma prioritaria por la mayor demanda de ciertas especialidades, por parte de médicos y médicas. Si bien, es un criterio legítimo el desarrollo de la autonomía y la libre elección de las y los sujetos en una sociedad, lejos se encuentra de ser suficiente.

Como afirma el Dr. Álvarez: “Se cree que el examen unificado y los parámetros mínimos de entrevista ‘permitirá brindar y asegurar al país soluciones adecuadas en cuanto a número, distribución y calidad de recurso médico especializado en cada una de las regiones y evitar concentraciones’, pero no se sabe cómo. Puede aumentar el número, pero no las otras dos características, las cuales no dependen del mercado”.

Un estudio sobre la situación de las especialidades médicas en el país no puede equipararse a un estudio de la demanda de especialidades más solicitadas por los clientes de un mercado de servicios educativos, y menos si esto involucra la salud y la vida de las y los colombianos en un sistema en crisis. Cuando menos debe considerarse, y como lo afirma el Dr. Palacio “Expresar literalmente que el examen único generará las bases de estudio riguroso del mapa de necesidades del país es totalmente ajeno a cualquier situación real, ya que el mapa de necesidades se despende es del perfil epidemiológico de morbimortalidad y no por el hecho material de la presentación de un examen de conocimientos generales.” (Universidad de Antioquia, 2017, pág. 4).

Resulta llamativo que se pueda derivar de la formulación del proyecto, la ausencia de suficiente y probada evidencia para la toma de decisiones de política, que permita a su vez asumir con mayor seriedad los grandes problemas que atraviesan las especialidades médicas, y en general, la salud en Colombia. Primero, porque esperar que una regulación así arroje resultados posteriores para suplir la carencia de información, contraviene abiertamente el Artículo 23 de la Ley 1797 de 2016, titulado “Del apoyo a aumento de médicos especialistas”, en los siguientes términos: “Las instituciones de



Representante a la Cámara  
VICTOR JAVIER CORREA VÉLEZ

educación superior que cuenten con programas de medicina acreditados en calidad, podrán ampliar los cupos de cualquiera de los programas de especialización médico-quirúrgicos que cuenten con registro calificado, previo estudio de necesidad de la ampliación de cupos realizado por parte del Ministerio de Salud y rendido el concepto favorable del Ministerio de Educación Nacional, presentando los resultados de la autoevaluación correspondiente”. El orden correcto, no solo por ordenanza de la Ley, sino porque de suyo resulta lógico, sería que toda decisión que implique un cambio importante en el acceso a las especialidades médicas, debe corresponder a evidencia suficiente que justifique tal cambio.

En cuanto a lo anterior

Las responsabilidades del Estado Central en cabeza de sus Ministerios, debe tener la capacidad política, logística y presupuestaria de llevar un riguroso registro de los programas que se ofertan, número de aspirantes y demás información consecuenta, de conformidad con el mapa que de salud que el país requiere, sin que dicha incapacidad se pueda constituir en causa suficiente para que en quebranto de la autonomía universitaria, se intervenga de manera abrupta en los diferentes procesos de admisión de las diferentes universidades. (Universidad de Antioquia, 2017, pág. 4)

Resulta preocupante confirmar que, al hacerse este tipo de propuestas, no se tenga la información suficiente para la correcta toma de decisiones.

Al respecto y sobre los otros estudios citados en este Proyecto, existen serios reparos según el análisis del Dr. Hernández:

- El estudio del Centro de Proyectos para el Desarrollo (CENDEX) de la Universidad Javeriana, publicado en 2013, al que acude la exposición de motivos por ser uno de los usados por el Ministerio de Salud y Protección Social, presenta serias fallas conceptuales y metodológicas. Las más relevantes son: 1. Parte de la supuesta inexistencia de médicos especialistas en 1980, cuando ya existían muchos en ejercicio, la mayoría formados en el exterior; 2. Para la definición de las necesidades de formación de especialistas se basa en la percepción del desempeño de los médicos generales y especialistas por parte de un grupo reducido de gerentes de IPS, con un porcentaje de respuestas muy bajo y desigual según preguntas del formulario; 3. La presentación de resultados en



Representante a la Cámara  
VICTOR JAVIER CORREA VÉLEZ

porcentajes por pregunta basados en números muy pequeños los lleva a afirmar que el 50% considera tal cosa, cuando se trata de dos o cuatro informantes.

