



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXIV - N° 753

Bogotá, D. C., lunes, 28 de septiembre de 2015

EDICIÓN DE 12 PÁGINAS

DIRECTORES:	GREGORIO ELJACH PACHECO	JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO
	SECRETARIO GENERAL DEL SENADO www.secretariasenado.gov.co	SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

PROYECTOS DE LEY

PROYECTO DE LEY NÚMERO 95 DE 2015 SENADO

por medio de la cual se regula el uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA) en transportes asistenciales, lugares de alta afluencia de público, y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. *Objeto.* La presente ley tiene como objeto establecer la obligatoriedad, la dotación, disposición y acceso a los Desfibriladores Externos Automáticos (DEA) en los transportes de asistencia básica y medicalizada, así como en los espacios con alta afluencia de público.

Artículo 2°. *Definiciones.* Para los efectos de la presente ley se entenderá por:

1. Desfibrilador Externo Automático (DEA). Aquel dispositivo médico electrónico portátil, dotado de electrodos destinados a generar y aplicar pulsos intensivos que puede descargar una corriente al corazón a través del tórax, para que esta detenga la fibrilación ventricular y permita que el corazón vuelva a un ritmo normal saliendo del paro, que garantice el ritmo cardíaco viable del paciente.

2. Transportes asistenciales. Son los transportes asistenciales básicos y medicalizados, tanto públicos como privados, de orden terrestre, fluvial, marítimo y aéreo.

3. Espacios con alta afluencia de público. Son los espacios públicos y privados, abiertos o cerrados, permanentes o temporales, destinados a la recepción, atención, circulación o estancia de alta afluencia de público.

Parágrafo. Para los efectos de la presente ley, se entenderá que los Desfibriladores Externos Automáticos (DEA) estarán a disposición en los transportes, espacios y urgencias de carácter extrahospitalario.

Artículo 3°. **Ámbito de aplicación.** La presente ley estará destinada a garantizar el acceso a Desfibriladores

Externos Automáticos (DEA) en ambientes extrahospitalarios, transportes asistenciales y espacios con alta afluencia de público, tales como los siguientes:

a) Transportes asistenciales básicos, medicalizados, públicos y privados, de orden terrestre, fluvial, marítimo y aéreo.

b) Terminales de transporte terrestre, marítimo, fluvial y aéreo nacional e internacional.

c) Escenarios deportivos, tanto públicos como privados, tales como estadios, coliseos, polideportivos, canchas sintéticas, gimnasios, clubes deportivos, acuáticos y parques naturales, de diversiones o recreacionales, ciclovías y centros de alto rendimiento o entrenamiento.

d) Entidades públicas tales como Gobernaciones, Asambleas Departamentales, Concejos, Ministerios, Departamentos Administrativos, guarniciones militares y policiales, y centros de atención al público tanto nacionales como departamentales y distritales.

e) Cárceles y centros penitenciarios o de detención de orden nacional, municipal o distrital.

f) La Presidencia de la República, el Congreso de la República, Palacio de Justicia (Altas Cortes), Ministerio Público, Fiscalía General de la Nación, y Complejos Judiciales tales como Tribunales y Juzgados.

g) Los sistemas de transporte masivo metropolitano.

h) Escenarios culturales y recreacionales tanto públicos, privados o de naturaleza mixta, tales como museos, bibliotecas, ferias, centros de exposición, teatros, complejos turísticos y hoteleros.

i) Centros de rehabilitación, salud mental o reclusión temporal.

j) Universidades públicas y privadas.

k) Colegios públicos, privados o en concesión.

l) Centros comerciales.

m) Inmuebles de uso mixto tales como centros empresariales y de unidades residenciales y comerciales de más de cien unidades.

Parágrafo 1°. Los anteriores sin perjuicio de otros espacios con alta afluencia de público que sean identificados por las autoridades competentes.

Parágrafo 2°. Las autoridades departamentales, municipales y locales reglamentarán el registro, verificación, supervisión y control de los Desfibriladores Externos Automáticos (DEA) en los términos de la presente ley, bajo la coordinación del Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 3°. En situaciones de urgencia extrahospitalaria o necesidad manifiesta, y con el fin de garantizar el primer eslabón de la cadena vital, los lugares anteriormente señalados que sean de naturaleza privada prestarán su colaboración permitiendo el uso de los Desfibriladores Externos Automáticos (DEA) ante cualquier emergencia, sin que por ello se menoscabe la propiedad privada.

Artículo 4°. *Entrenamiento y uso.* El personal médico, paramédico, auxiliar y de apoyo de transportes asistenciales públicos y privados, los efectivos de las fuerzas militares y de policía destinados a lugares con alta afluencia de público, los brigadistas en salud, personal de enfermería, el personal de seguridad y vigilancia privada, los salvavidas, guías, instructores, entrenadores, los docentes o titulares de educación física, recreación y deporte, los guardianes de establecimientos carcelarios o penitenciarios, y los administradores de propiedades y copropiedades privadas en los términos del artículo anterior recibirán capacitación y certificación en uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA) por parte de las Secretarías Departamentales o Municipales de Salud, de acuerdo con la reglamentación y supervisión del Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. Los lugares de alta afluencia de público –sean de naturaleza pública o privada– garantizarán un número plural de personas capacitadas y certificadas para el uso de los DEA, de tal manera que siempre haya personal capacitado a disposición para garantizar el primer eslabón de la cadena vital.

Artículo 5°. *Implementación.* De acuerdo con lo previsto por la presente ley, el Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las Secretarías de Salud Departamentales, Distritales y Municipales, reglamentará y supervisará lo relativo a:

- a) Estandarización del tipo de DEA requerido para la atención de emergencias extrahospitalarias.
- b) Registro, inspección y vigilancia de los DEA.
- c) Registro, inspección y vigilancia de los lugares y transportes obligados a contar con un DEA.
- d) Capacitación, certificación y supervisión para el uso del DEA.
- e) Procedimiento y protocolo para la disponibilidad necesaria (geográfica, por factores de emergencia y riesgo de los DEA) en lugares públicos y privados.
- f) Procedimiento para simulacros en atención de emergencias que requieran el uso de los DEA.
- g) Coordinación de la “ruta vital y de emergencia” con las entidades hospitalarias públicas y privadas.
- h) Régimen sancionatorio por el incumplimiento de las disposiciones anteriores.

Las demás que sean pertinentes y necesarias en los términos previstos por la presente ley.

Artículo 6°. *Adquisición.* Las entidades de derecho público efectuarán las previsiones y apropiaciones presupuestales necesarias para la adquisición de los DEA en los términos previstos por la presente ley, en concordancia con lo dispuesto por la Ley 80 de 1993, la Ley 1751 de 2015 y las demás normas que sean complementarias y concordantes.

Los sujetos de derecho privado estarán sujetos a la aprobación de los DEA adquiridos, en los términos previstos por el artículo 5° de la presente ley.

