



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)
IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XX - N° 950

Bogotá, D. C., miércoles, 7 de diciembre de 2011

EDICIÓN DE 32 PÁGINAS

DIRECTORES:

EMILIO RAMÓN OTERO DAJUD
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariasenado.gov.co

JESÚS ALFONSO RODRÍGUEZ CAMARGO
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PONENCIAS

INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 115 DE 2011 CÁMARA

por medio de la cual se reglamenta el cobro y destinación de las propinas.

Bogotá, D. C., 7 de diciembre de 2011

Doctor

DÍDIER BURGOS RAMÍREZ

Presidente Comisión Séptima

Cámara de Representantes

Ciudad

Asunto: Ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 115 de 2011 Cámara.

Respetado señor Presidente:

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 150, 153 y 156 de la Ley 5ª de 1992 y en atención a la designación efectuada por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la honorable Cámara de Representantes, con todo respeto, nos permitimos presentar ponencia positiva con pliego de modificaciones para primer debate al Proyecto de ley número 115 de 2011 Cámara, *por medio de la cual se reglamenta el cobro y destinación de las propinas*, ponencia que sustentamos en los siguientes términos:

1. Objeto del proyecto de ley

El proyecto de ley busca reglamentar el mecanismo de cobro y destinación de las propinas en los establecimientos de comercio dedicados a la prestación del servicio de consumo de alimentos, bebidas y/o espectáculos públicos; entendida esta como la suma de dinero dada de forma voluntaria por el consumidor a la persona que le brindó el servicio en el respectivo establecimiento, en agradecimiento y gratitud al servicio recibido.

En todo caso, este proyecto de ley destina el uso de la propina única y exclusivamente a la persona que trabaje en la cadena de servicios del respectivo establecimiento comercial, y bajo ninguna circunstancia el gerente y/o administrador del establecimiento, podrá adueñarse de dicha suma de dinero, so pena de ser sujeto a las sanciones a que hayan lugar, por parte de la Superintendencia de Industria y Comercio, de conformidad con las facultades otorgadas por la ley.

2. Antecedentes legislativos de la iniciativa en estudio

El presente proyecto de ley es de iniciativa congresional, fue puesto a consideración del Congreso de la República por el honorable Representante Efraín Antonio Torres Monsalve, y radicado el día 4 de octubre de 2011 ante el Secretario General de la Cámara de Representantes.

En continuidad del trámite Legislativo, el proyecto de ley fue remitido a la Comisión Séptima Constitucional Permanente correspondiéndole el número 115 de 2011, siendo designados como ponentes para primer debate los honorables Representantes **Luis Fernando Ochoa Zuluaga**, **Yolanda Duque Naranjo** y **Juan Manuel Valdés Barcha**, de conformidad al Oficio número CS/CP.3.7.997-11 de fecha 9 de noviembre de 2011.

En cumplimiento del trámite Legislativo y del Principio de Publicidad, el proyecto original fue publicado en la *Gaceta del Congreso* número 761 de 2011.

3. Marco jurídico del proyecto de ley

El proyecto de ley a que se refiere esta ponencia cumple con lo establecido en el artículo 140 numeral 1 de la Ley 5ª de 1992, pues se trata de una iniciativa legislativa presentada individual-

mente por el honorable Representante Efraín Antonio Torres Monsalve, quien tiene la competencia para tal efecto.

Cumple además con los artículos 154, 157, 158 y 169 de la Constitución Política referentes a la iniciativa legislativa, formalidades de publicidad, unidad de materia y título de la ley. Así mismo, con el artículo 150 de la Carta que manifiesta que dentro de las funciones del Congreso está la de hacer las leyes.

Así mismo, el mencionado proyecto de ley, se encuentra sustentado en el Decreto número 3466 de 3 de diciembre de 1982, mediante el cual se estipula que toda la información que se suministre acerca de los componentes e ítems de los bienes y servicios que se ofrezcan al público, en especial con el **precio del servicio ofrecido**, deberá ser eficaz, veraz y suficiente, por lo que el usuario tendrá el derecho a no pagar un precio superior al indicado como precio al público.

4. Contenido del proyecto

El proyecto consta de siete (7) artículos.

El primer artículo determina el ámbito de aplicación de la ley, extendiéndose esta a todos los establecimientos comerciales dedicados a la prestación del servicio de consumo de alimentos, bebidas y/o espectáculos públicos.

El artículo 2° define a la propina como aquella suma de dinero que por mera liberalidad y voluntad, el cliente da a la persona que trabaja en la cadena de servicios del establecimiento de comercio, en calidad de agradecimiento por el servicio brindado.

El artículo 3° obliga a todos los establecimientos comerciales a que fijen en un lugar visible al público, las listas de precios, en el cual se discriminará el precio total del producto o servicio prestado, incluyendo los impuestos a que haya lugar, así como la indicación de que la propina es **voluntaria**, y el derecho que le asiste al usuario de no pagarla o de modificar su cuantía, cuando así él lo considere.

Por su parte, el artículo 4° establece el contenido de la factura o cuenta de cobro, la cual deberá contener el costo unitario de cada producto o servicio prestado, más el valor de los impuestos a cargo del comprador o consumidor.

El artículo 5° define la naturaleza de la propina como un acto de liberalidad por parte del consumidor, en agradecimiento al servicio ofrecido. En todo caso, el beneficiario de la propina será única y exclusivamente las personas que hagan parte de la cadena productiva del establecimiento comercial.

El artículo 6° establece que toda violación a las disposiciones que se encuentran reguladas en los artículos anteriores, dará lugar a las sanciones previstas por el artículo 33 del Decreto número 3466 de 1982, e impuestas por la Superintendencia de Industria y Comercio o en las demás nor-

mas concordantes que modifiquen, adicionen o deroguen al mencionado decreto de ley.

Finalmente, el artículo 7° que se refiere a la vigencia de la ley.

5. Consideraciones

De los fundamentos legales y constitucionales

El artículo 78 de la Constitución Política establece que la ley regulará el control de calidad de bienes y servicios ofrecidos y prestados a la comunidad, así como la información que debe suministrarse al público en su comercialización.

El artículo 154 establece que las leyes pueden tener origen en cualquiera de las Cámaras a propuesta de sus respectivos miembros, del Gobierno Nacional, de las entidades señaladas en el artículo 156, o por iniciativa popular en los casos previstos en la Constitución.

El Código Sustantivo del Trabajo es claro al establecer en su artículo 131 numeral 1 y 2 que la propina **no es salario**, situación que lleva a entender que ello no constituye un factor salarial que deba tener en cuenta el empleador para la liquidación de las prestaciones sociales ni ningún otro fin distinto al de retribuir el servicio prestado al consumidor.

Al respecto el Ministerio de la Protección Social en Concepto número 1601011 del 29 de mayo de 2009 señaló:

“En estas condiciones desde un punto de vista legal y de la jurisprudencia, no es viable considerar las propinas como salario, conforme a ello esta oficina considera, de igual manera, que las propinas no son constitutivas de salario”.

Igualmente, el Decreto 3466 de 1982 establece que toda la información que se suministre al consumidor acerca de los componentes y propiedades de los bienes y servicios que se ofrezcan al público, dentro de los cuales se encuentra comprendido el precio, deberá ser veraz y suficiente. Es así, como todo productor, proveedor o expendedor es responsable cuando el contenido de la información suministrada al público no corresponde a la realidad, induce o tenga la potencialidad de inducir a error al consumidor.

Así mismo se ha dispuesto que es función de la Superintendencia de Industria y Comercio, velar por la observancia de las disposiciones sobre protección al consumidor, así como instruir a sus destinatarios sobre la manera como deben cumplirse tales normas, fijar los criterios que faciliten su cumplimiento y señalar los procedimientos para su cabal aplicación.

Y en ejercicio de estas funciones, esta Superintendencia ha proferido la Resolución número 29326 de noviembre 3 del 2000, en virtud de la cual se dan instrucciones sobre la indicación pública de precios en establecimientos para el consumo de comidas y/o bebidas, y las diferentes modalidades para el cobro de propina (Sugerida o no sugerida).

De la conveniencia del proyecto de ley

El servicio prestado por los empleados de un establecimiento de comercio se define como un conjunto de actividades interrelacionadas que ofrece el lugar, con el fin de que el cliente reciba una excelente atención en el momento y lugar adecuado.

Cada persona posee una serie de competencias y cualidades, que lo hacen único e irrepetible. En el ámbito laboral se debe propender porque estas cualidades se apliquen tanto al cliente interno como al cliente externo como cultura organizacional. Dentro del servicio al cliente hay cinco cualidades que deben poseer las personas dentro de una organización y deben ser adoptadas como filosofía corporativa, así: Honestidad, Atención, Conocimiento, Vocación y Empatía.

Diversos estudios establecen que los empleados además de una estabilidad laboral y una paga competitiva valoran, incluso más, otros aspectos como trabajar con líderes que los inspiren, un ambiente de trabajo agradable y un sentido de propósito en su labor más allá de la paga. En consecuencia, el esquema de compensación a los empleados hace parte de la calidad del servicio que se entrega, es decir, un empleado satisfecho es leal a los valores de la compañía y de igual manera está dispuesto a ir más lejos en lograr la satisfacción del cliente, debido a que se identifica con la compañía y siente que en la medida en que esta gane él gana.

Es así como la actitud no es suficiente, debido a que la estructura debe servir a la estrategia de servicio. Para ello, es importante que se tenga un concepto organizacional común enfocado en la calidad del servicio, evitando la concepción del cliente según el área y por el contrario lograr una visión global en la

que prima el cliente y su satisfacción. En este sentido, una estructura pensada para el cliente final permite lograr los resultados con menos esfuerzo y construye sinergias que permiten satisfacer al cliente de mejor manera y menos costosa. Esto sin pensar en los costos de tener que buscar nuevos clientes por causa de la pérdida o la escasa fidelidad de los actuales.

En conclusión, la calidad en el servicio al cliente inicia desde la definición de los criterios de selección de los empleados, y con ellos debe crear un sistema de administración de personal que sea coherente con la disciplina que requiere un enfoque en el servicio. Por último, la estructura de la organización debe estar pensada para cumplir la promesa de venta a cabalidad.

En este sentido, se hace conveniente establecer los parámetros que permitan al cliente y los empleados entender el manejo del pago que hace el consumidor para retribuirle al empleado su servicio de acuerdo a su libre albedrío y la concepción que este se lleve de la calidad del mismo, ya que ello garantiza de manera efectiva que las propinas se destinen para retribuir el buen servicio prestado por los empleados de cualquier establecimiento de comercio y no sea usada para otros fines.

6. Proposición

De acuerdo con las anteriores consideraciones proponemos a la Comisión Séptima de la honorable Cámara de Representantes dar primer debate al Proyecto de ley número 115 de 2011 Cámara, *por medio de la cual se reglamentan el cobro y la destinación de las propinas*. Con el pliego de modificaciones adjunto.

De los honorables Representantes,

Yolanda Duque Naranjo, Juan Manuel Valdés Barcha, Luis Fernando Ochoa Zuluaga, Ponentes.

7. PLIEGO DE MODIFICACIONES

Texto original	Texto propuesto	Justificación
Artículo 1º. <i>Ambito de aplicación.</i> La presente ley se aplica a todos los establecimientos comerciales dedicados a la prestación del servicio de consumo de alimentos, bebidas y/o espectáculos públicos, tales como restaurantes, bares, discotecas, griles, clubes sociales, clubes culturales, cafeterías y similares:	Artículo 1º. <i>Ambito de aplicación.</i> La presente ley se aplica a todos los establecimientos de comercio dedicados a la prestación de servicio de consumo de alimentos, bebidas y/o espectáculos públicos <u>en que se sugiera cualquier pago de propina.</u>	Se sugiere que el ámbito de aplicación de la ley se amplíe a cualquier establecimiento comercial en que se sugiera el pago de propina y no solamente a los señalados en el artículo 1º, ya que toda lista tiene el peligro de dejar por fuera a algunos que debieran estar, o incluye a otros que por sus características no deberían estar.
Artículo 2º. <i>Concepto de propina.</i> Se entiende como propina la suma de dinero que por mero sentido de liberalidad y en forma voluntaria, el usuario o cliente de alguno de los establecimientos a los que se refiere el artículo primero de esta ley, regala a las personas que le atendieron, como demostración de agradecimiento por el servicio recibido, independientemente del valor que deba pagar por el mismo.	Artículo 2º. <i>Concepto de propina.</i> Se entiende como propina la suma de dinero que por mero sentido de liberalidad y en forma voluntaria, el usuario o cliente de alguno de los establecimientos a los que se refiere el artículo primero de esta ley, entrega a las personas que le atendieron, como demostración de agradecimiento por el servicio recibido, independientemente del valor que deba pagar por el mismo.	Se sugiere el cambio por coherencia gramatical.

Texto original	Texto propuesto	Justificación
<p>Artículo 3°. Listas de precios. Todos los establecimientos comerciales a los que se refiere esta ley, deberán fijar en un lugar visible al público, las listas de precios que debe corresponder al precio total de los productos ofrecidos, incluido los impuestos o cualquier cargo adicional a que hubiere lugar, así como la indicación que la Propina es Voluntaria, y el correlativo derecho que le asiste de no pagarla o de modificar su cuantía cuando esta le sea sugerida. Las listas de precios también podrán establecerse a través del sistema de carta. Esta deberá detallar los mismos aspectos a que se refiere el inciso anterior”.</p>	<p>Artículo 3°. Información de precios y voluntariedad de la propina. La Superintendencia de Industria y Comercio impartirá las instrucciones relativas a la forma como se debe informar a los consumidores acerca de los precios y de la voluntariedad de la propina, así como del correlativo derecho que les asiste de no pagarla o de modificar su cuantía cuando esta le sea sugerida.</p>	<p>No creemos que sea adecuado indicar la forma en que se debe informar la voluntariedad de la propina dentro de la ley. Consideramos que debería otorgársele facultades a la SIC para establecer mediante instructivo la forma en que se debe indicar, tal como se hace en la actualidad, ya que de conformidad al Decreto 3466 de 1982 se le asignan estas competencias a la Superintendencia.</p>
<p>Artículo 4°. Factura. La factura, o cuenta de cobro que se presente al usuario por parte de los establecimientos a los que se refiere esta ley, deberá contener el costo unitario de cada producto servido, y el costo total de los servicios, más el valor del IVA correspondiente o de cualquier otro impuesto a cargo del comprador.</p> <p>Adicionalmente, la persona que atiende al cliente podrá preguntarle a este si desea que su propina voluntaria sea o no incluida en la factura o que indique el valor que quiere dar como propina”.</p>	<p>Artículo 4°. Factura. La factura es el único documento que debe ser entregado al consumidor, inclusive antes de pagar, con el fin de verificar los consumos cobrados, el cual debe cumplir con la discriminación de cada uno de los productos consumidos y su costo unitario y el costo total, más los demás requisitos establecidos en el Estatuto Tributario.</p> <p>Adicionalmente, la persona que atiende al cliente podrá preguntarle a este si desea que su propina voluntaria sea o no incluida en la factura o que indique el valor que quiere dar como propina.</p>	<p>El artículo debe señalar que la factura es el único documento que puede ser entregado al consumidor, inclusive antes de pagar, con el fin de verificar los consumos cobrados. La Superintendencia ha encontrado que la expedición de documentos previos a la expedición de la factura, tales como pre-cuentas, pre-liquidaciones, cuentas de cobro, etcétera, genera en los consumidores confusión, quienes en la mayoría de casos creen equivocadamente que están recibiendo una factura, lo que afecta uno de sus derechos esenciales como es el de obtener la factura. Adicionalmente, esta circunstancia ha llevado a que algunos establecimientos de comercio no expidan facturas finales. Es así como, pese a que en el documento expedido se indique expresamente que no es una factura, persiste el riesgo de múltiples interpretaciones, por lo que, en virtud de la prevalencia del interés general, la entidad considera que el mecanismo idóneo para evitar tal riesgo es prescindir de la posibilidad de que se haga cualquier tipo de impresión previa. En este sentido, se debe eliminar cualquier referencia a la “Cuenta de Cobro”.</p>
<p>Artículo 5°. Naturaleza de las propinas. Dado que las propinas son el producto de un acto de liberalidad del usuario, que quiere de esta manera gratificar el servicio recibido, sus beneficiarios serán única y exclusivamente las personas que trabajen en la cadena de servicios en el respectivo establecimiento, laborando en actividades tales como meseros, cantineros, cocineros, auxiliares de cocina, recepcionistas, cuidadores de vehículos, etc., según la distribución que internamente se establezca de común acuerdo entre tales beneficiarios. Se prohíbe a los propietarios y/o administradores de los establecimientos de que trata la presente Ley intervenir de cualquier manera en la distribución de las propinas, o destinar alguna parte de ellas a gastos que por su naturaleza le corresponden a la empresa, tales como reposición de elementos de trabajo como vasos, copas, vajillas, reparaciones locativas, pago de servicios, cambio de dotación, uniformes o elementos similares.</p>	<p>Artículo 5°. Naturaleza y destinación de las propinas. Dado que las propinas son el producto de un acto de liberalidad del usuario, que quiere de esta manera gratificar el servicio recibido, sus beneficiarios serán única y exclusivamente las personas que trabajen en la cadena de servicios en el respectivo establecimiento, según la distribución que internamente se establezcan de común acuerdo entre tales beneficiarios. Se prohíbe a los propietarios y/o administradores de los establecimientos de que trata la presente Ley intervenir de cualquier manera en la distribución de las propinas, o destinar alguna parte de ellas a gastos que por su naturaleza le corresponden a la empresa, tales como reposición de elementos de trabajo.</p>	<p>Se sugiere eliminar en el inciso primero la lista de los intervinientes en la cadena de servicios, pues se considera que pueden quedar excluidas personas que intervienen en la prestación del servicio y que pueden ser beneficiadas con el recaudo de las propinas; basta con aclarar qué Cadena de Servicios se consideran a todos los que intervienen, para que la experiencia del cliente en el establecimiento sea lo más placentera posible.</p> <p>De igual forma se sugiere eliminar los ejemplos que relacionan la destinación de las propinas que podrían efectuar los empleadores para cubrir los gastos que por su naturaleza le corresponden al trabajador, ya que al ser individualizados puede dejar por fuera otros elementos, basta con señalar que las propinas no se pueden destinar a reposición de estos.</p>

Texto original	Texto propuesto	Justificación
Tampoco se podrá, por ningún motivo, retener al trabajador lo que le corresponda por concepto de propinas. Parágrafo. Los ingresos que por concepto de propinas reciban los trabajadores de los establecimientos de que trata esta ley, no constituyen salario, y por consiguiente, en ningún caso se podrán considerar como factor salarial”.	Tampoco se podrá, por ningún motivo, retener al trabajador lo que le corresponda por concepto de propinas. Parágrafo 1°. Los ingresos que por concepto de propinas reciban los trabajadores de los establecimientos de que trata esta ley no constituyen salario y, por consiguiente, en ningún caso se podrán considerar como factor salarial. Parágrafo 2°. Todo empleador debe concertar con sus trabajadores por escrito, la forma en que serán repartidas las propinas, documento del cual se les entregará copia. Los acuerdos deberán ser remitidos a la Superintendencia de Industria y Comercio.	Se sugiere obligar a todo destinatario de la ley a tener un acuerdo escrito con sus trabajadores en el que se concerte la forma en que se repartirán las propinas entre ellos, que sea un documento público y que se entregue copia a todos los empleados.
Artículo 6°. Sanciones. Las violaciones a las disposiciones contenidas en esta ley, faculta a la Superintendencia y Comercio para imponer las sanciones previstas en el artículo 32 del Decreto 3466 de 1982, o en las normas que lo adicionen o sustituyan en desarrollo de las disposiciones vigentes sobre protección a los consumidores, y en lo pertinente, por las autoridades del Trabajo”.	Artículo 6°. Sanciones. Las sanciones por las violaciones a las disposiciones contenidas en la presente ley serán las establecidas en el artículo 61 la Ley 1480 de 2011, en los términos allí previstos o en demás normas concordantes.	Las sanciones son las establecidas en el artículo 61 de la Ley 1480 de 2011, que es el nuevo Estatuto del Consumidor.
Artículo nuevo	Artículo 7°. Vigencia. La presente ley rige a partir de su promulgación.	Se incluye ya que no lo traía el texto original.