- Para mencionar sólo el caso de España, al que tanto se acude para justificar el déficit de especialistas, el estudio más reciente sobre necesidades de especialistas en ese país parte del supuesto de que “el número necesario de especialistas depende de la productividad y la dedicación, del reparto de competencias entre los distintos profesionales (médicos especialistas-enfermeras, médicos de atención primaria-especializada), de la distribución geográfica de los mismos y también de los incentivos de mercado” (Barber et al, 2011: 4).
- En este mismo estudio se propone tener en cuenta los siguientes aspectos para la planificación del recurso humano en salud:
  - Número de plazas de formación
  - Políticas de fidelización de profesionales y jubilaciones
  - Políticas de inmigración
  - Composición razonable por especialidades
  - Distribución geográfica equilibrada
  - Condiciones de trabajo
  - Modelos retributivos

En el mismo tono, se argumenta en el Pronunciamiento de la Universidad de Antioquia “Como es conocimiento público, la referencia a países como México, Argentina y España no se concibe como afortunada. Cada uno de ellos enfrenta serios problemas en la prestación de servicios de salud, y sin duda, no han sido resueltos con un examen único y centralizado de ingreso a las especialidades médicas.” (pág. 5) y se concluye que “El examen no genera el número de especialistas que requiere el País. Ese dato se obtiene es de manera muy posterior, de mano de las instituciones de educación superior, ‘cupos y graduados del censo nacional de especialistas’, ‘datos de los Servicios Seccionales de Salud’ y hasta de las de las convalidaciones realizadas por el Ministerio de Educación Nacional. (pág. 4).

Se recomienda entonces, y en lo sucesivo, que cualquier modificación en cuanto a la formación de especialidades médicas en Colombia, se sujete a la Ley, antes de ser propuesta. Así mismo se recomienda que, de manera prioritaria, se adelanten los estudios necesarios que permitan hacer un



Representante a la Cámara  
VICTOR JAVIER CORREA VÉLEZ

diagnóstico confiable, actualizado, y bajo criterios de una correcta lectura de necesidades en salud en el país, de la situación de las especialidades médicas en toda su complejidad.

##### **5. Posible vulneración al derecho a la igualdad, acceso a la educación y dignidad humana**

Sobre este punto, ambas instituciones universitarias consultadas coinciden en que al sujetar la admisión a una prueba física o psicológica, se desatiende el inciso 3 del Artículo 13 de la Constitución que ordena que “El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que en contra de ellas se cometan” Y se agrega en el inciso 6 del Artículo 68 “la educación de personas con limitaciones físicas o mentales, o con capacidades excepcionales, son obligaciones especiales del Estado”.

Entonces, y como bien se concluye en el Pronunciamiento de la Universidad Nacional: “Al establecerse un mecanismo de entrevista como uno de los requisitos de admisión a las especialidades médicas, la cual se fundamentará en una prueba física o psicología que determinará si la persona está en condiciones de acceder a un posgrado médico, está desconociendo el derecho fundamental de las personas en condiciones especiales o discapacidad física o mental, quienes tienen derecho a acceder a la educación en condiciones de igualdad” (Universidad Nacional de Colombia., 2017, pág. 10)

#### **MARCO CONSTITUCIONAL Y LEGAL**

A continuación, se refieren las normas de carácter constitucional relacionadas al proyecto

##### **DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA**

###### *ARTÍCULO 69*

Se garantiza la autonomía universitaria. Las universidades podrán darse sus directivas y regirse por sus propios estatutos, de acuerdo con la ley.

- La ley establecerá un régimen especial para las universidades del Estado.
- El Estado fortalecerá la investigación científica en las universidades oficiales y privadas y ofrecerá las condiciones especiales para su desarrollo.
- El Estado facilitará mecanismos financieros que hagan posible el acceso de todas las



Representante a la Cámara  
VICTOR JAVIER CORREA VÉLEZ

personas aptas a la educación superior.