Artículo 7°. *Reglamentación.* El Gobierno nacional reglamentará las materias que sean de su competencia en un término máximo de seis (6) meses posteriores a la promulgación de la presente ley.

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

De los Honorables Senadores,

 
 IVÁN DUQUE MÁRQUEZ, Senador de la República, Autor Principal ALVARO URIBE VÉLEZ, Senador de la República

 
 PALOMA VALENCIA LASERNA, Señadora de la República ALFREDO RAMOS MAYA, Senador de la República

 
 FERNANDO NICOLAS ARAUJO RUMIE, Senador de la República ORLANDO CASTAÑEDA SERRANO, Senador de la República

 
 MARÍA DEL ROSARIO GUERRA DE LA ESPRIELLA, Señadora de la República ERNESTO MACÍAS TOVAR, Senador de la República

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La presente exposición de motivos busca resaltar la importancia de los Desfibriladores Externos Automáticos (DEA), así como la necesidad de que por vía de un instrumento normativo de la envergadura de una ley se regule el acceso, obligatoriedad y disponibilidad de los DEA, con el fin de garantizar una adecuada atención de emergencia en situaciones que pongan en peligro la vida por episodios cardíacos sucedidos fuera de centros hospitalarios.

El objeto del presente proyecto es el de garantizar –a través de la obligatoriedad– la disposición de los DEA en transportes medicalizados y lugares con alta afluencia de público, para que su uso por parte de personal médico, asistencial o con entrenamiento básico de emergencia contribuya a la reducción de casos de muerte por episodios cardíacos ocurridos por fuera de instalaciones hospitalarias.

La presente exposición de motivos busca evidenciar la necesidad, pertinencia y viabilidad del presente proyecto de ley, desarrollando el análisis a través del sustento médico, técnico y jurídico sobre los DEA, su uso, la literatura científica al respecto y la incidencia de las enfermedades cardiovasculares como la principal causa de muerte en el país, sin olvidar el derecho comparado y la necesidad de adoptar una legislación uniforme y actualizada que garantice el derecho a la vida, gracias a la adecuada atención de episodios cardíacos.

I. EL DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO (DEA) COMO HERRAMIENTA NECESARIA PARA UNA ADECUADA ATENCIÓN DE EMERGENCIA

a) Definición

El Desfibrilador Externo Automático (DEA) es un pequeño aparato portátil, de poco peso, que puede descargar una corriente al corazón a través del tórax, para que en el evento de un paro cardíaco esta detenga la fibrilación ventricular y permita que el corazón vuelva a un ritmo normal.

Los DEA son unos equipos eléctricos que entregan impulsos de corriente de alta amplitud al corazón, para restaurar el ritmo normal y la función contráctil en pacientes que se encuentran en fibrilación ventricular (FV) y que no presentan pulso palpable.

Este tipo de desfibriladores pueden analizar el electrocardiograma y determinar si la desfibrilación es necesaria o no, y están diseñados para ser usados en emergencias cardíacas, en cualquier sitio público, por personas sin una preparación profunda en soporte de vida cardíaca¹.

Los DEA hacen posible la resucitación exitosa de un paro cardíaco y pueden usarlos personas ajenas a la medicina con algo de entrenamiento, o aun sin entrenamiento, cuando han oído acerca de su uso y utilidad. Así, la atención inmediata con respuesta del sistema de emergencia, con el uso de la resucitación cardiopulmonar y la desfibrilación, es crítica y depende del tiempo de atención no solo para mejorar la supervivencia del paro, sino para disminuir su morbilidad².

El paro posinfarto obedece a un cese súbito de la actividad cardíaca que no permite su bombeo y función normal y que de no controlarse en minutos, conduce a la muerte. Como se mencionó, la mayoría de los paros ocurre por fibrilación ventricular; esta consiste en un ritmo desorganizado del corazón que se origina en los ventrículos, que producen un ritmo muy rápido y asincrónico, inefectivo para producir un bombeo adecuado y por lo tanto el gasto cardíaco cae a cero. El único tratamiento posible de la fibrilación ventricular es la desfibrilación y no puede manejarse ni con drogas o solo masaje cardíaco. De tal manera que para restaurar la actividad del corazón se necesitan las dos cosas: resucitación cardiopulmonar y desfibrilación.

En estudio publicado en agosto de 2009 por la *Revista Colombiana de Cardiología*, se señalaba que desde 1995 la Asociación Americana del Corazón (AHA) promovió el uso de la desfibrilación externa automática, con el fin de mejorar la supervivencia del paro cardíaco súbito ocurrido fuera del hospital.

¹ “[...] Lo que garantiza que cualquier persona con la capacitación básica pueda atender de inmediato la emergencia, siguiendo las indicaciones que el equipo brinda y que son las adecuadas para cada caso en particular, sin necesidad que sea un médico el que atienda al paciente, lo que efectiviza en el tiempo los resultados esperados (reducción de mortalidad y consecuencias neurológicas). [...]” Vasco Ramírez, Mauricio. Desfibrilación externa automática. *Revista Colombiana de Anestesiología*. Vol. 34 n° 2 Bogotá, June 2006. ISSN 0120-3347.

² Ello corresponde a los llamados eslabones de atención previstos en el protocolo médico de atención urgente de episodios cardíacos: primer eslabón, atención de emergencia; segundo eslabón, resucitación cardiopulmonar, y tercer eslabón, la desfibrilación.

Ello evidenciaba la necesidad de implementar el acceso público a la desfibrilación, al evidenciarse la necesidad de organizar el programa para una mayor efectividad que permitiera prevenir muertes ocasionadas por episodios cardíacos.

De acuerdo con los análisis recogidos en la publicación científica, hay varias causas que pueden ocasionar paro cardíaco, pero las más frecuentes son las siguientes:

1. Infarto agudo de miocardio, en el que los trastornos eléctricos que suceden pueden conducir a fibrilación ventricular, taquicardia ventricular sin pulso, actividad eléctrica sin pulso y asistolia; es decir, llevar al fenómeno de muerte súbita y paro cardiopulmonar.

2. Enfermedad cerebral vascular (trombosis o hemorragia).

3. Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño en adultos y niños (atragantamiento).

4. Otras enfermedades o circunstancias clínicas de aparición súbita como por ejemplo trauma severo de diferentes causas, intoxicaciones exógenas, falla cardíaca congestiva, encefalopatía hipertensiva, arritmias cardíacas, etc.³.

La importancia de contar con un DEA en un ambiente externo al hospitalario, a más de evidenciarse en la literatura científica al respecto, es una realidad tal y como lo señalan los análisis del Ministerio de Salud y Protección Social, en donde se constata que el infarto agudo de miocardio o ataque cardíaco fue responsable de la muerte de 16.000 hombres de los 29.000 colombianos que fallecieron en 2011 por esa causa en el país, lo cual implica que al día fallecieron por esta enfermedad 43 varones⁴.