De los honorables Representantes,

Yolanda Duque Naranjo, Juan Manuel Valdés Barcha, Luis Fernando Ochoa Zuluaga, Ponentes.

TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE CON PLIEGO DE MODIFICACIONES AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 115 DE 2011 CÁMARA

por medio de la cual se reglamentan el cobro y la destinación de las propinas.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. Ámbito de aplicación. La presente ley se aplica a todos los establecimientos de comercio dedicados a la prestación de servicio de consumo de alimentos, bebidas y/o espectáculos públicos en que se sugiera cualquier pago de propina.

Artículo 2°. Concepto de propina. Se entiende como propina la suma de dinero que por mero sentido de liberalidad y en forma voluntaria, el usuario o cliente de alguno de los establecimientos a los que se refiere el artículo primero de esta ley, entrega a las personas que le atendieron, como demostración de agradecimiento por el servicio recibido, independientemente del valor que deba pagar por el mismo.

Artículo 3°. Información de precios y voluntariedad de la propina. La Superintendencia de Industria y Comercio impartirá las instrucciones relativas a la forma como se debe informar a los consumidores acerca de los precios y de la voluntariedad de la propina, así como del correlativo derecho que les asiste de no pagarla o de modificar su cuantía cuando esta les sea sugerida.

Artículo 4°. Factura. La factura es el único documento que debe ser entregado al consumidor, inclusive antes de pagar, con el fin de verificar los consumos cobrados, el cual debe cumplir con la discriminación de cada uno de los productos consumidos y su costo unitario y el costo total, más los demás requisitos establecidos en el Estatuto Tributario.

Adicionalmente, la persona que atiende al cliente, podrá preguntarle a este si desea que su propina voluntaria, sea o no incluido en la factura o que indique el valor que quiere dar como propina.

Artículo 5°. Naturaleza y destinación de las propinas. Dado que las propinas son el producto de un acto de liberalidad del usuario, que quiere de esta manera gratificar el servicio recibido, sus beneficiarios serán única y exclusivamente las personas que trabajen en la cadena de servicios en el respectivo establecimiento, según la distribución que internamente se establezcan de común acuerdo entre tales beneficiarios.

Se prohíbe a los propietarios y/o administradores de los establecimientos de que trata la presente Ley intervenir de cualquier manera en la distribución de las propinas, o destinar alguna parte de ellas a gastos que por su naturaleza le corresponden a la empresa, tales como reposición de elementos de trabajo.

Tampoco se podrá, por ningún motivo, retener al trabajador lo que le corresponda por concepto de propinas.

Parágrafo 1°. Los ingresos que por concepto de propinas reciban los trabajadores de los esta-

blecimientos de que trata esta ley no constituyen salario y, por consiguiente, en ningún caso se podrán considerar como factor salarial.

Parágrafo 2°. Todo empleador debe concertar con sus trabajadores por escrito, la forma en que serán repartidas las propinas, documento del cual se les entregará copia.

Los acuerdos deberán ser remitidos a la Superintendencia de Industria y Comercio.

Artículo 6°. *Sanciones.* Las sanciones por las violaciones a las disposiciones contenidas en la presente ley serán las establecidas en el artículo 61 de la Ley 1480 de 2011, en los términos allí previstos o en demás normas concordantes.

Artículo 7°. *Vigencia.* La presente ley rige a partir de su promulgación.

De los honorables Representantes,

Yolanda Duque Naranjo, Juan Manuel Valdés Barcha, Luis Fernando Ochoa Zuluaga,
Ponentes.

* * *

INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 069 DE 2011 CÁMARA

por medio de la cual se deroga el artículo 8° de la Ley 1361 de 2009.

Bogotá, D. C., diciembre 6 de 2011

Doctor

DÍDIER BURGOS

Presidente

Comisión Séptima

Honorable Cámara de Representantes

Ciudad

Referencia: Informe de ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 069 de 2011 Cámara, por medio de la cual se deroga el artículo 8° de la Ley 1361 de 2009.

Señor Presidente:

En cumplimiento de la designación que nos fue encomendada, presentamos el informe para primer debate al **Proyecto de ley número 069 de 2011 Cámara**, por medio de la cual se deroga el artículo 8° de la Ley 1361 de 2009.

Antecedentes legislativos

La iniciativa del honorable Representante Germán Varón Cotrino fue radicada en la Secretaría General de la Corporación y una vez remitido a la Comisión Séptima, fuimos designados por la Mesa Directiva como ponentes del mismo.

El proyecto fue publicado en la *Gaceta del Congreso* número 761 de 2001.

Objeto de la iniciativa legislativa

Pretende el proyecto de ley derogar el artículo 8° de la Ley 1361 de 2009, *por medio de la cual se crea la Ley de Protección Integral a la Familia.*

... **“Artículo 8°. Familias numerosas. Teniendo en cuenta la importancia de la familia**

dentro de la sociedad, el Gobierno Nacional establecerá las estrategias y acciones necesarias a fin de proteger y apoyar a las familias numerosas.

Se considerarán familias numerosas, aquellas familias que reúnen más de 3 hijos...”

Marco Constitucional

La Constitución Nacional define la garantía de los derechos y deberes como uno de los fines esenciales del Estado¹. Los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR), son derechos humanos fundamentales en la medida en que las decisiones sobre la sexualidad y la reproducción y la atención de las enfermedades y eventos relacionados con ellas entrañan el ejercicio de derechos tales como el derecho a la vida² (por ejemplo, poner en riesgo la vida de las mujeres por embarazo u otros aspectos relacionados con la procreación); a la igualdad y a no sufrir ningún tipo de discriminación³ (por ejemplo, igualdad independientemente del sexo, la edad, la orientación sexual, la etnia o cualquier otro factor); a la integridad personal⁴ (por ejemplo, a tener una vida sexual y reproductiva libre de acoso, coerción o violencia), entre otros.

Es así como los desarrollos internacionales sobre DSR también tienen respaldo jurídico en la normatividad constitucional colombiana y, por lo tanto, su garantía y ejercicio incluye el derecho básico a alcanzar el nivel más elevado de Salud Sexual y Reproductiva (SSR), para contribuir al desarrollo de las personas y al mejoramiento de su calidad de vida, y el derecho de las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente sobre los asuntos relativos a su sexualidad y reproducción, libres de coerción, discriminación y violencia. Esto incluye la toma de decisiones sobre la edad de inicio de las relaciones sexuales, el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos, e implica la obligación del Estado de garantizar la disponibilidad de la información y medios para ello, así como el acceso, la calidad, la privacidad, la confidencialidad y la integralidad de los servicios.

La Constitución Nacional define la atención en salud y la seguridad social como servicios públicos de carácter obligatorio a cargo del Estado, que deben ser prestados conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Esto implica una responsabilidad indelegable para el Estado, que no se altera por la facultad que le confiere la Constitución de delegar la prestación de servicios en entidades privadas, sobre las cuales existe un deber de vigilancia y control y quienes deben asumir la prestación de los servicios de salud con criterios de responsabilidad social.

¹ Constitución Política, artículo 2°.

² Constitución Política, artículo 11.

³ Constitución Política, artículo 13.

⁴ Constitución Política, artículos 12, 15, 16.

La familia es el núcleo fundamental de la sociedad⁵. Se constituye por vínculos naturales o jurídicos, por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por la voluntad responsable de conformarla.

El Estado y la sociedad garantizan la protección integral de la familia. La ley podrá determinar el patrimonio familiar inalienable e inembargable.

Consideraciones generales

Menciona el autor de esta iniciativa en su exposición de motivos que: ... **“bajo una mirada desprevenida pareciera una disposición muy útil para la finalidad de la ley, pero ya en el contexto demarcado al comienzo la encontramos innecesaria e inconveniente, como que apareja un trato desigual desfavorable a las familias con menos de cuatro hijos y porque comporta un elemento exógeno que puede incidir en la determinación de las parejas y afectarles en sus criterios de procreación responsable...”**.

...“Obviamente el Estado no puede soslayar sus obligaciones para con la comunidad y con mayor razón para con aquella de mayores necesidades y deberá siempre estar en la búsqueda de soluciones para con la población más desprotegida, especialmente con la franja que comprende a la tercera edad y a la infancia. Pero eso no se logra con acciones que favorezcan a las familias numerosas sino con acciones que propendan al beneficio de las individualidades necesitadas. Salvaguardar al niño desamparado o mejorar las condiciones de crecimiento del niño que no tiene los recursos para ello, implica el diseño de estrategias que tengan como destinataria esa franja poblacional afectada y no acciones dirigidas a las familias numerosas *per se*. Esto hace que la disposición contenida en el artículo 8° de la Ley 1361 de 2009 sea innecesaria. En cambio, tal disposición podría convertirse en un estímulo para la procreación que irremediablemente va en contravía del concepto vital de la “procreación responsable...””.

A lo largo de la historia de la humanidad, el crecimiento de la población se considera relativamente pequeño. Sin embargo, a partir del S. XVIII se produce una aceleración importante del crecimiento de la población, que se dio en los países que actualmente se encuentran entre los más desarrollados. Este crecimiento fue producto, sobre todo, de un descenso importante en las tasas de mortalidad que se observan principalmente desde principios del S. XVIII.

Se puede decir que la población mundial ha vivido, y sigue viviendo, durante los dos últimos siglos una revolución muy importante, que algunos autores han llamado *Transición Demográfica*. Con este concepto se trata de designar el

proceso por el cual se pasa de una sociedad tradicional, ruralizada, no industrializada, con unos planteamientos familiares muy tradicionales, **a una sociedad moderna**, caracterizada por una gran urbanización e industrialización, alfabetización y con unos cambios sociales o institucionales muy grandes. Este proceso es muy determinado, principalmente por las variaciones en la fecundidad y en la mortalidad. Generalmente se da por válido que en las sociedades modernas las tasas de fecundidad y mortalidad son más bajas comparativamente, de las que se daban en las sociedades tradicionales o premodernas.

La sobrepoblación mundial es un tema que ha preocupado desde hace bastante tiempo a economistas, demógrafos y políticos, y más recientemente a ambientalistas y a las Naciones Unidas. Efectivamente, desde fines del siglo XVIII con el famoso libro “Un ensayo sobre el principio de la población” de Thomas Malthus (publicado por primera vez en 1798), se venía señalando que si la población mundial seguía creciendo en la forma en que lo estaba haciendo los alimentos que producía la tierra no alcanzarían para alimentar a la población, con lo que resultaba indispensable ejercer un control del crecimiento poblacional. Sin embargo, esta teoría precisamente se planteó en una época en que la expansión agrícola fue de las más grandes que se hayan dado en la historia de la humanidad, lo que vino a echar por tierra su tesis de la falta de alimentos.

Malthus fue solo el precursor de esta teoría, que continuó con diferentes seguidores a través del tiempo. Ya en este siglo, el entomólogo Paul Ehrlich, en su libro “La Bomba de la Población” publicado en 1968, señaló que “la batalla para alimentar a toda la humanidad se acabó. En la década de los 70 la humanidad enfrentará hambrunas, cientos de millones de habitantes morirán de hambre a pesar de cualquier programa que se ponga en marcha ahora”. Dos años después señaló que “65 millones de americanos y otros 4 billones de personas morirán de hambre en la Gran Mortandad entre 1980 y 1989”.

No solo se habló de falta de alimentos. También se apuntó hacia la escasez de otro tipo de productos, como minerales, combustibles fósiles y lugares para depositar nuestros desechos. Más recientemente, los neomalthusianos han mostrado su preocupación porque la humanidad está agotando la biodiversidad, el agua fresca, la tierra arable y los recursos marinos, por señalar algunas de las nuevas catástrofes que vendrán en el futuro, ya que las anteriores predicciones fallaron completamente.

Todas las teorías previamente explicadas sirven de fundamento no solo a ambientalistas que luchan por un control de la población utilizando cualquier método como válido –el aborto, la eutanasia, la eugenesia, etc.–, sino que además han sido justificantes permanentes de quienes promueven el control de la población más allá

⁵ Constitución Política, artículo 42.

de cualquier preocupación ambientalista, procurando legalizar el aborto en todos los países y pretendiendo que son indispensables los métodos artificiales de control de natalidad para evitar el nacimiento de nuevas personas. Incluso estos nuevos precursores de teorías controlistas llegan a señalar que no deben aplicarse medidas de **“controles de la mortalidad”** y **“procreación responsable”**, ya que ello contribuye naturalmente a disminuir la población.

Si preguntásemos a la población qué le parecen las familias numerosas, habría opiniones enfrentadas, pero una gran mayoría afirmaría que son unos valientes. Y realmente lo son, por el riesgo, la aventura que supone tener tantos hijos; podría decirse que las familias numerosas se complican la vida de forma voluntaria; como decía aquella simpática definición de un profesor de Economía que tenía una extensa prole, la familia es igual a “suma de problemas, resta de posibilidades, multiplicación de gastos y división de opiniones”. Mucha gente considera que **“tal y como está la vida”** es una locura tener muchos hijos. Pero que sea una locura o no es algo tan personal como el proyecto familiar que cada uno haya elegido. La crisis actual no es el mejor escenario para tener muchos hijos, pero la responsabilidad de tenerlos es algo que pertenece a la esfera de lo más íntimo y personal y depende de los valores y de la escala de necesidades materiales e inmateriales que cada uno tenga.

Ser familia numerosa en época de crisis no es cuestión de ser héroes o inconscientes; somos simplemente valientes, valientes por embarcarnos en esta aventura de tener muchos hijos, aunque lo hacemos voluntariamente, porque creemos en ello y lo queremos. Requiere, eso sí, grandes dosis de optimismo e ilusión, pero el esfuerzo merece la pena. Las familias de gran tamaño absorben gran cantidad de energía y recursos de todo tipo, pero nos devuelven grandes momentos de felicidad, a nosotros y a nuestros hijos.

Efectos del control demográfico para el mundo

El tamaño de la población, número de personas en un espacio determinado, aparece como problema en los años 60 con el aumento de la población en los países del Tercer Mundo y reaparece hoy con el incremento de personas de ese Tercer Mundo que llegan a países del Primero. Su traducción en el control de la natalidad como en el de la migración parecería responder en sí a intereses propios de los países desarrollados y no como estrategia de desarrollo para el Tercer Mundo. Controlar la cantidad de personas sería el objetivo en ambas instancias, pero en diferentes escenarios⁶.

Hoy día el mundo está experimentando las consecuencias y efectos de años de aplicación de estas políticas de control de la población. Los países desarrollados experimentan actualmente serios problemas de bajas tasas de natalidad, altos índices de abortos y envejecimiento de su población, lo que no les permite tener generaciones de recambio. En otras palabras, los jóvenes serán menos que los ancianos, con las consecuencias que ello trae tanto para la mano de obra como para el pago de las pensiones y beneficios sociales para la tercera edad.

En Europa se está sufriendo fuertemente este fenómeno de la despoblación y envejecimiento de su gente. En 1975 la edad promedio en el mundo era de 22 años, para el 2050 este promedio será de 38 años. En 1900 Europa concentraba el 25% de la población mundial, las proyecciones para el 2050 son que este continente tendrá solo el 7% de la población del mundo.

Casos como los de España e Italia son preocupantes. Las mujeres españolas tienen hoy día un promedio de 1,07 hijos, siendo que el mínimo que se necesita para tener generaciones de recambio es de 2,1 hijos promedio. La mayoría de los países europeos ya no se están reemplazando a sí mismos demográficamente. Según las Naciones Unidas, 61 países (incluida toda Europa) tienen una tasa de natalidad inferior a la de recambio, cifra que llegará a 80 países el año 2001.

El promedio de hijos en Europa Occidental es de 1,6 por mujer, tasa que incluso es menor en Europa del Este, principalmente los países del ex bloque comunista donde la tasa de fertilidad es de 1,3 hijos promedio.

Por su parte, la población italiana disminuirá en un 28% para el año 2050, y si a eso se suma que para el año 2005 la tercera parte de la población europea estará cobrando sus pensiones, nos encontramos frente a una situación bastante compleja. Más aún cuando es el Estado quien debe asumir esta carga, es decir, los contribuyentes europeos deberán solventar estas pensiones, así como los sistemas de salud y cuidado de los ancianos que ya no cuentan con familiares que se hagan cargo de ellos, debiendo asumir esta responsabilidad el Estado.