#### *ARTÍCULO 27*

El Estado garantiza las libertades de enseñanza, aprendizaje, investigación y cátedra.

#### *ARTÍCULO 13, INCISO 3*

Prioridad de la Protección del Estado a personas con condiciones especiales económicas, físicas o mentales.

#### *ARTÍCULO 68, INCISO 6*

Se establece como obligación del Estado el acceso a la educación de personas en condiciones especiales, discapacidad física o mental

### **JURISPRUDENCIA DE LA CORTE CONSTITUCIONAL**

#### *C 220 DE 1997*

Contiene la definición y la descripción de los caracteres integrantes del concepto de autonomía universitaria más allá de la definición contenida en la ley 30 de 1992.

Establece además cual es el vínculo de la autonomía universitaria con el estado social de derecho.

#### *C337 DE 1996*

Establece la relación de la autonomía universitaria con la definición de los procesos de admisión de los estudiantes de las diferentes instituciones.

### **LEYES QUE REGULAN LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS**

- A. LEY 1164 DE 2007, por la cual se dictan disposiciones en materia del talento humano en salud.** Se crea el Consejo Nacional del Talento Humano en Salud y los Comités de Talento Humano en Salud.
- B. LEY 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones:** mediante esta disposición se reglamentó la formación en talento humano en salud, así como la oferta de las especialidades en salud, la forma de vinculación de los residentes y su permanencia.



Representante a la Cámara  
VICTOR JAVIER CORREA VÉLEZ

- C. LEY 1562 DE 2012, por lo cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional:** en el artículo 13 se establece que los residentes deben afiliarse al SGSSS.
- D. DECRETO 1296 DE 2010 DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN, por el cual se reglamenta el registro calificado de que trata la Ley 1188 de 2008, la oferta y desarrollo de programas académicos de educación superior.** Esta disposición regula las actividades académicas y define y reglamenta las especialidades medico quirúrgicas.
- E. DECRETP 2376 de 2010 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, por medio de cual se regula la relación docencia – servicio para los programas de formación de talento humano en el área de salud:** este Decreto regula la relación docencia-servicio, el convenio, además de fijar las garantías de seguridad, protección y bienestar de los estudiantes dentro del marco del convenio, entre otros temas, como lo son los estímulos o becas.
- F. RESOLUCIÓN 1043 DE 2006, por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de atención y se dictan otras disposiciones.** Esta norma presenta los procedimientos para la supervisión de personal en entrenamiento proveniente de un programa académico debidamente acreditado por el Estado.
- G. RESOLUCIÓN 1058 DE 2010 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, por medio del cual se reglamenta el Servicio social Obligatorio para los egresados de los programas de educación superior del área de la salud y se dictan otras disposiciones.** Esta resolución regula el servicio social obligatoria en las áreas de la salud y sus modalidades para prestarlo.
- H. LEY 1797 DE 2016, Del apoyo a aumento de médicos especialistas. Artículo 23.** Las instituciones de educación superior que cuenten con programas de medicina acreditados en calidad, podrán ampliar los cupos de cualquiera de los programas de especialización médico-quirúrgicos que cuenten con registro calificado, previo estudio de necesidad de la ampliación de cupos realizado por parte del Ministerio de Salud y rendido el concepto favorable del Ministerio de Educación Nacional, presentando los resultados de la autoevaluación correspondiente.



Representante a la Cámara  
VICTOR JAVIER CORREA VÉLEZ

## **PROPOSICIÓN**

En mérito de las anteriores consideraciones de tipo constitucional y legal, de acuerdo con los criterios auxiliares de derecho, como la jurisprudencia y la doctrina, como ponente, me permito proponer a los miembros de la Comisión sexta de la Cámara de Representantes, el archivo del Proyecto de Ley No. 183 de 2016 Cámara, << *Por medio de la cual se adoptan medidas tendientes a democratizar el acceso a las especialidades médicas* >>.

**VICTOR JAVIER CORREA VÉLEZ**

Representante a la Cámara por Antioquia.

Ponente.