“[...] Si la fibrilación ventricular no se trata de inmediato, se desarrolla paro cardíaco por asistolia o actividad eléctrica sin pulso y probablemente será más difícil una resucitación exitosa. Para atender el paro en forma adecuada se requieren dos elementos: reanimación básica y **desfibrilación**. [...]”⁵ (negrita y subrayado fuera de texto).

De acuerdo con los análisis científicos, dentro de las causas de muerte súbita en el infarto agudo de miocardio se calcula que aproximadamente 250.000 personas mueren fuera del hospital, y el causante de muerte más común es la fibrilación ventricular, precedida inicialmente por taquicardia ventricular con pulso y luego sin pulso⁶.

La Asociación Americana del Corazón hace referencia a la “cadena de la supervivencia”, compuesta por cuatro eslabones para atender el paro, dentro del primer eslabón –considerado vital para la superviven-

³ Ibid.

⁴ <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Hombres,-m%C3%A1s-propensos-en-Colombia-a-morir-de-infarto.aspx>

⁵ Ibid. 1.

⁶ “[...] Cuando ha habido oportunidad de registrar el ritmo, 40% ha mostrado fibrilación ventricular, pero es probable que una proporción mayor de este ritmo haya estado presente al tiempo del colapso, si se hubiera tenido tiempo de registrarlo. Si alguien con entrenamiento hubiese estado presente al tiempo del colapso, el paciente hubiera podido sobrevivir y salir del paro (la importancia del denominado «primer respondiente» para atender la emergencia). [...]” (Matiz, 2009).

cia de la paciente— se encuentra la necesidad de contar con un desfibrilador externo automático (DEA) o pedir uno convencional si se está en un ambiente hospitalario.

b) Pertinencia e importancia

La importancia del DEA se ve reflejada en que la descarga eléctrica terminará la fibrilación ventricular y permitirá al corazón reactivar un efectivo ritmo de perfusión. Si al paciente se le aplican respiraciones y masaje dentro de dos a cinco minutos, y una desfibrilación ojalá antes de los primeros cuatro minutos, las posibilidades de éxito de la reanimación serán mayores⁷.

Siendo el DEA un elemento de urgencia vital para la salvación de vidas por episodios cardíacos como los anteriormente señalados, es preciso reiterar que su importancia no solo deriva del hecho de ser herramienta fundamental dentro del protocolo médico para salvar vidas (primer eslabón de la cadena vital), sino que además es un elemento de uso sencillo, incluso para personal no médico.

Así pues, cualquier persona que haya tenido entrenamiento (bomberos, policías, conductores de ambulancias, azafatas, guardias de seguridad, personas que trabajen en medicina ocupacional o de la brigada de emergencia) puede estar en capacidad de operar un DEA y coadyuvar en el tratamiento de una emergencia y la posible salvación de una vida por una intervención adecuada y oportuna.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el perfil epidemiológico de países de 2011, la tasa de mortalidad de Colombia por cada 100.000 habitantes para enfermedades cardiovasculares (ECV) y diabetes es de 166,7 para mujeres y de 205,9 para hombres.

Según esta organización internacional, las ECV fueron la causa de muerte de 60.000 colombianos en 2011, por lo que uno de cada tres fallecimientos en el país estuvo relacionado con esos padecimientos durante ese año⁸.

De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de este grupo de enfermedades se destaca la isquémica cardíaca o infarto como responsable del mayor número de casos fatales. Para 2011 este fue el responsable de la muerte de 29.000 colombianos, afectando en su mayoría a los hombres, con 16.000 casos. Lo anterior significa que en ese año murieron, en promedio, 80 personas al día a causa de esta enfermedad.

Las tasas de mortalidad por 100.000 habitantes de infarto entre 2005 y 2010 más elevadas se registraron en los departamentos de Tolima (84,53), Caldas (81,72), Quindío (74,53), Risaralda (70,50), Huila (68,17), Cundinamarca (64,74), Antioquia (63,58), Santander (62,44), Valle del Cauca (59,72), Meta (59,43), Magdalena (58,82), Atlántico (54,83), Norte de Santander (54,54), Cesar (53,03), Arauca (52,43), Sucre (52,28), Boyacá (52,18) y Caquetá (49,51)⁹.

Es claro que la adecuada atención médica y el uso oportuno de un DEA hubiesen podido evitar muchas de estas muertes por infarto derivadas de ECV, principal causa de muerte natural en nuestro país.

En tal virtud, la obligatoriedad de contar con DEA en transportes asistenciales y lugares con alta afluencia de público es una imperiosa necesidad de salud pública.

II. MARCO JURÍDICO

Respecto al proyecto propuesto al honorable Senado de la República, vale la pena recabar como inventario normativo que sustenta la propuesta los siguientes instrumentos:

i) Vigentes

Si bien la Constitución Política (C. P.) no hace referencia expresa al derecho a la salud, el artículo 49 dispone:

“[...] **Artículo 49.** Modificado por el Acto Legislativo número 02 de 2009. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.”

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad. [...]” (subrayado fuera de texto).

A su turno, la Ley 1751 de 2015 dispuso:

“[...] **Artículo 1°.** **Objeto.** La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.”

Artículo 2°. **Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud.** El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado [...]” (subrayado fuera de texto).

En igual sentido, la Ley 1438 de 2011 señaló:

“[...] **Artículo 1°.** **Objeto de la ley.** Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el mar-

⁷ *Ibíd.*

⁸ Véase <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-enfrenta-epidemia-de-enfermedades-cardiovasculares-y-diabetes.aspx>.

⁹ Boletín de Prensa n° 077 de 2014 (21/03/14), Ministerio de Salud, disponible en www.minsalud.gov.co.

co de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

(...)

Artículo 67. Sistemas de emergencias médicas. Con el propósito de responder de manera oportuna a las víctimas de enfermedad, accidentes de tránsito, traumatismos o paros cardiorrespiratorios que requieran atención médica de urgencias, se desarrollará el sistema de emergencias médicas, entendido como un modelo general integrado, que comprende, entre otros los mecanismos para notificar las emergencias médicas, la prestación de servicios pre hospitalarios y de urgencias, las formas de transporte básico y medicalizado, la atención hospitalaria, el trabajo de los centros reguladores de urgencias y emergencias, los programas educacionales y procesos de vigilancia.

El Ministerio de la Protección Social reglamentará, en el transcurso de un año (1) a partir de la vigencia de la presente ley, el desarrollo y operación del sistema de emergencias médicas, que garantice la articulación de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud de acuerdo con sus competencias, incluyendo los casos en los que deberá contarse con personal con entrenamiento básico donde haya alta afluencia de público. Para la operación del sistema se podrán utilizar recursos del programa institucional de fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias [...]”.