Un caso paradigmático es el de la República Popular China, que hace un tiempo inició una política de un solo hijo por familia, castigando a quienes tuvieran más hijos, hecho que produjo diversos efectos. En primer lugar, este control fue efectivo solo en las zonas de Pekín, donde existía un mayor control, por ello la población urbana ha sido la que efectivamente disminuye y la rural ha seguido creciendo. Por otra parte, dado que se privilegiaban los hijos hombres, se ha producido una gran cantidad de abortos de mujeres, incluso infanticidios de niñas de 2 y 3 años cuando su madre quedaba embarazada de un varón.

Esto está produciendo desproporción importante de niños hombres versus mujeres, con las

⁶ Teoría de la población y Ecología Humana Curso 1996-1997 - La Transición Demográfica - Suecia- Bolivia.

consecuencias lógicas que ello tendrá en el futuro. Un estudio demostró que en 1995 había 36,8 millones más de varones que de mujeres en China, estimaciones que otros elevan a 66 millones.

Esta serie de efectos que está teniendo la política mundial de control demográfico ha llevado a las Naciones Unidas a proponer políticas de migración selectiva, es decir, permitir que en algunos países crezca más la población para “ofrecerle” mano de obra a los países que enfrentan problemas de despoblación.

Esta nueva aberración de los organismos internacionales, de querer controlar ahora el crecimiento selectivo de la población, nos llevará ya no solo a controles de natalidad, sino que a prácticas eutanásicas y eugenésicas, de manera de no tener que cargar con los “altos costos proporcionales” que les significan los ancianos o niños enfermos, versus adultos mayores o ancianos sanos que deben igualmente financiar sus pensiones y salud.

El período de posguerra se caracteriza por el directo involucramiento de los gobiernos y entidades no gubernamentales en la formulación de políticas de población y ejecución en terceros países. Hay un creciente acento a partir de los años 60 de la comunidad internacional en la necesidad de tomar en cuenta variables demográficas. Sin duda, la rapidez con la cual la población emerge como una importante variable, la preeminencia que ha alcanzado y su defensa por los países desarrollados causa sospecha.

Tras estas nociones generales sobre la demografía y la cooperación internacional dadas en los apartados anteriores, pasamos a analizar algunas políticas demográficas que a través de diferentes actores se ponen en relación con las estrategias, los discursos, programas del desarrollo. Las políticas demográficas son aquellas políticas que persiguen de forma deliberada cambiar el tamaño, crecimiento, composición o distribución de la población de un país o territorio. Si los estados, organismos, instituciones pueden en efecto ejercer influencia sobre resultados demográficos es una cuestión en eterna disputa. En la migración, los efectos, a través de simple regulación, pueden ser claramente substanciales; igual situación en relación a la mortalidad con gastos directos en salud; pero son discutibles los efectos de las políticas de control de natalidad.

La población debe ser tratada como objeto y sujeto del desarrollo. El desarrollo debe contribuir a satisfacer las necesidades tanto materiales como espirituales de la población, que conforman sus condiciones de vida. A su vez, la población es el sujeto del desarrollo en tanto factor principal de la producción de bienes y servicios y consumidores de los mismos⁷. El estudio de la

composición, tamaño, movimiento de la población es el objeto de la demografía⁸.

Es incuestionable la importancia de esta disciplina debido a sus implicaciones sociales, económicas, culturales, políticas, etc. La dinámica demográfica produce efectos de vital importancia sobre la estructura económica y social de un país y juega un papel fundamental en el diseño de toda política económica y social. Esta coherencia puede lograrse por dos medios, bien adecuando las variables demográficas a la economía o viceversa. Según la concepción que se tenga de la relación entre la economía y la población se opta por una u otra medida, y esta opción es una decisión fundada más en percepciones, valores, ideologías que en evidencia suficientemente sustentada.

Desarrollo de la salud sexual en Colombia

Colombia ha sido considerado uno de los países latinoamericanos más exitosos en lograr un descenso rápido de su fecundidad. A este hecho han contribuido entre otros: la rápida urbanización, el aumento de la escolaridad y la gran aceptación de la planificación familiar por parte de la comunidad.

Sin embargo, a pesar de la alta prevalencia en el uso de métodos mostrada en la Encuesta de Demografía y Salud (2000), existe una gran demanda insatisfecha, especialmente en las poblaciones rurales y en las urbanas menos favorecidas. En el año 2003 se lanzó la Política nacional de salud sexual y reproductiva en la cual se hacen explícitas las estrategias y acciones en cuanto a planificación familiar, las cuales tienen como propósito proporcionar el acceso de toda la población a métodos diversos, seguros, asequibles, aceptables y confiables para la planificación familiar mediante la consejería de calidad, el suministro oportuno del método elegido y la garantía de seguimiento a la utilización del mismo mediante los controles necesarios para la óptima utilización y adaptación a cada usuario.

De igual forma, menciona que se deben desarrollar competencias para decidir el número de hijos que se quieran tener y el espaciamiento entre ellos, como decisión que compete a ambos miembros de la pareja. Igualmente, debe enfatizarse que la utilización o no de métodos de planificación familiar es una decisión que se mueve, 520 guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública en el ámbito de la autonomía y la responsabilidad personal y social, en el contexto del proyecto de vida que cada cual escoge para sí.

En Colombia, las mujeres con mayor fecundidad presentan tasas más altas de mortalidad materna. Así, las mujeres con cuatro hijos o más presentan tasas por encima de 120 x100.000 RN vivos y las que tienen 2,4 hijos o menos presentan tasas por debajo de 64 x100.000 RN vivos.

⁷ Bueno Sánchez, 2003:4.

⁸ Término acuñado por Achille Guillard hacia 1855.

La mortalidad materna se comporta de manera inversamente proporcional a la prevalencia del uso anticonceptivo. Las zonas donde la prevalencia del uso de anticonceptivos es superior a 74%, presentan mortalidad materna de 74 x100.000 RN vivos, mientras que donde la prevalencia anticonceptiva es de 62% o menos la mortalidad materna asciende a 111 x100.000 RN vivos. Es, por lo tanto, la planificación familiar una herramienta de gran importancia en la reducción de la mortalidad materna en el país⁹.

Políticas públicas de salud sexual y reproductivas desarrolladas en Colombia

La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social. La **SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA** (SSR) se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los **DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS** (DSR).

Un buen estado de SSR implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos, el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles, la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital.

La política nacional de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) definida en 2002 por el Ministerio de la Protección Social para los años 2002 a 2006, constituye la respuesta institucional a las recomendaciones originadas en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995), en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994), y en la Organización Mundial de la Salud¹⁰. Allí se señalaron los temas prioritarios

para el caso de Colombia: maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de las adolescentes y los adolescentes, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual y reproductiva VIH/SIDA, y violencia doméstica y sexual.

Para el caso particular de los adolescentes y las adolescentes se ha visto la necesidad de orientar hacia esta población políticas públicas y acciones de promoción de salud sexual y reproductiva (SSR), específicamente diseñadas para ellas y ellos, con su participación e involucrando las redes sociales de padres, educadores y educadoras, y familia, entre otras, así como servicios de atención integrales que respondan a las necesidades y características propias de su ciclo vital.

Las adolescentes y los adolescentes no acuden con facilidad a los servicios de consejería y atención y, por lo tanto, es indispensable que el sistema cuente con mecanismos que les permitan aprovechar las oportunidades en que se acercan a solicitar orientación o servicios, particularmente para suministrarles métodos de control de la fecundidad y de protección contra enfermedades de transmisión sexual –ETS y VIH/SIDA–, y para vincularlas y vincularlos a programas específicos según sus necesidades. Con la población adolescente es de particular importancia trabajar los estereotipos, prejuicios y valores frente a la sexualidad, la reproducción y las relaciones de pareja y familiares, que perpetúan relaciones complejas entre los sexos y favorecen conductas de riesgo.

Durante los últimos años, la **Organización Panamericana de la Salud (OPS)** ha dado pasos importantes para la inclusión de la salud sexual y reproductiva en los programas nacionales de salud adolescente de la región, proponiendo un nuevo marco conceptual que aborda la sexualidad de los jóvenes y de las jóvenes desde una perspectiva de desarrollo humano, integrando la salud sexual dentro de un marco más amplio de salud y desarrollo.

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la salud sexual es un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad.

La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen al bienestar personal y social, enriqueciendo la vida individual y social. No es simplemente la ausencia de disfunciones, enfermedad y/o malestar.

Para poder conseguir y mantener la salud sexual es necesario que se reconozcan y defiendan los derechos sexuales de todas las personas.

En el marco de la descentralización política y administrativa del sector salud en Colombia, la puesta en ejecución de la política pública de Sa-

⁹ Todo papás, evolución de familias numerosas.

¹⁰ Otras conferencias internacionales relevantes son la Cumbre Mundial en favor de la Infancia (Nueva York, 1990), la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993), la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995), y las conclusiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas del año 2001, sobre la epidemia de SIDA en el mundo.

lud Sexual y Reproductiva (SSR)¹¹, está bajo la responsabilidad de las seccionales departamentales de salud para los municipios bajo su jurisdicción, con la exclusión de las tres capitales de estos departamentos, para las cuales la responsabilidad de la política incumbe a sus respectivas secretarías municipales de salud.

La política nacional considera la Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes y las adolescentes como el ejercicio de una sexualidad libre, satisfactoria, responsable y sana, lo que implica la prevención del embarazo precoz y la prevención y atención de eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción (PNSSR, 2003). Para ello se plantean varias estrategias complementarias entre sí, a fin de lograr el mejor y más rápido efecto en la problemática.

Esas son:

1. La Promoción de la SSR de las adolescentes y los adolescentes mediante estrategias de Información Educación Comunicación (IEC).
2. La Coordinación Intersectorial e Interinstitucional.
3. El fortalecimiento de la participación.
4. El fortalecimiento de la gestión institucional.
5. La potenciación de las redes sociales de apoyo, y
6. El Desarrollo de la Investigación (PNSSR, 2003).

Para las adolescentes en particular, la Política Pública Nacional de SSR dispuso como meta principal reducir el embarazo en este grupo de población en un 26% en 4 años, mediante acciones de distinto orden.

Las áreas de la SSR más preocupantes desde el punto de vista de la salud pública, y por lo tanto las áreas que deben ser prioritariamente atendidas, son:

- La falta de servicios de atención integral para adolescentes.
- El aumento de las tasas de embarazo a edades cada vez más tempranas.
- El alto porcentaje de embarazos no planeados, que afectan no solo las condiciones de salud de las adolescentes y de los adolescentes, sino también el ejercicio de sus derechos humanos fundamentales, limitando las posibilidades de convivencia social y afectando su proyecto de vida y el desarrollo de sus potencialidades.

En nuestra sociedad, comúnmente se escucha hablar sobre la política en un tono despectivo, debido a que los representantes del pueblo toman medidas que influyen negativamente sobre la sociedad. A continuación, se desarrollará un análisis acerca de la influencia de las políticas

públicas sobre la natalidad colombiana y cómo afectan a la población en general.

En la actualidad, gracias a la fuerte influencia de las campañas publicitarias sobre la mentalidad de la sociedad, una gran parte de las familias han decidido o tener pocos hijos o no tenerlos.

Según el DANE, el total nacional de hijos por madre pasó de tener un promedio en 1985 de 3,42 hijos a 2,48 en el 2005. También, se observa que en departamentos menos desarrollados como el Chocó y Amazonía este índice es de 4,35 y 4,30, respectivamente; en contraste, departamentos como Cundinamarca, Valle del Cauca y Antioquia se aproximan a 1,92, 2,10 y 2,22 hijos, respectivamente. Esta situación se debe a que estas primeras regiones tienen menos acceso a los medios de comunicación que las segundas. Pero en realidad, ¿cuál es la responsabilidad que tiene el Estado y las políticas públicas sobre esta problemática?

Para responder este cuestionamiento, en primer lugar hay que evaluar el concepto de política. Según Max Weber, sociólogo alemán, la política es la dirección e influencia sobre la trayectoria del Estado, es decir, la actividad, ya sea por parte del gobierno o los ciudadanos, en la cual se interviene en los asuntos públicos a través del uso del poder. Gracias a este significado, se observa una doble responsabilidad de quienes ejercen la política, primero por el manejo que le dan a **PROFAMILIA**, y segundo por la omisión sobre la publicidad privada. Respecto a lo primero, esta entidad gubernamental se ha dedicado a invitar a la población colombiana a utilizar métodos anticonceptivos, principalmente el condón, para evitar embarazos no deseados, mediante propagandas. Sin embargo, la verdadera intención de estas campañas, es evitar el aumento de la población para que no crezca el gasto público en cuanto a inversión social.

En cuanto a la segunda responsabilidad, es deber del Estado intervenir de manera positiva en el sector privado a través de las políticas públicas. En ningún momento, se ha desarrollado una reglamentación en cuanto al contenido de las campañas publicitarias privadas, por tal motivo, el Estado es culpable por omisión en sus políticas. Igualmente, hay que entender que si para el gobierno es más fácil promulgar un control de natalidad, no implementará medidas para controlar la acción de la publicidad y los medios de comunicación.

Por otra parte, es probable que surja el cuestionamiento siguiente:

¿Por qué el control de natalidad trae un efecto negativo sobre la sociedad?

Hay dos factores que pueden ser evaluados para resolver esto.

En primer lugar, al tener unos bajos niveles de natalidad la población a lo largo de los años va a disminuir, generando un descenso en la can-

¹¹ República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Salud Pública, Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva - 2003.

tividad de personas aptas para el trabajo, principalmente jóvenes, lo cual generaría una baja productividad nacional, al observar que nuestro país económicamente está basado en la agricultura y la industria, el cual necesita personas con capacidades físicas e intelectuales para el trabajo pesado. Esta crisis se ha experimentado en países como Suecia donde la cantidad de trabajadores es muy poca, sin embargo naciones como esta han logrado sobrevivir debido a su alto desarrollo económico que le permite contratar personal de otras naciones para el desempeño de funciones en las fábricas.

En segundo lugar, la ética y la moral se deterioran cada vez más, porque se crea una cultura de promiscuidad, la cual genera una destrucción del núcleo familiar. Por tal motivo, al ser estos aspectos de vital importancia para el buen funcionamiento de la sociedad, el país se verá afectado negativamente por estas medidas de control de natalidad.

Con todo lo dicho anteriormente, se puede decir que esa directriz de la política, que debería buscar el bien para todo el pueblo colombiano, hace cosas que no son adecuadas; pues el Estado considera que el uso de estas campañas publicitarias podría ser bueno, pero, en realidad, las consecuencias que traen son fatales para Colombia, y por lo tanto, no se está pensando en el futuro de una nación, pues si se evaluara correctamente los efectos que traen la omisión o el desarrollo de las políticas públicas anteriormente mencionadas, se rediseñarían los métodos de control de natalidad y si en realidad conviene o no la implementación de esta.

Evolución legislativa

Si bien es cierto en nuestro país, el reconocimiento de las familias desde el punto de vista de su origen ha sufrido transformaciones significativas, al entenderse no solo como aquel grupo integrado por un hombre, la mujer y los hijos de estos, sino todo el que forme por un grupo de personas que se encuentran vinculadas de alguna forma, ya sean estos vínculos por consanguinidad o filiales; también puede decirse que algunas formas que podrían ser alternativas de originar la familia o al menos se entiende así por algunos estudios del tema, no han sido objeto aún de tratamiento legal o no suficientemente en materia de la familia, por hablar solo de un área del derecho.

Según el tratadista Augusto César Belluscio, citando a Marco Gerardo Monroy Cabra expresa que la familia puede tener diversas significaciones: una amplia, una restringida y otra intermedia.

La familia en sentido amplio es el conjunto de personas con las cuales existe un vínculo jurídico de orden familiar, lo cual comprendería “al conjunto de ascendientes, descendientes y colaterales de una linaje”.

Familia en el sentido restringido: comprende solo el núcleo paterno-filial, denominado familia conyugal o pequeña familia, es decir, la agrupación formada por el padre, la madre y los hijos que viven con ellos o están bajo su potestad.

Familia en el sentido intermedia: grupo social integrado por las gentes que viven en una casa, bajo la autoridad del señor.

El Estado reconoce a la familia como el mejor espacio para la humanización y socialización del individuo. El amor y la solidaridad posibilitan el manejo adecuado de las dificultades y los conflictos creando al interior de la familia un clima de afectividad, donde cada uno de los integrantes puede sentirse querido, valorado y reconocido, aun a pesar de alguna enfermedad o limitación. Es importante que toda familia pueda delimitar los espacios del individuo consigo mismo, lo cual promueve y constituye los sentimientos de autonomía, independencia y autogestión única vía posible para que el sujeto pueda hacer uso adecuado de su libertad.

En la actualidad pueblan el mundo cerca de 6.000 millones de personas. Se dan varias hipótesis de crecimiento de la población mundial hasta el año 2150. La hipótesis más elevada es entregada por el servicio del FNUAP (Informe sobre la Población Mundial 1992): 12.000 millones de habitantes. La hipótesis intermedia se sitúa en 10.000 millones. La baja, entre 7.000 y 9.000 millones¹².

Tendencias demográficas actuales

Descenso de las tasas de fecundidad

Es importante recalcar que la tasa real de crecimiento de la población mundial está registrando, desde hace 30 años, una sensible baja, debido al llamado “invierno demográfico” y a la difusión de las políticas anticonceptivas y abortistas (cada año se producen 50 millones de abortos quirúrgicos y 140 millones causados por los principales anticonceptivos de efecto abortivo).

- En 1997, la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la ONU, reunida para estudiar la caída de la fecundidad y sus causas, reconoció que de 185 países del mundo, 51 no lograban reemplazar a sus generaciones. Más aún, en 13 de ellos, el número anual de defunciones superaba al de nacimientos.

- En 2001, la misma División de la ONU y el Census Bureau de EE.UU. coincidían en reconocer los siguientes datos:

1. De 1950 a 2000, el nivel mundial de fertilidad descendió en más del 40% (equivalente a dos nacimientos menos por mujer).

2. La fertilidad por debajo de la tasa de reposición ha alcanzado ya a 83 países del mundo, que representan el 44% de la población mundial (2.700 millones de personas), y no se limita a los países más desarrollados (también están paí-

¹² BECKER, Gary: “L'importanza del capitale umano” en La Società, n° 97, Verona 1997.

ses del Caribe –Barbados, Cuba y Guadalupe–, africanos –Túnez–, Orientales –Líbano– y asiáticos –Sri Lanka, Hong Kong, Singapur, Corea, Tailandia y Taiwán, sin contar la más baja del mundo, China–).

3. Nueve de los 15 países en desarrollo más poblados registran niveles de fertilidad inferiores a los que caracterizaron a los EE.UU. en 1965, y durante los últimos 25 años, en ocho de ellos esos niveles se redujeron a la mitad.

4. Aunque los países del África Subsahariana y Oriente Medio siguen siendo los de fertilidad más elevada (900 millones de habitantes en el 2000, 1/7 de la población mundial), el descenso sigue siendo significativo (en Kenia, se redujo el equivalente a 4 hijos menos por mujer, en solo 20 años).

5. En consecuencia, países que representan la mitad de la población, registran hoy un “incremento cero”, y parte de ese porcentaje está sufriendo una grave disminución de su población¹³.

En cuanto a las causas de este drástico descenso de la fertilidad en el mundo, no existen razones claras: afecta a países tan diversos, que no se podría identificar elementos socioeconómicos o políticos comunes.

A menudo, en los informes de la ONU se identifican la pobreza y el analfabetismo (especialmente el femenino) como causantes de altas tasas de fertilidad. Sin embargo, estas características no han impedido que Bangladesh redujera a la mitad su tasa de fecundidad en solo 25 años.

Del mismo modo, se suelen ver las actitudes tradicionales y los valores religiosos como un obstáculo para la transición de altas a bajas tasas de fertilidad. Sin embargo, en Irán, un país sometido a un estricto régimen islámico, descendieron en 2/3 y están¹⁴ en el límite del reemplazo generacional.

Por último, esta drástica caída de la fertilidad se suele atribuir a la difusión cada vez mayor de programas de planificación familiar, auspiciados por Organismos Internacionales, ONG y Gobiernos. Pero países como Brasil no han adoptado nunca un programa de este tipo, y sin embargo la fertilidad ha caído en un 50% durante los últimos 25 años.

Cordialmente,

Honorables Representantes *Yolanda Duque Naranjo*, Ponente Partido Liberal Colombiano; *José Bernardo Flórez Asprilla*, Ponente Partido de la U.

Proposición

Por los motivos antes expuestos, nos permitimos rendir ponencia negativa para primer deba-

te, al Proyecto de ley número 069 de 2011 Cámara, *por medio de la cual se deroga el artículo 8° de la Ley 1361 de 2009.*

Cordialmente,

Honorables Representantes *Yolanda Duque Naranjo*, Ponente Partido Liberal Colombiano; *José Bernardo Flórez Asprilla*, Ponente Partido de la U.

* * *

PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 064 DE 2011 CÁMARA

por medio de la cual se crea el documento de voluntad anticipada que busca mantener la dignidad humana en pacientes que se encuentren en enfermedad en fase terminal.

Bogotá, D. C., diciembre de 2011

Honorable Representante

DÍDIER BURGOS RAMÍREZ

Presidente Comisión Séptima Constitucional

Cámara de Representantes

Respetado Presidente:

En cumplimiento del honroso encargo que me hiciera la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional de la Cámara de Representantes y en cumplimiento de lo establecido en la Ley 5ª de 1992, procedo a rendir ponencia para primer debate del Proyecto de ley número 064 de 2011 Cámara, *por medio de la cual se crea el documento de voluntad anticipada que busca mantener la dignidad humana en pacientes que se encuentren en enfermedad en fase terminal*, en los siguientes términos:

Las suscrita ponente designada para primer debate al Proyecto de ley número 064 de 2011 Cámara, *por medio de la cual se crea el documento de voluntad anticipada que busca mantener la dignidad humana en pacientes que se encuentren en enfermedad en fase terminal*, presentado a consideración del Congreso de la República por el honorable Representante a la Cámara por el departamento de Boyacá, doctor Rafael Romero Piñeros, publicado en la *Gaceta del Congreso* número 611 de 2011, y en cumplimiento del artículo 153 de la Ley 5ª de 1992, procedo a rendir el informe de ponencia correspondiente, previas algunas consideraciones destinadas a revisar, ampliar y profundizar las que ya fueron realizadas en la exposición de motivos por el autor.

En este orden de ideas, someto a consideración de la honorable Comisión Séptima de la Cámara de Representantes el presente informe de ponencia, que está compuesto por seis (6) apartes, de la siguiente manera:

I. ANTECEDENTES

II. OBJETO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

¹³ CASCIOLI, Riccardo: El complot demográfico, Libros MC, Ediciones Palabra, 1998.

¹⁴ DELWORTH GARDNER, B.: “Natural Resources and human survival” en *Population Resources and the Future: non-malthusian perspectives*, Brigham Young University Press, Utah, 1972.

III. MARCO CONSTITUCIONAL Y LEGAL

IV. LEGISLACIÓN INTERNACIONAL

V. CONSIDERACIONES Y MODIFICACIÓN AL ARTICULADO PROPUESTO POR LA PONENTE

VI. PROPOSICIÓN FINAL

I. ANTECEDENTES

El día 18 de agosto del año 2011 fue presentado el presente Proyecto de ley número 064, por el honorable Representante Rafael Romero Piñeros, publicado en la *Gaceta del Congreso* número 611 de 2011, designándome como ponente del mismo.

II. OBJETO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

El proyecto de ley tiene por objetivo, está orientado a reducir el sufrimiento que atraviesan pacientes con enfermedades en fase terminal, a través de la creación de condiciones que garanticen, a cualquier persona mayor de edad, la posibilidad de manifestar no someterse a tratamientos médicos innecesarios que intenten prolongar su vida como pacientes terminales; esto, siempre y cuando dicha manifestación se haga de manera consciente y anticipada, de forma escrita y formalizada ante notario público.

La voluntad anticipada o *living will* es un concepto surgido durante el último siglo; el término hace referencia al derecho a la dignidad humana en la práctica del cuidado de la salud, su aplicación a casos de enfermedad en fase terminal ha mejorado la calidad de vida de gran cantidad de pacientes; algunas de estas personas han tenido que continuar, aun contra su voluntad, tratamientos médicos que conllevan una prolongación de su vida, provocando en numerosos casos el aumento del sufrimiento y el dolor que los tratamientos de una enfermedad en fase terminal generan, aumento generado por no poder decidir sobre su bienestar o el derecho a una vida digna.

Desde sus orígenes, el concepto de dignidad humana ha estado sustentado en la reciprocidad. La palabra dignidad proviene del latín *dignus*, esta tiene dos acepciones básicas: 'igual' o, 'del mismo valor que tal cosa', tal sentido de reciprocidad ha llevado a que el término connote 'merecedor de tal cosa', 'justo'. La naturaleza de lo justo habla del lugar natural que las cosas ocupan, de tal forma que el hombre y la mujer, en su condición de seres humanos, al estar situados entre los dominios de lo justo y el no poder negar su naturaleza humana, actúan en relación a la exigencia de la reciprocidad.

El sentido de reciprocidad que se halla implícito en la noción de dignidad humana incluye correspondencia en el respeto por el otro en torno a las diversas acciones humanas. Es entonces prioritario reconocer cuáles son los instrumentos o medios necesarios para conseguir el fin de cualquier acción; reconocimiento que sólo

puede darse a través de un análisis del sentido de los fines; este modo de proceder respecto a la acción humana tiene en cuenta que los medios no pueden desvincularse del sentido de los fines, al mismo tiempo que con el fin se obtiene el objetivo de la acción; si se analizan las formas de experimentación efectuadas por los nazis a la luz de lo enunciado, se corresponde que estas formas (entendidas como medios) no pueden desvincularse del desprecio xenófobo y el exterminio consecuente generado hacia grupos sociales considerados, a su entender, como inferiores racialmente.

Si lo prioritario del fin de la acción humana es su sentido, su aspecto moral, entonces cualquier acción humana cuyo objetivo pueda convertirse en ley general de la naturaleza, es decir, que pueda aplicarse de manera universal no puede estar orientada hacia la búsqueda del daño en el otro, y así mismo es reprobada como ley humana. Las leyes generadas en un Estado Social de Derecho están basadas en el respeto de la dignidad humana; así mismo, deben respetar los derechos fundamentales de los ciudadanos y aplicarse a todos los que abarca el objeto de la ley, de aquí deviene el carácter moral de la ley, ya que genera ciertas prácticas que se convierten en costumbre y estas no pueden violentar la dignidad de las personas que se gobierna.

De tal manera, tanto la condición de estar en estado de conciencia óptimo al tomar la decisión, como el estar claramente informado sobre la lógica de la intervención o dejación de la misma, son requerimientos sin los cuales una acción moralmente aceptable, como la Voluntad Anticipada, debe basarse.

Sobre el artículo primero de la Declaración Universal de los Derechos Humanos:

“Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”.

En este caso se debe entender la dignidad humana como un principio absoluto, el cual soporta el conjunto de derechos fundamentales y está intrínsecamente ligado a la práctica moral, lo que garantiza la práctica del respeto a la autonomía e identidad de la persona.

En esta vía, la medicina concebida con base en la dignidad humana, habría de estar al servicio del paciente, teniendo siempre presente el respeto por la persona, por las decisiones que esta toma en estado consciente sobre su cuerpo; en contraste, existen prácticas médicas que omiten las decisiones del paciente, es el caso del denominado “encarnizamiento terapéutico”, práctica médica que mantiene al paciente vivo a toda costa, esta pierde su calidad de terapia, pues impone el procedimiento de curación y omite la posibilidad de participación del propio paciente en el proceso, esto la convierte en un proceder siniestro e inmoral constitutivo de una

praxis médica execrable. El documento de Voluntad Anticipada expresa la importancia que el paciente tiene en la toma de decisión sobre su cuerpo, sobre su vida. El “encarnizamiento terapéutico” no contempla al paciente como un fin en sí mismo ni que el cuerpo en tratamiento es del paciente, persona con capacidad de decisión.

Consideremos ahora, como parte de la argumentación, el pronunciamiento del Consejo de Europa, el cual considera, bajo la Recomendación 779 de 1976 sobre los derechos de los enfermos y moribundos, que prolongar la vida no debe ser, en sí mismo, el fin exclusivo de la práctica médica, pues debe preocuparse igualmente por el alivio del sufrimiento. Además, considera que el médico debe hacer todos los esfuerzos para aliviar el sufrimiento y que ningún profesional sanitario puede ser obligado a actuar en contra de lo que su conciencia le dicta en relación con el derecho de los enfermos a no sufrir.

En tal sentido, el presente proyecto de ley tiene en cuenta el paliar el dolor y el sufrimiento que padecen los pacientes objeto del articulado, a través de la cobertura sobre los cuidados paliativos. El dolor es una expresión orgánica, lo que duele es el cuerpo, aun cuanto esté articulado a fuertes manifestaciones psíquicas y culturales. El dolor no tiene otro sentido fuera del orgánico, de tal manera no puede ser aceptado el paternalismo médico en donde intentan convencer al doliente de que el dolor tiene alguna razón de ser.

Aunque en América Latina el tema del control de dolores severos avanzados está en desventaja, con relación al acceso que en Europa o Estados Unidos hay sobre medicamentos esenciales como opioides, la política sobre el control del dolor es tenida en cuenta en el momento de hablar de enfermedades en fase terminal.

En cuanto al sufrimiento hay que referirse al cuidado psicológico y la asistencia espiritual que se requiere en el proceso de estado terminal de un paciente. La petición del paciente al respeto de su voluntad no debe dejar de lado el acompañamiento que el servicio médico ha de ejercer sobre el doliente, en todo lo que abarca las implicaciones de su enfermedad, pues el dolor y el sufrimiento hacen parte del proceso final de las enfermedades en estado terminal.

• Presentación del articulado

En las sociedades actuales, cerca de un 80% de la totalidad de las muertes se presentan en hospitales, por lo menos un 70% de estas muertes suceden después de un periodo más o menos largo de incapacidad mental para tomar decisiones propias por parte de los convalecientes. Las enfermedades en fase terminal son caminos de tránsito en los cuales, ocasionalmente, el paciente terminal queda sumido en un periodo de inca-

pacidad mental irreversible¹ con posibilidad de extenderse a varios meses o incluso años antes del fallecimiento.

El honorable Representante Rafael Romero Piñeros, autor del proyecto de ley, propone el siguiente articulado:

por medio de la cual se crea el documento de voluntad anticipada que busca mantener la dignidad humana en pacientes que se encuentren en enfermedad en fase terminal.

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

Artículo 1º. Objeto. *La presente ley tiene por objeto la creación del procedimiento que garantiza a cualquier persona el derecho a expresar de manera anticipada y por escrito su voluntad, en el sentido de no someterse a tratamientos médicos innecesarios que eviten prolongar una vida digna en el paciente, frente a enfermedades en fase terminal debidamente diagnosticadas por parte del médico tratante del paciente.*

En ningún caso podrá dejarse de suministrar los cuidados paliativos necesarios, correspondientes a atenuar la situación psicopatológica, física, emocional, social y espiritual proveniente del estado terminal del paciente.

Artículo 2º. Definiciones. *Para efecto de la aplicación de esta ley, deben tenerse en cuenta las siguientes definiciones:*

Cuidados paliativos: *Son aquellos cuidados que no adelantan ni retrasan la muerte y se aplican frente a una enfermedad avanzada y progresiva, la cual no responde a un tratamiento curativo. El objetivo de los Cuidados Paliativos consiste en obtener la mejor calidad de vida posible para el paciente, con enfermedad en fase terminal, y su familia, a través del control del dolor, la atención psicológica y la asistencia social y espiritual del paciente y su familia.*

Fase terminal de una enfermedad: *Se considera que un paciente se encuentra en fase terminal de una enfermedad, cuando padeciendo una enfermedad mortal, tiene una esperanza de vida menor a seis meses y se encuentra imposibilitado para mantener su vida de manera natural.*

Voluntad anticipada: *Es la manifestación de una persona, mediante documento escrito y suscrito ante Notario Público, de no someterse a tratamientos médicos innecesarios que eviten prolongar una vida digna en el paciente, frente a enfermedades en fase terminal, debidamente diagnosticadas por parte del médico tratante del paciente.*

¹ Se define la incapacidad mental irreversible como una disfunción cognoscitiva que compromete lesiones a nivel cerebral (del sistema nervioso central), cuyas implicaciones están relacionadas con un déficit de los procesos superiores, comprensión y evaluación que a su vez impide el proceso de toma de decisiones. El procedimiento de toma de decisiones implica el conocimiento de las posibilidades, la comprensión de sus implicaciones, su evaluación, la elección y la decisión.

Médico tratante: Se refiere al profesional de la medicina, ya sea general o especialista, que ha tenido la responsabilidad del cuidado del paciente, víctima de una enfermedad terminal.

Artículo 3º. Manifestación de voluntad anticipada. Las personas que se encuentren en pleno uso de sus facultades legales y mentales, mediante documento suscrito ante Notario Público, podrán expresar en cualquier momento su decisión de manera libre, consciente, seria e inequívoca, de no someterse a tratamientos médicos innecesarios que eviten prolongar una vida digna en el paciente, frente a una enfermedad en fase terminal, debidamente diagnosticada por parte del médico tratante.

Cuando se trate de menores de edad o personas declaradas legalmente incapaces, la manifestación de voluntad anticipada debe ser suscrita por quienes ostenten la patria potestad del menor o tengan la representación legal de la persona declarada incapaz. La patria potestad y la representación legal deben ser demostradas ante el Notario.

Parágrafo. Dentro del documento suscrito ante Notario Público, las personas podrán manifestar también su voluntad de donar sus órganos y tejidos, una vez se produzca la muerte por causa de la enfermedad en fase terminal.

Artículo 4º. Elementos esenciales del documento. El documento de voluntad anticipada suscrito ante Notario deberá contener, como mínimo, los siguientes elementos:

1. Nombres completos.
2. Número de identificación.
3. Manifestación clara de no someterse a tratamientos médicos innecesarios que eviten prolongar una vida digna en el paciente, frente a cualquier enfermedad en fase terminal, debidamente diagnosticada por parte del médico tratante.

Artículo 5º. Inclusión en la historia clínica. Una vez suscrito el documento de voluntad anticipada ante notario público, la persona podrá solicitar a su médico tratante sea incluido el documento en su historia clínica.

Artículo 7º. Revocatoria. El signatario del documento de voluntad anticipada podrá en cualquier momento revocar su decisión, mediante documento escrito, sin que sea necesario comparecer ante Notario Público.

Artículo 8º. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las normas que le sean contrarias”.

III. MARCO CONSTITUCIONAL Y LEGAL

• Fundamento constitucional

El presente proyecto de ley tiene sustento constitucional en los artículos 1º y 16 de la Carta, los cuales rezan:

Artículo 1º. Colombia es un Estado Social de Derecho, organizado en forma de República

Unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.

El Constituyente de 1991 estableció como principio rector al Estado social de derecho, en el que se debe reflejar la protección de los principios y derechos fundamentales y donde toda actividad estatal y privada se realice de acuerdo a los postulados de integralidad, respeto a la autonomía de las entidades territoriales, al estado unitario, descentralizado, democrático, participativo y pluralista.

A este principio rector la carta impone un límite fundamental en los fines del Estado que es el respeto a la dignidad humana. Y se entiende por dignidad humana a aquellos valores y principios inherentes a las personas, que constituyen una libertad de escogencia respecto de su plan de vida en un entorno social acorde a sus condiciones, igualmente la posibilidad de gozar efectivamente de las garantías y beneficios sociales que le permitan vivir participativamente en sociedad.

En este sentido el principio de dignidad humana es la base primordial en la cual se deben desarrollar todos los derechos fundamentales e inherentes a la persona y que constituyen el verdadero desarrollo del Estado Social de Derecho.

Según el artículo 16 de la Constitución Política:

“Todas las personas tienen derecho al libre desarrollo de su personalidad sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico”.

Este artículo establece la posibilidad que toda persona tiene de ser autónoma en las decisiones de su existencia, este artículo está en concordancia con el citado artículo 1º, en el sentido que se entiende el reconocimiento de la autonomía de la persona ligada con la dignidad que es inherente a ella.