La Resolución 2003 del 28 de mayo de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social dispone:

“[...] **Artículo 1º. Objeto.** La presente resolución tiene por objeto definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, así como adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud que hace parte integral de la presente resolución.

(...)

2328 Transporte asistencial

Grupo Servicio Transporte asistencial Transporte asistencial básico Transporte asistencial medicalizado.

Grupo: Transporte asistencial Servicio: Transporte asistencial básico.

Descripción del Servicio: Es el traslado de un paciente en un medio de transporte terrestre, marítimo y/o fluvial que debe contar con una dotación básica para dar atención oportuna y adecuada al paciente durante el desplazamiento.

Dotación Transporte Asistencial Medicalizado

Desfibrilador bífásico con capacidad de realizar cardioversión sincrónica y marcapasos transcutáneo, baterías mínimo para 4 horas [...]” (subrayado fuera de texto).

Igualmente, se pueden mencionar como acervo normativo adicional las siguientes:

- Artículo 173, numeral 3 de la Ley 100 de 1993
- Artículo 56 de la Ley 715 de 2001
- Artículo 2º del Decreto Ley 4107 de 2011

- Capítulos I y II del Título III del Decreto 1011 de 2006

- Artículo 58 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 118 del Decreto Ley 019 de 2012.

ii) Antecedentes

En el Honorable Senado de la República hizo tránsito el **Proyecto de ley número 149 de 2008**, por la cual se dispone la instalación de *Cardiodesfibriladores Externos Automáticos* y se dictan otras disposiciones, de autoría del honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, el cual si bien tenía un propósito similar, no recogía muchas de las necesidades que se buscan suplir mediante este proyecto y la realidad actual a la luz de la Ley 1751 de 2015¹⁰.

Igualmente es pertinente señalar que el Concejo de Bogotá, en el ámbito local, intentó una iniciativa similar mediante acuerdo en el año 2008, la que tampoco tuvo éxito, pero, como anotamos en el apartado inmediatamente anterior, no contaba con un marco jurídico suficiente y una realidad no solo jurídica, sino en materia de políticas públicas, prevención, pertinencia y distribución de costos, entre otras¹¹.

III. DERECHO COMPARADO

Por la importancia del tema, su pertinencia, la homologación internacional sobre las técnicas y la existencia de los dispositivos en el mercado de dispositivos médicos internacionales, similares iniciativas hoy son leyes en varios Estados, garantizándose así una atención adecuada que evite muertes por la más común de las causas derivadas de las ECV:

- Perú: Ley 2787 de 2103, que dispone la obligatoriedad para utilizar desfibriladores en lugares públicos y privados.

- Uruguay: Ley 18.360 del 26 de septiembre de 2008, referida a la obligatoriedad de disponer en espacios públicos o privados donde exista afluencia de público Desfibriladores Externos Automáticos (DEA).

- Francia: Decreto número 2007-705 del 4 de mayo, relativo a la utilización de desfibriladores automáticos externos por personal no médico, que modifica el Código de Salud Pública.

- España: Real Decreto 414/1996, 1º de mayo, sobre productos sanitarios, y Directiva 93/24/CE, sobre requisitos y condiciones de estos productos sanitarios.

- Argentina: Ley 4077 de 2011, obligatoriedad de contar con un Desfibrilador Externo Automático (DEA) en lugares de concurrencia masiva.

IV. NECESIDAD DE CONTAR CON UNA NORMATIVIDAD UNIFORME EN MATERIA DE DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO (DEA)

La pertinencia y relevancia de este Proyecto no solo deriva de la necesidad de garantizar el derecho a la vida y el derecho –ahora fundamental– a la salud, sino de la necesidad de hacer uniformes las condiciones que permitan prevenir episodios cardiacos que muy seguramente derivarán en el deceso del paciente sin las

¹⁰ *Gaceta del Congreso* número 662 del 25 de septiembre de 2008.

¹¹ Proyecto de acuerdo número 110 de 2013, www.concejo-debogota.gov.co.

herramientas adecuadas, previniéndose así el principal factor de muerte en nuestro país como lo son las ECV.

Como se ha anotado a lo largo de esta exposición de motivos, las condiciones técnicas y normativas actuales son propicias para la regulación de los DEA por vía de ley, incluyendo su obligatoriedad en los transportes asistenciales (tanto básicos como medicalizados) y los ambientes extrahospitalarios con alta afluencia de público o en donde se pueden presentar este tipo de situaciones, garantizando que la primera respuesta incremente la posibilidad de vida del paciente.

Finalmente, vale la pena recordar que la Norma Técnica Colombiana NTC 3729 del 12 de diciembre de 2007 de Icontec reglamenta los estándares de la tipología vehicular de ambulancias de transporte terrestre.

En sus anexos A y B se recogen los elementos necesarios para la certificación de este tipo de vehículos, en donde se menciona que solo para los Transportes de Asistencia Medicalizada (TAM) se requiere como dotación del vehículo el DEA.

En Colombia hay 4.665 ambulancias, de las cuales 899 son Transporte Asistencial Medicalizado (TAM) y 3.766 son Transporte Asistencial Básico (TAB)¹², por lo que el nivel de cobertura en materia de DEA es insuficiente, razón de más para nivelar a Colombia con el estándar internacional en materia de necesidades a través del DEA como herramienta básica de supervivencia.

V. IMPACTO FISCAL

De acuerdo con lo anteriormente señalado, no hay lugar a aducir un “impacto fiscal” para la aprobación o implementación de la presente ley, toda vez que ella guarda relación con la inclusión del derecho a la salud como derecho fundamental en los términos previstos por la Ley 1751 de 2015.

En igual sentido, la Resolución número 2003 del 28 de mayo de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social tiene prevista la obligatoriedad de contar con los DEA en ciertos tipos de transportes asistenciales, así como en los centros hospitalarios.

De otra parte, los particulares y sujetos de derecho privado, en cumplimiento de lo previsto por el orden constitucional, legal y reglamentario, están en la obligación de coadyuvar con la protección de derechos fundamentales como son la vida y la salud; asimismo, aquellos que participan en actividades privadas como el transporte medicalizado, las actividades deportivas, recreativas y educativas deben propender a garantizar una adecuada atención, lo que no solo limita su riesgo jurídico, sino que desarrolla los principios de solidaridad y colaboración. En igual sentido, la adquisición, operación y mantenimiento de los DEA es su obligación, razón por la cual están coadyuvando a equilibrar las cargas del Estado, supliendo esta necesidad¹³.

¹² Tomado de www.minsalud.gov.co.

¹³ El 15 de febrero de 2015 el Ministro de Salud y Protección Social, doctor Alejandro Gaviria Uribe, anunció que se dará inicio en Colombia a la regulación de precios de los dispositivos médicos en Colombia, lo que abre una ventana de oportunidad para la regulación de equipos como el DEA con miras a garantizar su oferta y disponibilidad en los términos del presente Proyecto. Para más información véase <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Inicia-regulacion-de-precios-a-dispositivos-medicos-en-Colombia.aspx>.

SENADO DE LA REPÚBLICA

Secretaría General (arts. 139 y ss. Ley 5ª de 1992)

El día 16 del mes de septiembre del año 2015 se radicó en este despacho el Proyecto de ley número 95 de 2015 Senado, con todos y cada uno de los requisitos constitucionales y legales, por los honorables Senadores *Iván Duque Márquez, Alvaro Uribe Vélez, Paloma Valencia, Alfredo Ramos, Fernando Araújo, Orlando Castañeda, María del Rosario Guerra, Ernesto Macías, Honorio Henríquez, Daniel Cabrales, José Obdulio Gaviria*.

El Secretario General,

Gregorio Eljach Pacheco.

SENADO DE LA REPÚBLICA

SECRETARÍA GENERAL

Sección de Leyes

Bogotá, D. C., 16 de septiembre de 2015

Señor Presidente:

Con el fin de repartir el **Proyecto de ley número 95 de 2015 Senado**, por medio de la cual se regula el uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA) en transportes asistenciales, lugares de alta afluencia de público y se dictan otras disposiciones, me permito pasar a su despacho el expediente de la mencionada iniciativa que fue presentada en el día de hoy ante Secretaría General por los honorables Senadores *Iván Duque, Alvaro Uribe Vélez, Paloma Valencia, Alfredo Ramos, Fernando Araújo, Orlando Castañeda, María del Rosario Guerra, Ernesto Macías*. La materia de que trata el mencionado proyecto de ley es competencia de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, de conformidad con las disposiciones constitucionales y legales.

El Secretario General,

Gregorio Eljach Pacheco.

PRESIDENCIA DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., 16 de septiembre de 2015

De conformidad con el informe de Secretaría General, dese por repartido el precitado proyecto de ley a la Comisión Séptima Constitucional y envíese copia del mismo a la Imprenta Nacional para que sea publicado en la *Gaceta del Congreso*.

Cúmplase.

El Presidente del honorable Senado de la República,

Luis Fernando Velasco Chaves

El Secretario General del honorable Senado de la República,

Gregorio Eljach Pacheco

CONCEPTOS JURÍDICOS

CONCEPTO JURÍDICO DE LA PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 151 DE 2015 SENADO, 002 DE 2014 CÁMARA

por la cual se establece la política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia De Cero a Siempre y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C.

111060000-AF **120789**- IMHC/ccr - (Cítese al contestar)

Doctor

CRISTÓBAL RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ

Representante a la Cámara – Boyacá

Congreso de República

Carrera 7ª # 8-69

Bogotá, D. C.

Referencia: Observaciones al Proyecto de ley número 151 de 2015 Senado, 002 de 2014 Cámara, por la cual se establece la política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre y de dictan otras disposiciones.

Respetado doctor Rodríguez:

En calidad de Procuradora Delegada para la Defensa de los Derechos de la Infancia, la Adolescencia y la Familia, en ejercicio de las competencias previstas en el artículo 277 de la Constitución Política, me dirijo a usted para darle a conocer las observaciones del Ministerio Público al **Proyecto de ley número 002 de 2014, por la cual se establece la política de Estado para el desarrollo integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre y de dictan otras disposiciones**, algunas de las cuales tuve la oportunidad de exponer durante mi ponencia en el “*Foro sobre la Política de Cero a Siempre en el contexto del Posconflicto*”, realizado el pasado 9 de abril con ocasión de la conmemoración del “*Día Nacional de la Memoria y la Solidaridad con las Víctimas del Conflicto Armado*”.

Los primeros años de vida marcan trascendentalmente el desarrollo cognitivo, físico, psicológico y afectivo de un ser humano, razón por la cual resalto la importancia de que el Congreso de la República legisle a favor de la primera infancia, que su protección deje de ser una política de gobierno para convertirse en una política de Estado y que la construcción de la paz nazca de la garantía de los derechos de las víctimas, de las niñas y de los niños, puesto que la afectación de una persona conlleva la afectación de toda la sociedad.

No obstante, de la lectura del articulado del proyecto de ley se concluye que este presenta importantes falencias conceptuales que riñen con los principios constitucionales y legales que componen la columna vertebral del Derecho de la Infancia y la Adolescencia, lo que a su vez pone en entredicho la congruencia con el cuerpo normativo en conjunto, especialmente en relación con la Ley 1098 de 2006. Asimismo, a pesar de que la legislación a favor de los derechos de la infancia debe ser clara e inteligible, se evidencian ambigüedades, contradicciones, dificultades interpretativas y vacíos legislativos que en mi concepto, deben estudiarse detenidamente con el ánimo de ser subsanados.

I. NORMATIVA ANTECEDENTE

Antes de realizar unas breves anotaciones al citado proyecto de ley, es pertinente considerar que existe una normatividad a favor de la primera infancia, que incluso antecede a la Ley 1098 de 2006, dentro de la cual se

resaltan las siguientes: la Ley 27 de 1974 (artículo 1º), la Ley 7ª de 1979 (artículos 9º y 21 numeral 12), el Decreto número 2388 de 1979, el Decreto número 334 de 1980 (artículo 4º numeral 13 – Estatutos ICBF), la Ley 28 de 1981 (artículo 1º), la Ley 89 de 1988 (artículo 1º parágrafo 2º), el Decreto número 1471 de 1990 (artículos 124 literal e)), el Decreto número 1340 de 1995 (los artículos 126 y 127) la Ley 715 de 2001 (ampliamente modificada) y la Ley 115 de 1994.

Por su parte, el artículo 29 de la Ley 1098 de 2006, reitera el trato preferencial para las niñas y los niños menores de seis (6) años, que en las normas inicialmente citadas se definía en los siete (7) años de edad.

Así mismo, con el ánimo de proteger a la primera infancia, el Legislador ha continuado profiriendo disposiciones normativas en el mismo sentido, las cuales tratan y desarrollan temas afines a los del Proyecto 002 de 2014. Muestra de ello son la Ley 1295 de 2009, por la cual se reglamenta la atención integral de los niños y las niñas de la primera infancia de los sectores clasificados como 1, 2 y 3 del Sisbén, cuyo objeto es “*Contribuir a mejorar la calidad de vida de las madres gestantes, y las niñas y niños menores de seis años, clasificados en los niveles 1, 2 y 3 del Sisbén, de manera progresiva, a través de una articulación interinstitucional que obliga al Estado a garantizarles sus derechos a la alimentación, la nutrición adecuada, la educación inicial y la atención integral en salud*”; y la Ley 1450 de 2011, Ley Orgánica del Plan Nacional de Desarrollo (artículos 136 y 137).