El libre desarrollo de la personalidad es el derecho que tiene toda persona de decidir sobre los actos referentes a su vida personal, profesional, creencias religiosas, preferencias culturales, sociales, artísticas, en otras muchas decisiones; estableciéndose el principio de autonomía como principio fundamental en nuestra carta, el cual debe ser respetado.

En este sentido las personas decidirán en los asuntos que a ellas les atañen respecto a sus convicciones personales, teniendo en cuenta los límites de la autonomía de los demás y el orden jurídico.

• Fundamento legal

Ley 23 de 1981, “por la cual se dictan normas en materia de ética médica” Título II. PRÁCTICA PROFESIONAL. CAPÍTULO I. DE LAS RELACIONES DEL MÉDICO CON EL PACIENTE

Artículo 8º. El médico respetará la libertad del enfermo para prescindir de sus servicios.

Artículo 15. *El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos, y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente.*

Artículo 16. *La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto.*

El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados.

De acuerdo a lo referido en la presente ley, el legislador ha dispuesto claramente la noción de consentimiento informado, consistente en que el médico tratante debe informar al paciente sobre los tratamientos o procedimientos a practicar para que el paciente de forma consciente pueda decidir sobre su realización.

De la misma forma, el Código de Ética y Deontología Médica presenta dos artículos relacionados con los pacientes enfermedad incurable y terminal, uno con el consentimiento informado y el otro con el respeto a la dignidad humana.

• Código de ética y deontología médica

Capítulo III: Relaciones del médico con sus pacientes.

Artículo 11.2. *Cuando las medidas propuestas supongan un riesgo importante para el paciente, el médico proporcionará información suficiente y ponderada, a fin de obtener el consentimiento imprescindible para practicarlas.*

Capítulo VI: Reproducción. Respeto a la vida y a la dignidad de la persona

Artículo 28.2. *En caso de enfermedad incurable y terminal, el médico debe limitarse a aliviar los dolores físicos y morales del paciente, manteniendo en todo lo posible la calidad de una vida que se agota y evitando emprender o continuar acciones terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Asistirá al enfermo hasta*

el final, con el respeto que merece la dignidad del hombre.

• Anotaciones jurisprudenciales relacionadas con el libre desarrollo de la personalidad

La Corte Constitucional mediante Sentencia C-1194, del 3 de diciembre de 2008, respecto del principio de autonomía, ha manifestado:

“Al respecto, la jurisprudencia de la Corte ha señalado que este principio encuentra fundamento constitucional en los artículos 13 y 16 de la Carta, en tanto reconocen, respectivamente, el derecho a la libertad y al libre desarrollo de la personalidad. Estos derechos permiten inferir que se reconoce a los individuos la posibilidad de obrar de acuerdo con su voluntad, siempre y cuando respeten el orden jurídico y los derechos de las demás personas”.

De igual forma y de manera detallada, relacionando el tema propuesto por el presente proyecto y el principio del libre desarrollo de la personalidad, la Corte Constitucional en una aclaración especial de voto del magistrado Eduardo Cifuentes Muñoz en la Sentencia C-239 de 1997 se menciona:

“La decisión del paciente de rehusar en todo o en parte las terapias y medicamentos que se le ofrezcan, siempre que sea capaz y consciente, tiene plena validez y se sustenta en su derecho al libre desarrollo de su personalidad. Este aserto se sostiene aún con más fuerza cuando el rechazo se expone en las condiciones del supuesto objeto de análisis. El enfermo terminal, víctima de extremos sufrimientos, que carece de toda perspectiva de curación, bien puede oponerse a la intervención médica y optar por abreviar su existencia”.

IV. LEGISLACIÓN INTERNACIONAL

Estas son las iniciativas legislativas que actualmente se encuentran en curso a nivel internacional, exceptuando a México, en el cual fue aprobado el proyecto de ley en el primer semestre de este año.

País Tema	México (40 Artículos)	Uruguay (11 Artículos)	Argentina (29 Artículos)
BENEFICIARIOS	Beneficia a los enfermos en etapa terminal.	Beneficia a aquellos que no quieran tratamientos y procedimientos médicos. Además, a aquellos que estén en patología terminal, incurable e irreversible. Y en caso de incapacidad mental.	Beneficia, de forma anticipada, en el caso que la persona solicitante no goce de capacidad para consentir por sí misma: estado vegetativo persistente. También, en caso de enfermedad terminal. Y pacientes en estado de embarazo.
INFORMACIÓN INSTITUCIONAL	Conformación, actualización y centralización de base de datos sobre los solicitantes de la voluntad anticipada.		Creación de página web que contiene: modelos de Voluntad Anticipada y base de datos de los solicitantes.

País Tema	México (40 Artículos)	Uruguay (11 Artículos)	Argentina (29 Artículos)
PROCEDIMIENTO	Incorporación del documento de Voluntad Anticipada a la historia clínica del paciente.	Incorporación del documento de Voluntad Anticipada a la historia clínica del paciente.	El documento de Voluntad Anticipada será expedido, a solicitud del interesado, en las oficinas del Registro de Voluntades Anticipadas (creadas por el Min-Salud). Luego se presenta directamente al centro médico correspondiente, en el momento de la hospitalización.
COBERTURA DE LA VOLUNTAD ANTICIPADA	Asistencia de la Voluntad Anticipada en cuanto a gratuidad, asistencia psicológica y acompañamiento tanatorio al paciente y a la familia, cuidados paliativos, sedación controlada e información oportuna al enfermo y a la familia.	Asistencia de la Voluntad Anticipada en cuanto a acción afirmativa a la no discriminación por la solicitud de la Voluntad Anticipada.	Asistencia de la Voluntad Anticipada en cuanto a en personas en estado de embarazo solo se aplicará la Voluntad Anticipada hasta que termine dicho estado. Campañas informativas y de divulgación. La Voluntad Anticipada no puede perjudicar al paciente.
DONACIÓN DE ÓRGANOS	Centralización de la información de donación de órganos para realizar un efectivo control.		
SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA		Se exige la segunda opinión médica a la hora de declarar al paciente en estado terminal.	
REVOCACIÓN DE LA SOLICITUD		Voluntad Anticipada puede ser revocada en cualquier momento, después de solicitada.	Voluntad Anticipada puede ser revocada en cualquier momento, después de solicitada.
ACCIÓN INSTITUCIONAL	Se crea una institución encargada del control y manejo de la Voluntad Anticipada.		El responsable de la creación del formato de la Voluntad Anticipada, creación de la página en internet y la difusión es el Ministerio de Salud.
CUIDADOS PALIATIVOS	Se establece el servicio de cuidados paliativos y de sedación controlada.		Deben mantenerse los cuidados básicos y paliativos hacia el paciente.

En el mundo el tema se ha discutido de la siguiente manera:

Estados Unidos²: Son pioneros en el tema, existen leyes de testamento vital/directiva anticipada en todos los estados de la Unión Americana³, con opiniones a favor y en contra. *Human Life International*, el coordinador auxiliar para Latinoamérica, Adolfo J. Castañeda, considera que los testamentos vitales no son los documentos aparentemente “buenos” que ostentan ser; por el contrario, alerta que son “*un arma peligrosísima para legalizar la eutanasia*”.

En 1967 Luis Kutner, un abogado de Chicago, realizó un documento en el que cualquier

ciudadano pudiera indicar su deseo de que se le dejara de aplicar tratamiento en caso de enfermedad terminal. En 1976 la Natural Death Act, en California, legalizó por primera vez estas manifestaciones de voluntad sobre el final de la vida propia. En 1991 la Patient Self-Determination Act autorizó el que cada paciente expresase su voluntad sobre la atención médica que desea o no recibir cuando no pueda expresarse autónomamente.

En este país existen varios tipos de directivas anticipadas, están los *Living Will* (testamento de vida), *Health Care Durable Power of Attorney* (poder perdurable o poder de representación para cuidados médicos), *Values Oriented History* (historia clínica orientada a valores), *Do not Resuscitate* (orden de no resucitar). Sin embargo, a más de diez años de haber sido instituidas en el marco legal, es escasa la proporción de personas que han manifestado sus deseos y preferencias a través de estas declaraciones⁴.

² Cuestiones bioéticas entorno a la muerte, curso dictado por doctora Teodora Zamudio - El derecho de las personas al testamento vital y el respeto a su autonomía - alumna: Silvia Mabel Sivila.

³ Betancor, Juana Teresa (vicepresidenta de la Asociación para el Derecho a Morir Dignamente). “La eficacia del Testamento Vital”. Disponible en <http://www.aeds.org/congreso4/index.htm>.

⁴ Manzini, Jorge Luis. Op. cit.

España⁵: en este país se encuentra una buena recepción al tema de los testamentos vitales o directivas anticipadas o al menos no tan resistidos, incluso ha sido legislado en Cataluña y Galicia.

En la legislación catalana, a partir de la resolución parlamentaria 244N de fecha 13 de febrero de 1997 el *Conseller de Sanitat I Seguretat Social*, Eduard Rius, encargó a la Comissió Asesora de Bioética de su Departamento la elaboración de un estudio sobre la posibilidad de aplicación en aquella Comunidad de un documento de ‘voluntades anticipadas’. La Comissió consideró esos documentos como un hecho éticamente aceptable e incluso recomendable⁶. Finalmente se sancionó la Ley 21 de 2000 del 29/12. Allí lo denominan testamento vital o testamento biológico. Ante la frecuente denominación de las directivas anticipadas como eutanasia pasiva, Jaume Cardona I Villa, promotor de la ley catalana y portavoz de CIU en la Comisión de Sanidad del Senado, Manuel Antonio Silva, secretario general de la Consejería de Sanidad de la Xunta de Galicia, y Javier Sánchez Caro, subdirector de la Asesoría del Insalud, aclararon que **‘el documento de voluntades anticipadas no puede equipararse con ningún tipo de eutanasia’**. Los expertos, que inauguraron el *V Encuentro de Responsabilidad Sanitaria*, organizado por Recoletos Conferencias y Diario Médico, en el Colegio de Médicos de Madrid, destacaron que **la confusión terminológica es la clave del problema**. Se insistió en que la ley de reconocimiento de los derechos del paciente no son parte de la eutanasia, sino todo lo contrario. Es la aplicación de una buena práctica médica desde el punto de vista ético y deontológico.

En diciembre del 2000 la Conferencia Episcopal española propuso un modelo de Testamento Vital. Contempla el dar copias del mismo a la familia, al médico, al sacerdote y al notario. En esta declaración la persona sostiene que ***“...la vida en este mundo es un don y una bendición de Dios, pero no es el valor supremo absoluto. Sé que la muerte es inevitable y pone fin a mi existencia terrena, pero desde la fe creo que me abre el camino a la vida que no se acaba, junto a Dios”***. Pide que si por su enfermedad llegara a estar en situación crítica irrecuperable, no se lo mantenga en vida por medio de tratamientos desproporcionados o extraordinarios; que no se le aplique la eutanasia activa, ni que se le prolongue abusiva e irracionalmente su proceso de muerte; que se le administren los tratamientos adecuados para paliar los sufrimientos⁷.

nalmente su proceso de muerte; que se le administren los tratamientos adecuados para paliar los sufrimientos⁷.

V. CONSIDERACIONES Y MODIFICACIÓN AL ARTICULADO PROPUESTO POR LA PONENTE

A. CONSIDERACIONES

Analizando el tema propuesto por el autor, se considera que el debate es realmente necesario, más aún cuando entraríamos en el espectro del debate de una ley de orden público e interés social aplicable a la voluntad anticipada de las personas, la cual no deberá, permite ni faculta bajo ninguna circunstancia la realización de conductas que tengan como consecuencia el acortamiento intencional de la vida. El documento de voluntades anticipadas no puede equipararse ni mucho menos concebirse en ningún caso como un tipo de eutanasia, como bien se ha desarrollado en España esta aclaración, la confusión terminológica e imprecisa es la clave del problema.

Más aún, cuando en este mismo escenario de la Comisión Séptima Constitucional de la Cámara, ya hemos estado discutiendo el Proyecto de ley número 290 de 2011 Cámara, 138 de 2010 Senado, **mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida**, el cual nos da la introducción necesaria para considerar que es prioritario la discusión para esta situación humana que en determinados casos se podría presentar en el transcurso de la vida de ser humano y ante una enfermedad crónica, degenerativa e irreversible que más derecho se le podría reconocer si no es la posibilidad de que en pleno uso de sus facultades legales y mentales, mediante documento suscrito ante Notario Público, pueda expresar en cualquier momento su decisión de manera libre, consciente, seria e inequívoca, de no someterse a tratamientos médicos innecesarios que prolongan una vida no digna, frente a una enfermedad en fase terminal, debidamente diagnosticada por parte del médico tratante.

Por todo lo anterior se podría colegir que esta problemática está instalada en nuestro continente y en nuestro país, con una necesidad de discusión imperante y se puede observar desde distintas perspectivas, posturas u opiniones.

⁵ Cuestiones bioéticas en torno a la muerte, curso dictado por doctora Teodora Zamudio - El derecho de las personas al testamento vital y el respeto a su autonomía - alumna: Silvia Mabel Sivila.

⁶ Betancor, Juana Teresa. Op. cit.

⁷ “Testamento Vital de la Conferencia Episcopal Española (diciembre del 2000)”. Disponible en www.muertedig-na.org/textos/eutan4.htm.

Bioética	Iglesia Católica	Legisladores
<p>Las directrices o voluntades anticipadas para la atención en salud se refieren a los testamentos vitales tradicionales (especifican preferencias para tratamientos de soporte vital y de atención al final de la vida), los documentos de poder de representación para la atención en salud y otras declaraciones de preferencias que buscan servir de guías cuando el paciente sea incapaz o incompetente para tomar sus propias decisiones o para expresarlas. Para Richman²⁷, se basan en el respeto a las personas y a la autonomía de los pacientes y en facilitar que, en caso de imposibilidad de tomar o expresar las propias decisiones, los profesionales de la salud cumplan con su deber de beneficencia médica con respecto al máximo de los deseos, valores y preferencias con respecto a la salud como personas (y no solo como organismos), de acuerdo con sus identidades prácticas.</p> <p>Emanuel y Emanuel²⁸ han considerado que puede ser difícil anticipar las circunstancias en las cuales se aplicarán las directrices anticipadas y proponen que se presente una matriz con cuatro escenarios, doce opciones de tratamiento (reanimación cardiopulmonar, ventilación mecánica, nutrición e hidratación parenterales, cirugía mayor, diálisis renal, quimioterapia, cirugía menor, pruebas diagnósticas invasivas, transfusiones, antibióticos, pruebas de diagnóstico sencillas, medicaciones para el dolor) y cuatro opciones de actitud (desearía el tratamiento, no deseería el tratamiento, me siento indeciso o deseería que se intentara el tratamiento y no se suspendiera sólo si se presentara una clara mejoría en mi estado de salud).</p> <p>¿Cuánta ayuda representa para un equipo médico que está frente a un paciente inconsciente y en estado crítico saber cuáles son los deseos de ese paciente? Saberlo directamente porque el propio paciente lo consignó en el documento, ojala antes de estar enfermo e idealmente cuando gozaba de cabal salud, sin las deformaciones que pueden sufrir los deseos de las personas cuando son transmitidos por terceros y en circunstancias emocionales difíciles. Todo lo que podamos hacer para que en Colombia se conozca la utilidad de estos documentos, cuando médicos, hospitales y familiares aprendamos a respetarlos estrictamente, entonces daremos otro paso muy importante en la defensa de la autonomía del paciente y en facilitar las decisiones éticas en circunstancias clínicas difíciles⁸.</p> <p>Voluntad anticipada es lo que nosotros en Colombia llamamos al documento ‘esta es mi voluntad’, que es lo que hemos puesto en marcha desde hace casi 30 años. En él, la persona dice que lo que no me sirve no quiero que me lo hagan. Si estoy grave y voy a quedar hecho un vegetal, no quiero quedar así. Eso, legal y lícito, y no choca con ninguna norma de ética⁹.</p>	<p>El Papa Juan Pablo II dijo: “No podemos por menos de alegrarnos al constatar la creciente disponibilidad de recursos técnicos y farmacológicos, que permiten descubrir oportunamente en la mayor parte de los casos los síntomas del cáncer e intervenir así con más rapidez y eficacia. Os exhorto a no conformaros con los resultados obtenidos; es necesario continuar con confianza y tenacidad tanto en la investigación como en la terapia, utilizando los recursos científicos más avanzados. Ojalá que los jóvenes médicos sigan vuestro ejemplo y aprendan, gracias a vuestra ayuda, a recorrer este camino tan benéfico para la salud de todos. Ciertamente, no se puede olvidar que el hombre es un ser limitado y mortal. Por tanto, es preciso acercarse al enfermo con un sano realismo, evitando crear en el que sufre el espejismo de que la medicina es omnipotente. Hay límites que son humanamente insuperables; en estos casos, es necesario saber acoger con serenidad la propia condición humana, que el creyente sabe leer a la luz de la voluntad divina. Esta se manifiesta también en la muerte, meta natural del curso de la vida en la tierra. Educar a la gente para que la acepte serenamente forma parte de vuestra misión. La complejidad del ser humano exige además que, al proporcionarle los cuidados necesarios, no sólo se tenga en cuenta el cuerpo, sino también el espíritu. Sería presuntuoso contar entonces únicamente con la técnica. Desde este punto de vista, un ensañamiento terapéutico exasperado, incluso con la mejor intención, en definitiva no sólo sería inútil, sino que no respetaría plenamente al enfermo que ya ha llegado a un estadio terminal. El concepto de salud, tan querido para el pensamiento cristiano, contrasta con una visión que la reduzca a puro equilibrio psíquico-físico. Esta visión, descuidando las dimensiones espirituales de la persona, terminaría por perjudicar su verdadero bien. Para el creyente, como escribí en el Mensaje para la VIII Jornada Mundial del Enfermo, la salud “se presenta como aspiración a una armonía más plena y a un sano equilibrio físico, psíquico, espiritual y social” (n. 13: L’Osservatore Romano, edición en lengua española, 20 de agosto de 1999, p. 5).</p>	<p>El tema ha tenido muchos interesados desde las tres ramas del poder público, presentándolo para su debate, pero no necesariamente con un acuerdo de todos y cada uno de los sectores del país.</p> <ul style="list-style-type: none"> • PROYECTO DE LEY NÚMERO 290 DE 2011 CÁMARA, 138 DE 2010 SENADO <p>mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corte Constitucional Sentencia C-239 de 1997. • Corte Constitucional mediante Sentencia C-1194, del 3 de diciembre de 2008, respecto del principio de autonomía, ha manifestado: “Al respecto la jurisprudencia de la Corte ha señalado que este principio encuentra fundamento constitucional en los artículos 13 y 16 de la Carta, en tanto reconocen, respectivamente, el derecho a la libertad y al libre desarrollo de la personalidad. Estos derechos permiten inferir que se reconoce a los individuos la posibilidad de obrar de acuerdo con su voluntad, siempre y cuando respeten el orden jurídico y los derechos de las demás personas”.