El Decreto número 4875 de 2011, a través del cual se crea la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia (AIPI) y la Comisión Especial de Seguimiento para la Atención de la Primera Infancia, norma cuyo objeto fija el artículo 2º, así: “*La Comisión tendrá por objeto coordinar y armonizar las políticas, planes, programas y acciones necesarias para la ejecución de la atención integral a la primera infancia, siendo esta la instancia de concertación entre los diferentes sectores involucrados*”.

Adicionalmente, se han expedido documentos Conpes de capital importancia no solo para desarrollar y fortalecer la política pública de atención a la primera infancia, sino para robustecer los recursos y presupuestos que garanticen la atención a través de los servicios y programas a través de los cuales se materializa o concreta la implementación de la política pública del Estado (artículos 201 y 205 de la Ley 1098 de 2006) para la primera infancia. Basta mencionar el Conpes 109 del 3 de diciembre de 2007 por medio del cual se expide la Política Pública Nacional de Primera Infancia “*Colombia por la Primera Infancia*”; el Conpes 115 del 23 de junio de 2008 sobre la distribución del Sistema General de Participaciones para la atención de la primera infancia; el Conpes 123 del 27 de abril de 2009 que determina la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones para la atención integral de la primera infancia para la vigencia 2009, provenientes del crecimiento real de la economía superior al 4% en el 2007 y declaración estratégica del programa de atención integral a la primera infancia; y el Conpes 152 del 14 de junio de 2012 acerca del Sistema General de Participaciones - Recursos para Primera Infancia.

Es importante anotar que uno de los principales problemas del ordenamiento jurídico colombiano, al que no son ajenas las normas relacionadas con la garantía y protección de los derechos de las niñas, los niños y los adolescentes, es la cantidad de normas, su disper-

sión y particularismo normativo con el que se legisla, lo que hace casi imposible disponer de un *corpus iuris* consistente, coherente, sustancial, comprensivo y cuya pedagogía parta desde la observancia de una técnica legislativa y lenguaje sencillo que le permita tanto a las niñas, los niños y los adolescentes, a la ciudadanía en general, a los profesionales y otros estamentos, conocer de forma clara y sencilla un cuerpo de normas concreto, que regulan, protegen y garantizan sus derechos, a esa finalidad le apuntó justamente la Ley 1098 de 2006, al expedirse un Código de la Infancia y la Adolescencia.

II. FALENCIAS CONCEPTUALES

1. Los niños y las niñas son sujetos de derechos

A la hora de plantear una política pública a favor de la primera infancia, es importante indagar cuál es el concepto de *niño* que la inspira, el cual ha venido siendo transformado en Colombia desde hace más de una década, de acuerdo a los estándares internacionales.

La antigua concepción de que los niños son simples *menores*, ubicados en un estadio inferior, *objetos de protección* por parte de su familia y del Estado solo cuando se presentaba una *situación irregular*, ha sido sustituida por la certeza de que los niños y las niñas, en su condición de seres humanos y en consecuencia, plenamente dignos, son *sujetos de todos los derechos* que como personas les corresponden, quienes además, son *sujetos de especial protección*, prevaleciendo sus derechos sobre los de los demás, aspectos que fueron reconocidos normativamente en el Código de la Infancia y la Adolescencia en sus artículos 1° (finalidad), 3° (sujetos titulares de derechos), 7° (protección integral), 8° (Interés superior de los niños, las niñas y los adolescentes), 9° (prevalencia de los derechos) y 29 (derecho al desarrollo integral en la primera infancia).

Teniendo en cuenta lo expuesto, es preocupante que el Proyecto de ley número 002 de 2014, a pesar de mencionar la doctrina de la protección integral en los artículos 1° y 4°, la ley en su conjunto no tenga en cuenta los mismos criterios de forma transversal, puesto que por ejemplo, en su artículo octavo, cuando establece la fase de evaluación, se refiere explícitamente a los niños y a las niñas como "(...) *objeto de la política de Estado para el desarrollo integral de la primera infancia* (subrayado por fuera del texto original)" y no como sujetos de especial protección.

2. El principio de la corresponsabilidad y el principio de la subsidiariedad son mutuamente excluyentes

El artículo 8° confunde los principios de subsidiariedad y de corresponsabilidad cuando desarrolla la fase de implementación de la política pública, ignorando que el artículo 3° del Código del Menor –sobre el principio de la subsidiariedad– propio del paradigma de la situación irregular, fue derogado por los artículos 11 y 217 del Código de la Infancia y la Adolescencia, en concordancia con el artículo 44 de la Constitución Política, los cuales estatuyeron el principio de la corresponsabilidad, que implica que a la hora de proponer una política pública, esta debe canalizarse a través de todos los involucrados, como son en este caso, la familia, la sociedad y el Estado, quienes concurren permanentemente y en distintos niveles, para garantizar el ejercicio de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes, en cuanto a su atención, cuidado y protección en todas las esferas y ámbitos y no solo cuando se ha consolidado una situación fáctica de vulneración de derechos que implique que un actor desplace al otro de forma subsidiaria, como parece entenderlo el proyecto de ley.

3. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar es el órgano rector del Sistema Nacional de Bienestar Familiar

Es evidente que para que los niños y las niñas puedan ser protegidos de forma integral es necesario que el Estado en conjunto adelante actuaciones de forma coordinada y armónica, emplee todos sus recursos y active todos sus sectores y áreas, escenario en el cual el servicio público que se presta a través del Sistema Nacional de Bienestar Familiar adquiere una relevancia mayúscula y en consecuencia, es indispensable el protagonismo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, como órgano rector del SNBF (Ley 7ª de 1979, Decreto 2388 de 1979, Decreto 334 de 1980, Decreto 1471 de 1990, Ley 12 de 1991, Decreto 2041 de 1995, Decreto 1137 de 1999, Decreto 1138 de 1999, Decreto 3264 de 2002, Ley 1098 de 2006 y Decreto 117 de 2010).

No obstante, al leer detenidamente el proyecto de ley aparecen algunos artículos que contradicen lo precedentemente postulado:

• **Artículo 11.** "*La coordinación, articulación e intersectorialidad de la política de Estado para el desarrollo integral de la Primera Infancia "De cero a Siempre", estará a cargo del Sistema Nacional de Bienestar Familiar a través de la Comisión Intersectorial para el desarrollo de la primera infancia, en el marco del artículo 205 de la Ley 1098 de 2006 o la ley que la modifique*" (subrayado fuera del texto original).

Por lo tanto, a pesar de citar explícitamente el artículo 205 del Código de la Infancia y la Adolescencia¹, el artículo 11 del proyecto contradice su contenido, puesto que no deja claro cómo se articulará la coordinación de la CIPI con la del ICBF como órgano rector, dinamizador y coordinador, causando la desarticulación del Sistema Nacional de Bienestar.

• **Artículo 18.** "[El Departamento Administrativo para la Prosperidad Social] propenderá por la articulación de acciones con los programas gubernamentales a cargo del DPS o alguna de sus entidades adscritas, dirigidos a la erradicación de la pobreza extrema, el manejo de víctimas, entre otras condiciones de vulneración".