⁸ III Congreso Internacional de la REDBIOÉTICA UNESCO para América Latina y el Caribe – IV Encuentro del Programa de Educación Permanente de Bioética de la REDBIOÉTICA UNESCO – “BIOÉTICA EN UN CONTINENTE DE EXCLUSIÓN: DE LA REFLEXIÓN A LA ACCIÓN”, Universidad Nacional de Colombia, 23 de noviembre de 2010 - Bogotá, Colombia.

⁹ Médico Juan Mendoza Vega, Presidente Mundial de la Federación de Asociaciones Derecho a Morir Dignamente.

El doctor Francisco Javier León Correa, en la *Revista Colombiana de Bioética*. Vol. 3 N° 2 - diciembre 2008, editada por la Universidad El Bosque, “Las voluntades anticipadas: análisis desde las experiencias en ética clínica *Advances directives: analysis from the experiences in clinic ethics*” nos señala:

*En el ámbito de la ética clínica existen una gran variedad de concepciones y valoraciones acerca del principio de autonomía y su aplicación en la atención de salud*¹⁶. Nos encontramos con la afirmación de una autonomía radical en bastantes autores, especialmente en el ámbito anglosajón, como una posesión del individuo que decide con independencia absoluta sobre sí mismo, conforme a lo escrito por Stuart Mill: “Para aquello que no le atañe más que a él, su independencia es, de hecho, absoluta. Sobre sí mismo, sobre su cuerpo y su espíritu, el individuo es soberano”.

Pero en la práctica nos enfrentamos muchas veces a pacientes no competentes o con la competencia disminuida, que hacen difícil la aplicación inmediata del principio de Stuart Mill, aunque estuviéramos de acuerdo con él, de forma que debemos ir a decisiones subrogadas, cada vez más alejadas de esa “soberanía individual”. También, en el ámbito latinoamericano, la familia cumple un papel importante en las decisiones clínicas y en el consentimiento informado, frente al individualismo más extremo. Y asimismo, frente a esa independencia del paciente que decide, muchas veces vemos situaciones de desigualdad de recursos, injusticias en el acceso igualitario a los cuidados de salud, grandes diferencias entre la medicina pública y la privada, y fuertes desigualdades entre pacientes muy bien informados y pacientes con una muy baja educación sanitaria.

Por esto, a la hora de legislar sobre los derechos de los pacientes, y en concreto sobre las voluntades anticipadas, debemos atender al modelo imperante en cada uno de los países y conocerlo a fondo, para poder después conseguir una transformación efectiva. No deseamos el modelo paternalista ya obsoleto, pero estamos en cada país definiendo qué tipo de modelo queremos, y no siempre la aplicación de modelos importados sin más es lo mejor. Coexisten en nuestros países de hecho dos modelos, el de la salud privada y el de la salud pública. Pero no podemos mantener la idea de que la privada sería el ámbito del paciente que desea ser autónomo, mientras la pública queda –de hecho, no en los teóricos derechos– como el ámbito de la beneficencia y la justicia. Este planteamiento sería radicalmente injusto.

La autonomía es un concepto introducido por Kant en la ética. Etimológicamente significa la capacidad de darse a uno mismo las leyes. En la Ética Kantiana el término autonomía, tiene un sentido formal, lo que significa

*que las normas morales le vienen impuestas al ser humano por su propia razón y no por ninguna instancia externa a él. En Bioética tiene un sentido más concreto y se identifica con la capacidad de tomar decisiones y de gestionar el propio cuerpo y por lo tanto la vida y la muerte de los seres humanos*¹⁸. Este concepto se nutre de diversas disciplinas que se interesan por el respeto del ser humano, de sus derechos y de su dignidad. La autonomía es una expresión de la dignidad de la persona humana, de todos los seres humanos”.

B. MODIFICACIONES AL ARTICULADO

- La modificación aditiva que a continuación se presenta solo es de carácter complementario al loable trabajo presentado por el autor, dado que se encontró necesario generar una advertencia, no de corte peligrósista, pero sí declara exhortación dentro del mismo proyecto de ley sobre la mala práctica o uso abusivo de esta herramienta en los casos médicos a los cuales se refiere.

Artículo nuevo: Responsabilidad. *La aplicación de las disposiciones establecidas en la presente Ley no exime de responsabilidades, sean de naturaleza civil, penal o disciplinaria, a quienes intervienen en su realización, si no se cumple con los términos de la misma.*

- Se propone igualmente la modificación de los artículos 1º, 2º –en la definición de “Voluntad Anticipada”–, 3º y 4º en su numeral 3, dado que todos contienen el siguiente aparte, que podría resultar en un contrasentido a lo buscado por el proyecto de ley:

“...tratamientos médicos innecesarios que eviten prolongar una vida digna en el paciente...”.

Leído de esta manera, permitiríamos confusiones legislativas, en las cuales debe propender el legislador en no caer, debemos ser claros y precisos, más aún en estos temas de tan alta sensibilidad social.

Por lo anterior se propone que los apartes en los artículos antes mencionados queden de la siguiente manera:

“...tratamientos médicos innecesarios que ~~eviten prolongar~~ prolongan una vida no digna ~~en el~~ para el paciente...”.

- Para la definición de “Médico tratante” del artículo 2º, se encuentra oportuno cambiar la palabra “víctima” por la expresión “que padece”, dado que no podemos encuadrar a los pacientes de cualquier tratamiento médico dentro de la definición de víctimas. Por lo anterior se propone que la definición quede así:

“Médico Tratante: Se refiere al profesional de la medicina, ya sea general o especialista, que ha tenido la responsabilidad del cuidado del paciente, víctima que padece de una enfermedad terminal”.

- Finalizando, se propone la adición de la palabra “físicas” en el primer inciso del artículo

3º, dado que es un elemento necesario para poder verificar el pleno uso de las facultades de la persona que desee expresar su voluntad de manera libre, consciente, seria e inequívoca, de no someterse a tratamientos médicos que pretendan en un futuro prolongar una vida no digna para la misma. Por lo anterior se propone que el primer inciso del artículo 3º quede así:

Artículo 3º. Manifestación de voluntad anticipada. Las personas que se encuentren en pleno uso de sus facultades legales, *físicas* y mentales, mediante documento suscrito ante Notario Público, podrán expresar en cualquier momento su decisión de manera libre, consciente, seria e inequívoca, de no someterse a tratamientos médicos innecesarios que ~~eviten prolongar~~ *prolongan* una vida *no* digna ~~en el~~ *para el* paciente, frente a una enfermedad en fase terminal, debidamente diagnosticada por parte del médico tratante.

VI. PROPOSICIÓN FINAL

Bajo las anteriores consideraciones y haciendo uso de las facultades conferidas por el artículo 153 de la Ley 5ª de 1992, rindo informe de **ponencia favorable** para primer debate en la honorable Comisión Séptima Permanente de la Cámara de Representantes, y respetuosamente sugiero a los y las honorables Representantes que se apruebe la siguiente proposición:

Dese primer debate en la Comisión Séptima al Proyecto de ley número 064 de 2011 Cámara, *por medio de la cual se crea el documento de voluntad anticipada que busca mantener la dignidad humana en pacientes que se encuentren en enfermedad en fase terminal*, de acuerdo con las modificaciones y el texto propuesto que se adjuntan.

De los honorables Representantes,

Marta Cecilia Ramírez Orrego, Holger Horacio Díaz Hernández, Representantes Ponentes.

PLIEGO DE MODIFICACIONES AL TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 064 DE 2011 CÁMARA

por medio de la cual se crea el documento de voluntad anticipada que busca mantener la dignidad humana en pacientes que se encuentren en enfermedad en fase terminal.

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

Artículo 1º. *Objeto.* La presente ley tiene por objeto la creación del procedimiento que garantiza a cualquier persona el derecho a expresar de manera anticipada y por escrito su voluntad, en el sentido de no someterse a tratamientos médicos innecesarios que ~~eviten prolongar~~ *prolongan* una vida *no* digna ~~en el~~ *para el* paciente, frente a enfermedades en fase terminal debidamente diagnosticadas por parte del médico tratante del paciente.

En ningún caso podrá dejarse de suministrar los cuidados paliativos necesarios correspondientes a atenuar la situación psicopatológica, física, emocional, social y espiritual proveniente del estado terminal del paciente.

Artículo 2º. *Definiciones.* Para efecto de la aplicación de esta ley, deben tenerse en cuenta las siguientes definiciones:

Cuidados paliativos: Son aquellos cuidados que no adelantan ni retrasan la muerte y se aplican frente a una enfermedad avanzada y progresiva, la cual no responde a un tratamiento curativo. El objetivo de los Cuidados Paliativos consiste en obtener la mejor calidad de vida posible para el paciente, con enfermedad en fase terminal, y su familia, a través del control del dolor, la atención psicológica y la asistencia social y espiritual del paciente y su familia.

Fase terminal de una enfermedad: Se considera que un paciente se encuentra en fase terminal de una enfermedad, cuando padeciendo una enfermedad mortal, tiene una esperanza de vida menor a seis meses y se encuentra imposibilitado para mantener su vida de manera natural.

Voluntad anticipada: Es la manifestación de una persona, mediante documento escrito y suscrito ante Notario Público, de no someterse a tratamientos médicos innecesarios que ~~eviten prolongar~~ *prolongan* una vida *no* digna ~~en el~~ *para el* paciente, frente a enfermedades en fase terminal, debidamente diagnosticadas por parte del médico tratante del paciente.

Médico tratante: Se refiere al profesional de la medicina, ya sea general o especialista, que ha tenido la responsabilidad del cuidado del paciente, *víctima que padece* de una enfermedad terminal.

Artículo 3º. *Manifestación de voluntad anticipada.* Las personas que se encuentren en pleno uso de sus facultades legales, *físicas* y mentales, mediante documento suscrito ante Notario Público, podrán expresar en cualquier momento su decisión de manera libre, consciente, seria e inequívoca, de no someterse a tratamientos médicos innecesarios que ~~eviten prolongar~~ *prolongan* una vida *no* digna ~~en el~~ *para el* paciente, frente a una enfermedad en fase terminal, debidamente diagnosticada por parte del médico tratante.

Cuando se trate de menores de edad o personas declaradas legalmente incapaces, la manifestación de voluntad anticipada, debe ser suscrita por quienes ostenten la patria potestad del menor o tengan la representación legal de la persona declarada incapaz. La patria potestad y la representación legal deben ser demostradas ante el Notario.

Parágrafo. Dentro del documento suscrito ante Notario Público, las personas podrán manifestar también su voluntad de donar sus órganos y tejidos, una vez se produzca la muerte por causa de la enfermedad en fase terminal.

Artículo 4°. *Elementos esenciales del documento.* El documento de voluntad anticipada suscrito ante Notario deberá contener, como mínimo, los siguientes elementos:

1. Nombres completos.
2. Número de identificación.
3. Manifestación clara de no someterse a tratamientos médicos innecesarios que eviten prolonga *prolongan* una vida *no* digna en el *para el* paciente, frente a cualquier enfermedad en fase terminal, debidamente diagnosticada por parte del médico tratante.

Artículo 5°. *Inclusión en la historia clínica.* Una vez suscrito el documento de voluntad anticipada ante notario público, la persona podrá solicitar a su médico tratante sea incluido el documento en su historia clínica.

Artículo 7°. *Revocatoria.* El signatario del documento de voluntad anticipada podrá en cualquier momento revocar su decisión, mediante documento escrito, sin que sea necesario comparecer ante Notario Público.

Artículo nuevo. Responsabilidad. La aplicación de las disposiciones establecidas en la presente ley no eximen de responsabilidades, sean de naturaleza civil, penal o disciplinaria, a quienes intervienen en su realización, si no se cumple con los términos de la misma.

Artículo 8°. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las normas que le sean contrarias”.

De los honorables Representantes,

Marta Cecilia Ramírez Orrego, Holger Horacio Díaz Hernández, Representantes Ponentes.

TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 064 DE 2011 CÁMARA

por medio de la cual se crea el documento de voluntad anticipada que busca mantener la dignidad humana en pacientes que se encuentren en enfermedad en fase terminal.

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. *Objeto.* La presente ley tiene por objeto la creación del procedimiento que garantiza a cualquier persona el derecho a expresar de manera anticipada y por escrito su voluntad, en el sentido de no someterse a tratamientos médicos innecesarios que *prolongan* una vida *no* digna en el paciente, frente a enfermedades en fase terminal debidamente diagnosticadas por parte del médico tratante del paciente.

En ningún caso podrá dejarse de suministrar los cuidados paliativos necesarios correspondientes a atenuar la situación psicopatológica, física, emocional, social y espiritual proveniente del estado terminal del paciente.

Artículo 2°. *Definiciones.* Para efecto de la aplicación de esta ley, deben tenerse en cuenta las siguientes definiciones:

Cuidados paliativos: Son aquellos cuidados que no adelantan ni retrasan la muerte y se aplican frente a una enfermedad avanzada y progresiva, la cual no responde a un tratamiento curativo. El objetivo de los Cuidados Paliativos consiste en obtener la mejor calidad de vida posible para el paciente, con enfermedad en fase terminal, y su familia, a través del control del dolor, la atención psicológica y, la asistencia social y espiritual del paciente y su familia.

Fase terminal de una enfermedad: Se considera que un paciente se encuentra en fase terminal de una enfermedad cuando padeciendo una enfermedad mortal tiene una esperanza de vida menor a seis meses y se encuentra imposibilitado para mantener su vida de manera natural.

Voluntad anticipada: Es la manifestación de una persona, mediante documento escrito y suscrito ante Notario Público, de no someterse a tratamientos médicos innecesarios que *prolongan* una vida *no* digna en el paciente, frente a enfermedades en fase terminal, debidamente diagnosticadas por parte del médico tratante del paciente.

Médico tratante: Se refiere al profesional de la medicina, ya sea general o especialista, que ha tenido la responsabilidad del cuidado del paciente, *que padece* una enfermedad terminal.

Artículo 3°. *Manifestación de voluntad anticipada.* Las personas que se encuentren en pleno uso de sus facultades legales, *físicas* y mentales, mediante documento suscrito ante Notario Público, podrán expresar en cualquier momento su decisión de manera libre, consciente, seria e inequívoca, de no someterse a tratamientos médicos innecesarios que *prolongan* una vida *no* digna *para el* paciente, frente a una enfermedad en fase terminal, debidamente diagnosticada por parte del médico tratante.

Cuando se trate de menores de edad o personas declaradas legalmente incapaces, la manifestación de voluntad anticipada debe ser suscrita por quienes ostenten la patria potestad del menor o tengan la representación legal de la persona declarada incapaz. La patria potestad y la representación legal deben ser demostradas ante el Notario.

Parágrafo. Dentro del documento suscrito ante Notario Público, las personas podrán manifestar también su voluntad de donar sus órganos y tejidos, una vez se produzca la muerte por causa de la enfermedad en fase terminal.

Artículo 4°. *Elementos esenciales del documento.* El documento de voluntad anticipada suscrito ante Notario deberá contener, como mínimo, los siguientes elementos:

1. Nombres completos.
2. Número de identificación.
3. Manifestación clara de no someterse a tratamientos médicos innecesarios que *prolongan* una vida *no* digna *para el* paciente, frente a cual-

quier enfermedad en fase terminal, debidamente diagnosticada por parte del médico tratante.

Artículo 5°. *Inclusión en la historia clínica.* Una vez suscrito el documento de voluntad anticipada ante notario público, la persona podrá solicitar a su médico tratante sea incluido el documento en su historia clínica.

Artículo 6°. *Revocatoria.* El signatario del documento de voluntad anticipada podrá en cualquier momento revocar su decisión, mediante documento escrito, sin que sea necesario comparecer ante Notario Público.

Artículo 7°. *Responsabilidad.* La aplicación de las disposiciones establecidas en la presente ley no eximen de responsabilidades, sean de naturaleza civil, penal o disciplinaria, a quienes intervienen en su realización, si no se cumple con los términos de la misma.

Artículo 8°. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las normas que le sean contrarias”.

De los honorables Representantes,

Marta Cecilia Ramírez Orrego, Holger Horacio Díaz Hernández, Representantes Ponentes.

* * *

PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 100 DE 2011 CÁMARA

por la cual se vinculan las Madres Comunitarias a las Cajas de Compensación Familiar.

Bogotá, D. C.

Honorable Representante

DÍDIER BURGOS RAMÍREZ

Presidente Comisión Séptima Constitucional
Cámara de Representantes

Respetado Presidente;

En cumplimiento del honroso encargo que me hiciera la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional de la Cámara de Representantes y en cumplimiento de lo establecido en la Ley 5ª de 1992, procedo a rendir ponencia para primer debate del Proyecto de ley número 100 de 2011 Cámara, *por la cual se vinculan las Madres Comunitarias a las Cajas de Compensación Familiar*, en los siguientes términos:

Las suscrita ponente designada para primer debate al Proyecto de ley número 100 de 2011 Cámara, *por la cual se vinculan las Madres Comunitarias a las Cajas de Compensación Familiar* presentado a consideración del Congreso de la República por honorable Representante a la Cámara, doctor Buenaventura León León, publicado en la *Gaceta del Congreso* número 708 de 2011, y en cumplimiento del artículo 153 de la Ley 5ª de 1992, procedo a rendir el informe de ponencia correspondiente, previas algunas consideraciones destinadas a revisar, ampliar y profundizar las que ya fueron realizadas en la exposición de motivos por el autor.