Esta disposición ignora por una parte, que el ICBF recientemente ha pasado ser una entidad adscrita al DPS encargada de coordinar el Sistema Nacional de Bienestar Familiar y por otra parte, que la población beneficiaria del servicio público de bienestar familiar no es exclusivamente la que se encuentra en condiciones de vulneración, por circunstancias como por ejemplo la pobreza extrema o la condición de víctimas, sino que se trata de propender por la prosperidad en todos los ámbitos, de la totalidad de las familias colombianas, a través de programas, como por ejemplo, la escuela de padres, o talleres de crianza u orientación familiar para parejas, etc.

El texto, tal y como está redactado, le asigna al DPS la oferta de servicios dirigidos a la primera infancia, los cuales históricamente han sido programas de prevención, dejándole residualmente al ICBF el restablecimiento de derechos, afectando así el concepto de protección integral.

• **Artículo 19.** "*El rol del ICBF en el marco de la política para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia, está definido por su naturaleza institucional como entidad encargada de generar línea técnica y prestar servicios directos a la población, alinea todas sus áreas, dependencias, programas y servicios con*

¹ "*El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar como rector del Sistema Nacional de Bienestar Familiar; tiene a su cargo la articulación de las entidades responsables de la garantía de los derechos, la prevención de su vulneración, la protección y el restablecimiento de los mismos*".

el marco político, técnico y de gestión de la estrategia, coordina e implementa la prestación de servicios de educación inicial con enfoque de atención integral y diferencias para las comunidades indígenas, afrodescendientes, raizales, palenqueras, entre otras, a la primera infancia, y brinda asistencia técnica y acompañamiento a los prestadores de los servicios. Igualmente, define orientaciones para la protección integral, la garantía, la prevención de la inobservancia y la restitución de los derechos de las niñas y los niños con la corresponsabilidad de la sociedad y la familia y aporta a la definición de lineamientos de orientación y formación a familias”.

El artículo transcrito demuestra que el ICBF queda desfigurado por completo, al reducirlo a una entidad técnica y prestadora directa de servicios, que nada tiene que ver con la asunción de su función misional principal relativa a la garantía integral y a la universalidad de los derechos de los niños y de las niñas, asunto que excede competencias técnicas y prestacionales.

De otro lado, el texto parece centrar el ámbito de competencias del ICBF en la educación formal para ciertos grupos poblacionales, sin tener en cuenta que este servicio es responsabilidad del Ministerio de Educación Nacional, presentándose una responsabilidad compartida entre el ICBF y el DPS respecto a los niños y las niñas menores de 6 años.

El Ministerio Público debe ser incisivo y exigente con que se respeten las concepciones básicas que inspiran el derecho de la infancia y la adolescencia en nuestro país, debe propugnar porque la protección a los derechos sea progresiva y no regresiva, y porque la normatividad interna se ajuste a los cánones internacionales que el Estado colombiano se ha comprometido a respetar. Es este sentido, la Procuraduría Delegada para la Defensa de los Derechos de la Infancia, la Adolescencia y la Familia alienta al Congreso de la República para que (i) el contenido del Proyecto de ley número 002 de 2014 se ajuste a la doctrina de la protección integral, de acuerdo con la cual los niños y las niñas son concebidos como sujetos de derechos y no como objetos de protección; (ii) el principio de la corresponsabilidad, de acuerdo con el cual la familia, el Estado y la sociedad concurren para garantizar los derechos de la infancia y la adolescencia, irradie la escala de responsabilidades y competencias establecidas en el proyecto de ley; y (iii) el Sistema Nacional de Bienestar Familiar sea fortalecido y articulado bajo la rectoría del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, de tal forma que sea capaz de activar toda clase de servicios como, por ejemplo de salud, educación, seguridad alimentaria, entre otros, para la garantía de los derechos fundamentales de los niños y de las niñas desde las perspectivas preventiva y de restablecimiento.

III. FALTA DE COHERENCIA NORMATIVA, AMBIGÜEDES, CONTRADICCIONES Y DIFICULTADES INTERPRETATIVAS

4. La redacción debe ser diáfana

Por otra parte, en aras de propugnar por la adecuada implementación de la técnica legislativa, el Ministerio Público detectó algunos errores de ortografía y redacción que deben ser corregidos, dentro de los cuales se encuentran los siguientes:

- En el artículo 26 del proyecto de ley está escrito “concejos municipales y distritales”, sin embargo, la palabra concejos se escribe con “s”, porque hace referencia a los Consejos de Política Social en los Consejos municipales.

- El párrafo del mismo artículo 26 está numerado a pesar de ser único.

5. La terminología debe ser clara

Por su parte, el artículo 2° del proyecto de ley es amplio e impreciso, puesto que la definición de la palabra “Estado” es muy variada y compleja a la luz de la Teoría Constitucional.

En segundo lugar, los términos “desarrollo integral”, “atención integral” y “protección integral”, a pesar de ser definidos en el artículo 4° del proyecto de ley, se usan indistintamente y sin determinar cuál es su contenido, cuáles son las cargas prestacionales que implican para el Estado y cuáles son las garantías en cabeza de los niños y las niñas menores de 6 años. Adicionalmente, es indispensable articular los mencionados conceptos con el de “reparación integral”, al que se refiere la Ley 1448 de 2011 “*por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones*”, máxime, cuando Colombia próximamente podría entrar en una etapa de posconflicto.

6. La normatividad debe ser precisa y coherente

Algunas de las incoherencias e imprecisas contenidas en el Proyecto de ley número 002 de 2014 en comentario, son las siguientes:

- El artículo 12 establece que “[l]a Presidencia de la República presidirá la Comisión Intersectorial y hará la coordinación de la Política para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia”, sin tener en cuenta que los órganos técnicos y científicos pertenecientes a la Rama Ejecutiva son responsabilidad última de la Presidencia, pero están en cabeza de oficinas delegadas o descentralizadas especializadas.

- El artículo 13, el cual establece que “[l]as funciones de las entidades que integran la Comisión Intersectorial de Primera Infancia están asignadas según la competencia que le corresponde a cada una de ellas, así como los acuerdos definidos en la comisión y los principios de complementariedad, concurrencia y subsidiariedad”, no establece ninguna competencia o función, propone generalidades, convirtiéndolo en un texto vago.

- Las competencias asignadas por el proyecto de ley al Departamento Nacional de Planeación aparecen dispersas y divididas a lo largo del articulado.

7. La interpretación jurídica no debe permitir equívocos

A continuación se relacionan algunos de los problemas interpretativos que surgen con ocasión del proyecto de ley:

- Los “[p]rincipios rectores de la política de Estado para el desarrollo integral de la primera infancia” de prevención, protección y promoción, contemplados en el artículo 3°, además de ser confusos en su redacción porque no se especifica qué se busca prevenir, proteger y promover, generan problemas interpretativos, puesto que se confunden áreas de trabajo e impacto de una política pública con principios, los cuales por su naturaleza, deberían poder tender a su máxima realización, ponderación e irradiación.