En este orden de ideas, someto a consideración de la honorable Comisión Séptima de la Cámara de Representantes el presente informe de ponencia, que está compuesto por seis (6) apartes, de la siguiente manera:

I. ANTECEDENTES

II. OBJETO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

III. PRESENTACIÓN DEL ARTICULADO

IV. MARCO CONSTITUCIONAL Y LEGAL

V. CONSIDERACIONES Y MODIFICACIONES AL ARTICULADO PROPUESTAS POR LA PONENTE

VI. PROPOSICIÓN FINAL

I. ANTECEDENTES

El día 20 de septiembre del año 2011 fue presentado el presente Proyecto de ley número 100, por el honorable Representante Buenaventura León León, publicado en la *Gaceta del Congreso* número 708 de 2011, designándome como ponente del mismo proyecto el 8 de noviembre de los corrientes.

II. OBJETO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

El proyecto de ley tiene por objetivo permitirle a las Madres Comunitarias, el poder disfrutar de los servicios globales que prestan las Cajas de Compensación Familiar, como una forma de incentivar el progreso y disminuir en parte la brecha social en la que se encuentran estas trabajadoras voluntarias ante la sociedad, conforme a las nuevas políticas gubernamentales, pretendiendo con esto seguir contribuyendo al progreso de las comunidades menos favorecidas.

La labor de Madres Comunitarias es una labor que en Colombia ha existido bajo diferentes contextos sociales desde 1974. Sin embargo, la primera mención de este tipo de acción social a favor de la niñez fue en 1977, con el nacimiento de las Casas de Barrios, en donde se instauró oficialmente un nuevo modelo de educación basado en la participación de los padres y de la comunidad, con el transcurrir del tiempo dichos hogares permitieron el ingreso de la población infantil de más escasos recursos, en un trabajo conjunto entre la Unicef y del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

A mediados de 1987 se crea el proyecto “Hogares Comunitarios de Bienestar”, con la finalidad de continuar con la tarea de formación de los niños menores de siete años, pertenecientes a los sectores de más bajos ingresos en el país, representados por los estratos socioeconómicos uno y dos y las áreas más deprimidas del estrato tres¹.

¹ ARTEAGA, Leticia. Pobreza, Violencia y el Proyecto de Madres Comunitarias en Colombia. University of Massachusetts - Amherst. Center for International Education. www.umass.edu.

Con la Ley 89 de 1988, el Gobierno Nacional aumenta de un 2 a un 3 el porcentaje de los aportes parafiscales² recibidos por el ICBF, con la finalidad que dicho aumento sea destinado a la continuidad del desarrollo y cobertura de los hogares comunitarios³ siendo así, el Gobierno Nacional congruente con sus políticas de atención a la primera infancia.

Es así, que las dos últimas décadas, han sido las Madres Comunitarias quienes han asumido de manera responsable las acciones sociales, contribuyendo al desarrollo y protección de la primera infancia, cumpliendo como madre y educadora de la niñez, bajo condiciones de trabajo arduo y continuo, en el cual al paso del tiempo se le ha ido reconociendo parte de su gran labor social, como el recibir una bonificación inferior a un salario mínimo legal vigente, y la oportunidad de vincularse al Sistema de Seguridad Social, gracias a las iniciativas parlamentarias que se adelantaron en el Congreso y que han beneficiado a un grupo de la comunidad, que no solo se caracteriza por pertenecer a un estrato socioeconómico vulnerable, sino que además, a pesar de sus limitaciones económicas y sociales desarrollan una labor a favor de su propia comunidad enfatizada a la protección, cuidado y educación de los niños.

Cabe recordar que el origen y evolución del subsidio familiar debe mirarse en Colombia en el contexto más amplio de nuestro Sistema de Seguridad Social. A mediados de los años cuarenta con la Ley 90 de 1946, se establece el inicio del Sistema de Subsidio Familiar, en mencionada norma se crea el seguro social obligatorio, dando origen al primer instrumento normativo de la seguridad social, y además previó que el Instituto de Seguro Social debería organizar las cajas de compensación⁴. Para 1954 se constituyó la primera caja de compensación familiar, pero fue hasta 1957 que el gobierno entró a regularizar en

materia, y dispuso la obligatoriedad del pago del subsidio familiar y determinó los presupuestos para constituirse como caja. Posteriormente, en 1962 el Gobierno autoriza a las Cajas de Compensación Familiar a crear y realizar obras en beneficio social⁵, como una forma de ampliar las ayudas y cobertura de las mismas y no reducirlo a simplemente ayudas monetarias⁶.

A partir de ahí, el sistema de subsidio familiar fue fortaleciendo sus actividades junto al Sistema de Seguridad Social, y es así que con la Ley 21 de 1982, el Gobierno expide la norma que actualmente estructura el sistema de subsidio familiar. Sin embargo, con la Ley 100 de 1993, el subsidio familiar no obtuvo gran importancia dentro de la “Seguridad Social Integral”, pero le otorgó un papel activo a las Cajas de Compensación en el Régimen Subsidiado de Salud⁷.

Posteriormente, con la Ley 789 del 2002, con base a una política de protección social, se incrementan las herramientas de apoyo y subsidio especialmente para las poblaciones más vulnerables, hay un fortalecimiento financiero para las cajas de compensación y se unifican las cuotas monetarias de subsidio familiar que pagan las cajas.

En la actualidad, el subsidio familiar se define como una prestación social, la cual tiene la facultad de ser cancelada en dinero, especie y servicio, para los trabajadores que perciben menores ingresos, con la finalidad de ayudar con la carga económica que se deriva de sostener a una familia⁸, adicionalmente, el subsidio familiar no puede ser considerado como salario⁹, tal y como reza la norma, resulta viable ante la legislación actual, que las Madres Comunitarias, puedan acceder a las ayudas que prestan las Cajas de Compensación Familiar, ya sea en dinero, especie o servicio.

La Corte Constitucional en la Sentencia 508 de 1997 se pronuncia al respecto de la naturaleza jurídica del subsidio familiar, de la siguiente manera:

² Toda empresa o unidad productiva que tenga trabajadores vinculados mediante Contrato de trabajo debe hacer un aporte equivalente al 9% de su nómina por concepto de los llamados aportes parafiscales.

³ Ley 89 de 1988. “Artículo 1°. A partir del 1° de enero de 1989 los aportes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) ordenados por las Leyes 27 de 1974 y 7ª de 1979, se aumentan al tres por ciento (3%) del valor de nómina mensual de salarios”.

“Parágrafo 2°. El incremento de los recursos que establece esta ley se dedicará exclusivamente a dar continuidad, desarrollo y cobertura a los Hogares Comunitarios de Bienestar de las poblaciones infantiles más vulnerables del país. Se entiende por Hogares Comunitarios de Bienestar, aquellos que se constituyen a través de becas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) a las familias con miras a que en acción mancomunada con sus vecinos y utilizando un alto contenido de recursos locales, atiendan las necesidades básicas de nutrición, salud, protección y desarrollo individual y social de los niños de los estratos sociales pobres del país”.

⁴ MONSALVE, Arenas Gerardo. El Sistema de Subsidio Familiar en la Seguridad Social Colombiana. Pontificia Universidad Javeriana. Vniversitas, diciembre. Número 106. Bogotá - Colombia. Página 17.

⁵ Decreto 3151 de 1962.

⁶ Ídem 4.

⁷ La Ley 100 de 1993 otorga a las Cajas de Compensación la posibilidad de formar parte del nuevo Sistema de Seguridad Social Integral, otorgándosele nuevos espacios en el Sistema de Pensiones y Salud, dando lugar posteriormente a la EPS Famisanar Ltda., y a ser socio accionista de Protección S. A.

⁸ Ley 21 de 1982. Artículo 1°. El subsidio familiar es una prestación social pagada en dinero, especie y servicio a los trabajadores de mediano y menores ingresos, en proporción al número de personas a cargo, y su objetivo fundamental consiste en el alivio de las cargas económicas que representa el sostenimiento de la familia, como núcleo básico de la sociedad.

Parágrafo. Para la reglamentación, interpretación y en general, para el cumplimiento de esta ley se tendrá en cuenta la presente definición del subsidio familiar.

⁹ Ley 21 de 1982. Artículo 2°. El subsidio familiar no es salario, ni se computará como factor del mismo en ningún caso.

“Puede concluirse que el subsidio familiar en Colombia ha buscado beneficiar a los sectores más pobres de la población, estableciendo un sistema de compensación entre los salarios bajos y los altos, dentro de un criterio que mira a la satisfacción de las necesidades básicas del grupo familiar. Los medios para la consecución de este objetivo son básicamente el reconocimiento de un subsidio en dinero a los trabajadores cabeza de familia que devengan salarios bajos, subsidio que se paga en atención al número de hijos; y también en el reconocimiento de un subsidio en servicios, a través de programas de salud, educación, mercadeo y recreación. El sistema de subsidio familiar es entonces un mecanismo de redistribución del ingreso, en especial si se atiende a que el subsidio en dinero se reconoce al trabajador en razón de su carga familiar y de unos niveles de ingreso precarios, que le impiden atender en forma satisfactoria las necesidades más apremiantes en alimentación, vestuario, educación y alojamiento”.

Por ende, para nadie es desconocido que las Madres Comunitarias, ejercen de manera voluntaria una labor social, y que acudieron al llamado del Gobierno Nacional, a hacer parte del programa de los “Hogares Comunitarios”, con la firme convicción de contribuir a la formación y protección de la niñez, sin recibir contraprestación alguna, no podemos ser insensibles e ignorar las necesidades que día a día afrontan estas mujeres, que no solo pertenecen a las clases sociales más marginadas, sino que además integran una familia y en la mayoría de los casos son cabeza de familia, que tienen a su cargo sus propios hijos y posiblemente a sus padres u otro familiar en situación de indefensión a su cargo.

III. PRESENTACIÓN DEL ARTICULADO

El honorable Representante Buenaventura León León, autor del proyecto de ley propone el siguiente articulado:

por la cual se vinculan las Madres Comunitarias a las Cajas de Compensación Familiar.

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. Objeto de la ley. *La presente ley tiene por objeto establecer los lineamientos para que las Madres Comunitarias del Programa de Hogares Comunitarios del Bienestar Familiar puedan afiliarse y acceder a los servicios que actualmente brindan las Cajas de Compensación Familiar.*

Artículo 2°. Afiliación a las Cajas de Compensación Familiar. *Las Madres Comunitarias del Programa de Hogares Comunitarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, podrán ser trabajadores beneficiarios del Régimen de Subsidio Familiar, conforme a lo dispuesto en el artículo 18 de la Ley 21 de 1982 y el artículo 3° de la Ley 789 de 2002.*

Parágrafo. *No gozarán de la calidad de Trabajadores Beneficiarios, las Madres Comunitarias que estén vinculadas ante cualquier Caja de Compensación Familiar conforme a lo establecido en los artículos 27 de la Ley 21 de 1982 y al parágrafo 1° del artículo 3° de la Ley 789 de 2002 y se encuentren disfrutando de los servicios y beneficios que otorgan las mismas.*

Artículo 3°. Vigencia. *La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las normas que le sean contrarias”.*

El honorable autor del proyecto ha tenido la convicción en que se debe otorgar a las Madres Comunitarias el amparo de los beneficios de un Sistema de Seguridad Social¹⁰, pero desde un aspecto global o al menos el cubrimiento extendido de los beneficios que ya se les reconocen en la Ley 789 de 2002, es decir, la posibilidad de obtener “**el beneficio del Régimen de Subsidio Familiar**” para que estas madres puedan disfrutar de un sistema integral de seguridad social y se le amplíen el campo de servicios y beneficios para ellas y las personas a su cargo, teniendo en cuenta que las Madres Comunitarias laboran más de la mitad de una jornada máxima legal¹¹, que a pesar que aún no reciben un mínimo legal vital; inicialmente estas trabajadoras, educadoras y Madres Comunitarias laboraban en un horario flexible en consideración a las obligaciones derivadas de su propio hogar, pero con el tiempo se establecieron jornadas de 8 horas y más dependiendo de las necesidades de la comunidad, es así que enfatizó en que no se le puede desconocer el acceso a un subsidio familiar, el cual puede ser de gran ayuda para alivianar un poco las cargas y necesidades de su grupo familiar.

Por otra parte, la presente iniciativa se ajusta a la libertad del legislador, contemplada en la Constitución Nacional conforme al artículo 154¹², sin embargo, cabe mencionar que el ar-

¹⁰ Ley 1187 de 2008 y Ley 1023 de 2006.

¹¹ Ley 21 de 1982. Artículo 23. Tendrán derecho al pago del subsidio familiar los trabajadores que laboren diariamente más de la mitad de la jornada máxima legal ordinaria o totalicen un mínimo de noventa y seis (96) horas de labor durante el respectivo mes.

¹² Artículo 154 C. N. Las leyes pueden tener origen en cualquiera de las Cámaras a propuesta de sus respectivos miembros, del Gobierno Nacional, de las entidades señaladas en el artículo 156 o por iniciativa popular en los casos previstos en la Constitución.

No obstante, solo podrán ser dictadas o reformadas por iniciativa del Gobierno las leyes a que se refieren los numerales 3, 7, 9, 11 y 22 y los literales a), b) y e), del numeral 19 del artículo 150; las que ordenen participaciones en las rentas nacionales o transferencias de las mismas; las que autoricen aportes o suscripciones del Estado a empresas industriales o comerciales y las que decreten exenciones de impuestos, contribuciones o tasas nacionales.

Las Cámaras podrán introducir modificaciones a los proyectos presentados por el Gobierno.

Los proyectos de ley relativos a los tributos iniciarán su trámite en la Cámara de Representantes y los que se refieran a relaciones internacionales, en el Senado.

título 7° de la Ley 819 de 2003¹³, se constituye como un importante mecanismo para racionalizar el proceso legislativo y garantizar la aplicación, implementación y cumplimiento de las leyes, pero no significa que dicho artículo sea imprescindible para que el Congreso ejerza su función legislativa o que asuma dicha carga de forma exclusiva, tal y como lo expresó la Corte Constitucional en la Sentencia C-911/07¹⁴:

“Así, pues, el mencionado artículo 7° de la Ley 819 de 2003 se erige como una importante herramienta tanto para racionalizar el proceso legislativo como para promover la aplicación y el cumplimiento de las leyes, así como la implementación efectiva de las políticas públicas. Pero ello no significa que pueda interpretarse que este artículo constituye una barrera para que el Congreso ejerza su función legislativa o una carga de trámite que recaiga sobre el legislativo exclusivamente”.

Y complementa:

“Ciertamente, dadas las condiciones actuales en que se desempeña el Congreso de la República, admitir que el artículo 7° de la Ley 819 de 2003 constituye un requisito de trámite, que crea una carga adicional y exclusiva sobre el Congreso en la formación de los proyectos de ley, significa, en la práctica, cercenar considerablemente la facultad del Congreso para legislar y concederle al Ministerio de Hacienda una especie de poder de veto sobre los proyectos de ley (...)”.

¹³ Artículo 7°. *Análisis del impacto fiscal de las normas.* En todo momento, el impacto fiscal de cualquier proyecto de ley, ordenanza o acuerdo, que ordene gasto o que otorgue beneficios tributarios, deberá hacerse explícito y deberá ser compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo.

Para estos propósitos, deberá incluirse expresamente en la exposición de motivos y en las ponencias de trámite respectivas los costos fiscales de la iniciativa y la fuente de ingreso adicional generada para el financiamiento de dicho costo.

El Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en cualquier tiempo durante el respectivo trámite en el Congreso de la República, deberá rendir su concepto frente a la consistencia de lo dispuesto en el inciso anterior. En ningún caso este concepto podrá ir en contravía del Marco Fiscal de Mediano Plazo. Este informe será publicado en la Gaceta del Congreso.

Los proyectos de ley de iniciativa gubernamental, que planteen un gasto adicional o una reducción de ingresos, deberán contener la correspondiente fuente sustitutiva por disminución de gasto o aumentos de ingresos, lo cual deberá ser analizado y aprobado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

En las entidades territoriales, el trámite previsto en el inciso anterior será surtido ante la respectiva Secretaría de Hacienda o quien haga sus veces.

¹⁴ Asunto: Objeciones Presidenciales por inconstitucionalidad al Proyecto de ley número 110 de 2006 Senado, 254 de 2005 Cámara, por la cual se adiciona un párrafo 2° al artículo 2° de la Ley 1023 de 2006 y se dictan otras disposiciones. Magistrado Ponente: Doctor Jaime Araújo Rentería. Bogotá, D. C., treinta y uno (31) de octubre de dos mil siete (2007). Referencia: Expediente OP-095.

“Por todo lo anterior, la Corte considera que los primeros tres incisos del artículo 7° de la Ley 819 de 2003 deben entenderse como parámetros de racionalidad de la actividad legislativa, y como una carga que le incumbe inicialmente al Ministerio de Hacienda, una vez que el Congreso ha valorado, con la información y las herramientas que tiene a su alcance, las incidencias fiscales de un determinado proyecto de ley. Esto significa que ellos constituyen instrumentos para mejorar la labor legislativa (...)”.

Es decir, que dicho artículo debe ser interpretado como una herramienta adicional que permite ajustar las iniciativas legislativas a las realidades macroeconómicas, y no como un obstáculo para el ejercicio normal del poder legislativo¹⁵.

Por último, la importancia del aporte que estas mujeres están haciendo al país, al contribuir con el cuidado de la primera infancia, cumpliendo funciones de madres y educadoras, debe ser un aliciente para elaborar iniciativas que permitan mejorar su calidad y condición de vida, como lo pretende este proyecto, que solo busca el amparo de Madres Comunitarias que no tienen la oportunidad de acceder a los beneficios del subsidio familiar.

IV. MARCO CONSTITUCIONAL Y LEGAL

El subsidio familiar, pagadero en dinero, especie o servicios, es una prestación social a favor de los trabajadores, a cargo del empleador y cubierta a través de entidades especializadas privadas, siendo estas las Cajas de Compensación Familiar.

• **Constitución Política:** El Estado ha de garantizar el derecho a la seguridad social, y más concretamente en lo que a subsidio familiar se refiere.

Artículo 13. Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica.

El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados.

El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.

Con la adopción de la **Constitución de 1991**, el derecho a la seguridad social, de conformidad con el **artículo 48 Superior** es un servicio público obligatorio y un derecho irrenunciable.

“La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la

¹⁵ Ídem 13.

dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establece la ley. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella (...)”.

• **Ley 90 de 1946:** En el caso colombiano, la primera norma que contempló el subsidio familiar fue esta ley que en su numeral 7 señaló como una de las funciones del Instituto Colombiano de Seguro Social, la de organizar las cajas de compensación destinadas a atender a los subsidios familiares que algunos patrones decidan asumir a favor de sus trabajadores.

• **Decretos 118 y 249 de 1957:** se estableció el subsidio familiar como obligación de todos los patrones y establecimientos públicos descentralizados. Se creó como un beneficio prestacional con carácter selectivo y especial, dejando marginada a la gran mayoría de la población laboral activa.

• **Ley 58 de 1963:** Esta ley hizo el beneficio extensivo a los trabajadores oficiales, es decir, amplió la cobertura a los trabajadores del sector público y todos los de las empresas o patrones titulares de un patrimonio neto igual o superior a los cincuenta mil pesos. Sin embargo, el sistema establecía un mayor subsidio dependiendo del tamaño de la empresa. Además, autorizaba la creación de Cajas de Compensación exclusivas para empleados de determinado gremio.

• **Decreto Legislativo 717 de 1968:** posteriormente, unificó para todos los trabajadores dicho beneficio.

• **Ley 56 de 1973:** se abre la posibilidad de la representación de los obreros en los consejos directivos de las Cajas de Compensación Familiar, se suprimen las categorías de beneficiarios y se faculta a las Cajas de Compensación el desarrollo de proyectos de acción social.

• **Ley 21 de 1982, artículo 2°:** reafirma el carácter de prestación social al negar la condición salarial del subsidio, tal como lo establece el Decreto 180 de 1956, pues aquel no se toma como porción adicional del salario o prima laboral, sino como una prestación de origen laboral sí, pero independiente. “El subsidio familiar no es salario, ni se computará como factor del mismo en ningún caso”. Los beneficiarios de tal prestación son los trabajadores de medianos y menores ingresos, en proporción al número de personas a cargo. La prestación tiene por propósito lograr el alivio de las cargas económicas, con miras a preservar la familia, núcleo básico de la sociedad.

• **Ley 22 de 1985:** se creó la Superintendencia del Subsidio Familiar.

• **Ley 71 de 1988:** El artículo 6° amplió la cobertura del sistema del subsidio familiar, a los pensionados, salvo en lo relacionado con el subsidio en dinero.

• **Ley 49 de 1990:** amplía el objeto misional asignado a las Cajas de Compensación, por cuanto se les asigna un papel en el reconocimiento de subsidios para la adquisición o construcción de vivienda de interés social, subsidios en educación y asignación de recursos para la atención de niños y jóvenes pobres.

• **Ley 789 de 2002:** El artículo 1° define el subsidio familiar como “una prestación social pagadera en dinero, especie y servicios a los trabajadores de medianos y menores ingresos, en proporción al número de personas a cargo, y su objetivo fundamental consiste en el alivio de las cargas económicas que representa el sostenimiento de la familia, como núcleo básico de la sociedad”.

El artículo 1° dispone que el subsidio familiar es una: prestación social pagada en dinero, especie y servicio a los trabajadores de mediano y menores ingresos; en proporción al número de personas a cargo y; su objetivo fundamental consiste en aliviar las cargas económicas del trabajador.

Por su parte, el artículo 2° dispone que el subsidio familiar no constituye salario, ni es gravable fiscalmente. El artículo 4° señala que el subsidio familiar es inembargable salvo en ciertos casos.

La misma ley estableció en su artículo 3° el marco normativo actual del régimen del subsidio familiar en dinero, derogando tácitamente lo que sobre esa materia consagraba la Ley 21 de 1982.

La Corte Constitucional mediante **Sentencia C-508 de 1997**, con ponencia del Magistrado, doctor Vladimiro Naranjo Villegas, ha señalado las principales características del subsidio familiar, la Corte definió el concepto de subsidio familiar como un “*mecanismo de redistribución del ingreso, en especial si se atiende a que el subsidio en dinero se reconoce al trabajador en razón de su carga familiar y de unos niveles de ingreso precarios, que le impiden atender en forma satisfactoria las necesidades más apremiantes en alimentación, vestuario, educación y alojamiento*”. En ese mismo pronunciamiento esta Corporación manifestó que:

“El subsidio familiar en Colombia ha buscado beneficiar a los sectores más pobres de la población, estableciendo un sistema de compensación entre los salarios bajos y los altos, dentro de un criterio que mira a la satisfacción de las necesidades básicas del grupo familiar. Los medios para la consecución de este objetivo son

básicamente el reconocimiento de un subsidio en dinero a los trabajadores cabeza de familia que devengan salarios bajos, subsidio que se paga en atención al número de hijos; y también en el reconocimiento de un subsidio en servicios, a través de programas de salud, educación, mercadeo y recreación. El sistema de subsidio familiar es entonces un mecanismo de redistribución del ingreso, en especial si se atiende a que el subsidio en dinero se reconoce al trabajador en razón de su carga familiar y de unos niveles de ingreso precarios, que le impiden atender en forma satisfactoria las necesidades más apremiantes en alimentación, vestuario, educación y alojamiento”.

Igualmente y mediante **Sentencia C-337 del 4 de mayo de 2011**, con ponencia del Magistrado, doctor Jorge Ignacio Pretelt Chaljub, nos señala que:

“En la Sentencia T-712 de 2003, se dijo que el subsidio familiar es considerado como una especie del género de la seguridad social, regido, por lo tanto, por los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad incorporados en el artículo 49 de la Carta Política. Constituye, por ende, una valiosa herramienta para la consecución de los objetivos de la política social y laboral del Gobierno.

2.2.4.4 De acuerdo con lo anterior, el subsidio familiar, es una prestación del régimen de la seguridad social que tiene como objetivo principal contribuir en la protección integral de la familia, ya que dicho beneficio va dirigido a apoyar a ese núcleo básico de la sociedad, en sus necesidades básicas.

2.2.4.5 En lo que respecta a la financiación del subsidio, este ha sido clasificado por la jurisprudencia como una contribución parafiscal atípica. En efecto, al mismo tiempo que la Corte ha puesto de presente el carácter de prestación social que tiene el subsidio familiar, ha indicado también que la manera como han sido regulados los recursos que manejan las Cajas de Compensación Familiar permite concluir que son recursos provenientes de una exacción parafiscal de naturaleza atípica”.

Así las cosas, se podría definir que el subsidio familiar es una prestación social de carácter legal para los trabajadores, como lo son las Madres comunitarias; es una prestación propia del régimen de la seguridad social, al cual pertenecen las Madres Comunitarias; **La prestación del servicio de subsidio familiar constituye una función pública que compromete el interés general;** la prestación está a cargo del Estado, pero se presta a través de entidades particulares por mandato de la ley; **tiene por objetivo el logro de la equidad social.**

La Corte Constitucional ha señalado igualmente y con acierto que el fundamento de la prestación social del subsidio familiar se en-

cuentra en el postulado esencial de la democracia participativa que informa nuestro Estado Social de Derecho. Es una manifestación del vínculo político Estado-sociedad, porque, además, con su realización se persigue, a través de la solidaridad, alcanzar la justicia, particularmente en su acepción concreta de la equidad (a cada quien, según sus necesidades).

V. CONSIDERACIONES Y MODIFICACIONES AL ARTICULADO PROPUESTAS POR LA PONENTE

A. CONSIDERACIONES

El desplazamiento de la economía, la salud y la cobertura de las contingencias naturales, genera un nuevo Estado social con un contenido a la pretensión de la sociedad sin clases, entendida en la nueva práctica como sociedad plural, no discriminatoria, es así como la seguridad social apunta al establecimiento de condiciones propicias para que el individuo se desarrolle en la sociedad de hoy. Los derechos sociales o de segunda generación han pasado en los últimos años a convertirse en el nuevo rostro de la revolución social.

La institución del subsidio familiar es entendida como atípica en el contexto latinoamericano y debe sus raíces a la experiencia europea, en particular si se considera la forma de administración de los recursos que se recaudan para el cubrimiento de dicha prestación social a través de corporaciones privadas, denominadas Cajas de Compensación Familiar.

Ahora bien, el subsidio como asignación familiar constituye una modalidad prestacional que se encuadra dentro del espectro de la seguridad social integral, al cual deben tener pleno derecho las Madres Comunitarias, integrantes del programa que lleva su mismo nombre en el Instituto de Bienestar Familiar, es así como siendo el subsidio una prestación social de los trabajadores –inicialmente– procurara el alivio de las cargas económicas generadas por la responsabilidad en el núcleo familiar de las futuras beneficiarias y atiende a las contingencias que se generan, precisamente, por efectos de la procreación, de la capacidad de las personas a cargo, de la muerte del beneficiario o de alguna de las personas a su cuidado, como emanación de la connotación social del trabajo y la especial protección que merece el trabajador, bajo la óptica de fortalecimiento de la familia como núcleo básico de la comunidad política.

Se insiste en el hecho que el subsidio familiar no es salario, ni se computará como factor del mismo en ningún caso, siendo compatible con la bonificación percibida por las Madres Comunitarias, la cual reciben en virtud de la actividad social que desarrollan, cuyo valor se encuentra al día de hoy por debajo del salario mínimo legal mensual vigente, a pesar de ser un reconocimiento a la labor que desempeñan dentro de la sociedad es irrisorio, por lo tanto el subsidio

familiar se constituye en uno de los peldaños necesarios en la búsqueda del mínimo vital para estas mujeres y familias comunitarias.

En cuanto a la afiliación a las Cajas de Compensación Familiar el literal b) del artículo 19 de la Ley 789 de 2002, permite la afiliación de los trabajadores independientes con su grupo familiar, siempre y cuando acredite que se encuentre afiliado previamente al sistema de salud y la base de cotización será la misma del sistema de salud y no podrá ser inferior a la que se utilice dentro del sistema de pensiones.

Del mismo modo, el enunciado artículo reguló que el aporte a las Cajas de Compensación Familiar es del 0.6% sobre una base de un salario mínimo legal mensual vigente, pero este beneficio no incluye el derecho a que se les otorgue derechos para el pago de subsidios, y es allí donde se encuentra limitado el beneficio a las actividades de recreación, capacitación y turismo social en igualdad de condiciones frente a los demás afiliados a la caja.

En conclusión las Madres Comunitarias pueden en este momento afiliarse a las Cajas de Compensación Familiar en calidad de trabajadores independientes y los aportes se realizarán en los términos enunciados pero no tienen derecho al régimen de subsidios.

B. MODIFICACIONES AL ARTICULADO

Las modificaciones aditivas que a continuación se presentan solo son de carácter complementario al loable trabajo presentado por el autor, dado que se encontró necesario generar precisión en cuanto a lo que se quiere obtener con el presente proyecto.

por la cual se vinculan las Madres Comunitarias al Régimen de Subsidios de las Cajas de Compensación Familiar.

• El propósito del proyecto de ley es la ampliación de la vinculación de las Madres Comunitarias al sistema de Beneficios de las Cajas de Compensación familiar, vinculación que se encuentra consagrada desde la Ley 1450 de 2011 “**Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo, 2010-2014**”, en su artículo 167 que modifica a su vez el literal d) de la Ley 789 de 2002 que es la ley “*Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo*”.

En otras palabras, lo que busca realmente este proyecto es la vinculación al plan de Beneficios de subsidios de los cuales se encuentran excluidas las Madres Comunitarias al haber quedado incluidas en el “*régimen de afiliación voluntaria para expansión de cobertura de servicios sociales*” de la ley en mención.

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

Artículo 1º. Objeto de la ley. *La presente ley tiene por objeto establecer los lineamientos para*

que las Madres Comunitarias del Programa de Hogares Comunitarios del Bienestar Familiar puedan afiliarse y acceder a los servicios y beneficios que actualmente brindan las Cajas de Compensación Familiar.

• Se propone la inclusión de la palabra “y *beneficios*” dado que como se explicó en la modificación anterior del título, lo que realmente se busca es la inclusión de las madres al beneficio de subsidios, porque su afiliación ya es un hecho cierto y regulado por ley anterior.

Artículo 2º. Afiliación a las Cajas de Compensación Familiar. Adiciónese un párrafo 3º al artículo 19 de la Ley 789 de 2002, el nuevo texto es el siguiente: Párrafo 3º. *Las Madres Comunitarias del Programa de Hogares Comunitarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, podrán ser trabajadores beneficiarios del Régimen de Subsidio Familiar, conforme a lo dispuesto en el artículo 18 de la Ley 21 de 1982 y el artículo 3º de la Ley 789 de 2002 presente ley.*

• Se presenta la proposición de introducción de un párrafo nuevo al artículo 19 de la Ley 789 de 2002, todo esto a manera de excepción de la regla que establece este artículo. Es evidente la necesidad de la inclusión de este grupo social al beneficio integral de los subsidios que hoy en día prestan las Cajas de Compensación Familiar.

Parágrafo Artículo 3º. *No gozarán de la calidad de Trabajadores Beneficiarios, las Madres Comunitarias que estén vinculadas ante cualquier Caja de Compensación Familiar conforme a lo establecido en los artículos 27 de la Ley 21 de 1982 y al párrafo 1º del artículo 3º de la Ley 789 de 2002 y se encuentren disfrutando de los servicios y beneficios que otorgan las mismas.*

Artículo 3º. Vigencia. *La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las normas que le sean contrarias”.*

VI. PROPOSICIÓN FINAL

Bajo las anteriores consideraciones y haciendo uso de las facultades conferidas por el artículo 153 de la Ley 5ª de 1992, es que rindo informe de **ponencia favorable** para primer debate en la honorable Comisión Séptima Permanente de la Cámara de Representantes, y respetuosamente sugiero a los y las honorables Representantes, que se apruebe la siguiente proposición:

Dese primer debate en la Comisión Séptima al Proyecto de ley número 100 de 2011 Cámara, *por la cual se vinculan las Madres Comunitarias a las Cajas de Compensación Familiar*, de acuerdo con las modificaciones y el texto propuesto que se adjuntan.

De los honorables Representantes,

Marta Cecilia Ramírez Orrego, Víctor Raúl Yepes, Representantes Ponentes.

PLIEGO DE MODIFICACIONES AL TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 100 DE 2011 CÁMARA

por la cual se vinculan las Madres Comunitarias al Régimen de Subsidios de las Cajas de Compensación Familiar.

El Congreso de la República de Colombia
DECRETA:

Artículo 1º. Objeto de la ley. La presente ley tiene por objeto establecer los lineamientos para que las Madres Comunitarias del Programa de Hogares Comunitarios del Bienestar Familiar puedan afiliarse y acceder a los servicios **y beneficios** que actualmente brindan las Cajas de Compensación Familiar.

Artículo 2º. Afiliación a las Cajas de Compensación Familiar. Adiciónese un párrafo 3º al artículo 19 de la Ley 789 de 2002, el nuevo texto es el siguiente: Parágrafo 3º: Las Madres Comunitarias del Programa de Hogares Comunitarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, podrán ser trabajadores beneficiarios del Régimen de Subsidio Familiar; conforme a lo dispuesto en el artículo 18 de la Ley 21 de 1982 y el artículo 3º de la Ley 789 de 2002 **presente ley.**

Parágrafo Artículo 3º. No gozarán de la calidad de Trabajadores Beneficiarios, las Madres Comunitarias que estén vinculadas ante cualquier Caja de Compensación Familiar conforme a lo establecido en los artículos 27 de la Ley 21 de 1982 y al párrafo 1º del artículo 3º de la Ley 789 de 2002 y se encuentren disfrutando de los servicios y beneficios que otorgan las mismas.

Artículo 3º. Vigencia. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las normas que le sean contrarias”.

De los honorables Representantes,

Marta Cecilia Ramírez Orrego, Víctor Raúl Yepes, Representantes Ponentes.

TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 100 DE 2011 CÁMARA

por la cual se vinculan las Madres Comunitarias al Régimen de Subsidios de las Cajas de Compensación Familiar.

El Congreso de la República de Colombia
DECRETA:

Artículo 1º. Objeto de la ley. La presente ley tiene por objeto establecer los lineamientos para que las Madres Comunitarias del Programa de Hogares Comunitarios del Bienestar Familiar

puedan afiliarse y acceder a los servicios y beneficios que actualmente brindan las Cajas de Compensación Familiar.

Artículo 2º. Afiliación a las Cajas de Compensación Familiar. Adiciónese un párrafo 3º al artículo 19 de la Ley 789 de 2002, el nuevo texto es el siguiente:

Parágrafo 3º. Las Madres Comunitarias del Programa de Hogares Comunitarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, podrán ser trabajadores beneficiarios del Régimen de Subsidio Familiar; conforme a lo dispuesto en el artículo 18 de la Ley 21 de 1982 y el artículo 3º de la presente ley.

Artículo 3º. No gozarán de la calidad de Trabajadores Beneficiarios, las Madres Comunitarias que estén vinculadas ante cualquier Caja de Compensación Familiar conforme a lo establecido en los artículos 27 de la Ley 21 de 1982 y al párrafo 1º del artículo 3º de la Ley 789 de 2002 y se encuentren disfrutando de los servicios y beneficios que otorgan las mismas.

Artículo 3º. Vigencia. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las normas que le sean contrarias”.

De los honorables Representantes,

Marta Cecilia Ramírez Orrego, Víctor Raúl Yepes, Representantes Ponente.

CONTENIDO

Gaceta número 950 - Miércoles, 7 de diciembre de 2011
CÁMARA DE REPRESENTANTES

	Págs.
PONENCIAS	
Informe de ponencia para primer debate , pliego de modificaciones y texto propuesto al Proyecto de ley número 115 de 2011 Cámara, por medio de la cual se reglamenta el cobro y destinación de las propinas.....	1
Informe de ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 069 de 2011 Cámara, por medio de la cual se deroga el artículo 8º de la Ley 1361 de 2009.....	6
Ponencia para primer debate, pliego de modificaciones y texto propuesto al Proyecto de ley número 064 de 2011 Cámara, por medio de la cual se crea el documento de voluntad anticipada que busca mantener la dignidad humana en pacientes que se encuentren en enfermedad en fase terminal.....	13
Ponencia para primer debate, pliego de modificaciones y texto propuesto al Proyecto de ley número 100 de 2011 Cámara, por la cual se vinculan las Madres Comunitarias a las Cajas de Compensación Familiar.....	24