- A la hora de definir en el artículo 4° las “realizaciones” como “*las condiciones y estados que se materializan en la vida de cada niña y cada niño, y que hacen posible su desarrollo integral*” y los “entornos” como “*los espacios físicos, sociales y culturales diversos en que los niños y niñas se desenvuelven, con los que interactúan y que son determinantes para su desarrollo integral*”, no queda claro si se trata de derechos o de otros atributos de la persona.

8. Las disposiciones normativas propuestas no deben ser redundantes, obvias, ni repetitivas

El proyecto de ley establece competencias obvias para los Ministerios, lo cual implica que probablemente la expedición de la ley no impacte positivamente la realidad, puesto que sin establecer algo novedoso es muy difícil generar un cambio institucional o social.

Como muestra de lo anterior, es insuficiente que el artículo 14 ordene que la educación sea reconocida como derecho fundamental, a pesar de que actualmente tenga este estatus en la Constitución Política (artículo 44), el Código de la Infancia y la Adolescencia (artículo 28).

Adicionalmente, la redacción del artículo 14, sobre educación inicial, es la misma que establece el Plan Nacional de Desarrollo siendo el único aspecto novedoso la referencia a la inspección, la vigilancia y el control.

Así mismo, en lo concerniente a la salud, se observa que el artículo 16, no instituye nada distinto a lo establecido en la Constitución Política (artículos 44, 48, 49, 50 y 365), la Ley 60 de 1993, la Ley 100 de 1993, la Ley 715 de 2001, la Ley 1098 de 2006 (artículo 27), la Ley 1438 de 2011 y la Ley 1751 de 2015.

Por otra parte, después de hacer responsables a los actores involucrados, entre ellos a las entidades territoriales, de la implementación de los planes, programas y proyectos respectivos, el parágrafo del artículo 7° es ambiguo, puesto que al establecer que “[l]a política de Cero a Siempre, será de obligatorio cumplimiento para todas las instituciones del Estado, de acuerdo con las competencias constitucionales y legales”, no está diciendo algo distinto a que la ley es obligatoria una vez entra en vigencia y si la intención es enfatizar, olvidó establecer algunas consecuencias jurídicas especiales frente al eventual incumplimiento de las obligaciones impuestas por la ley a las entidades territoriales.

En conclusión, en aras de que el Proyecto de ley número 002 de 2014 no padezca incoherencias, ambigüedades, contradicciones y dificultades interpretativas, la Procuraduría Delegada para la Defensa de los Derechos de la Infancia, la Adolescencia y la Familia recomienda que (i) se corrija la ortografía y la redacción de los textos; (ii) se empleen términos diáfanos que permitan reconocer su contenido y sus consecuencias jurídicas; (iii) se establezcan contenidos claros y relevantes a todos los artículos, especialmente a aquellos que establecen competencias; (iv) los principios y valores del proyecto de ley inspiren una interpretación coherente y sistemática; y (v) se estudie con mayor rigurosidad el marco normativo vigente para que las disposiciones propuestas no se tornen redundantes, obvias y repetitivas.

IV. VACÍOS LEGISLATIVOS

9. Principios como el de la dignidad humana y el del interés superior, entre otros, son esenciales

Como ya se mencionó, en un Estado Social de Derecho la dignidad humana es el fundamento de la naturaleza personal, y en consecuencia plena de derechos de los niños y las niñas, más allá de su minoría de edad y de su estado de vulnerabilidad, que solo implica que sus derechos sean prevalentes y sus intereses superiores.

El artículo 3° del proyecto de ley enuncia algunos de los principios, pero no define su contenido y significado.

Adicionalmente, es relevante tener en cuenta que a pesar de que el artículo 5° de la Ley 1098 de 2006 señala que “[l]as normas sobre los niños, las niñas y los adolescentes, contenidas en este Código, son de orden público, de carácter irrenunciable y los principios y reglas en ellas consagrados se aplicarán de preferencia a las disposiciones contenidas en otras leyes”; el artículo 3° del Proyecto de ley número 002 de 2014 (Cámara),

omite considerar principios de vital importancia como la dignidad humana, el interés superior y la exigibilidad de los derechos, no hace ninguna remisión a los principios de la protección integral reseñados especialmente en los artículos 1° a 16, ni a los principios rectores de las políticas públicas de Estado en materia de infancia, adolescencia y familia contenidos en el artículo 203.

Adicionalmente, por razones de técnica legislativa, la protección integral debería ser enunciada como un principio en el marco del artículo 3° de la ley, en lugar de estar ubicada dentro de las definiciones.

10. La protección a la madre gestante

La garantía de los derechos de la primera infancia, que empieza en la concepción y culmina a los 6 años, implica una adecuada protección a la madre embarazada para atender a los niños y a la niñas desde la gestación, sin que ello haya sido previsto en el proyecto de ley. Es importante tener en cuenta que actualmente la protección normativa a la madre gestante más relevante comprende los artículos 238 (descanso remunerado durante la lactancia) y 239 (fuero laboral de maternidad) del Código Sustantivo del Trabajo; el artículo 166 de la Ley 100 de 1993 (cobertura del POS para las mujeres en estado de embarazo); los artículos 60 (atención especializada para el restablecimiento de derechos a adolescentes embarazadas) y 111 (fijación de cuota alimentaria para el hijo que está por nacer solicitada por la mujer grávida) de la Ley 1098 de 2006; y los artículos 3° de la Ley 1295 de 2009 (ordena lograr el acceso progresivo de las mujeres en embarazo y de los niños menores de 6 años en Sisbén 1, 2 y 3 a servicios integrales de salud, alimentación y educación).

11. La participación de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas

La Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas debería integrar la Comisión Intersectorial de Primera Infancia prevista en el artículo 12, puesto que en el marco del posconflicto es necesario tener en cuenta la importancia de reestablecer los derechos vulnerados de todos aquellos niños y niñas que incluso desde muy corta edad no fueron protegidos contra hechos victimizantes como por ejemplo las guerras; la explotación económica; la utilización, el reclutamiento, o la oferta de menores de edad en actividades de promoción, producción, recolección, tráfico, distribución y comercialización tabaco; sustancias psicoactivas, estupefacientes o alcohólicas; el secuestro, la venta, la trata de personas y el tráfico y cualquier otra forma contemporánea de esclavitud o de servidumbre; la tortura y toda clase de tratos y penas crueles, inhumanos, humillantes y degradantes, la desaparición forzada y la detención arbitraria. Incluso, desde una perspectiva de derechos más integral, es importante la participación del director de la unidad de víctimas en esta comisión cuando existen familias que se han visto afectadas por el conflicto armado interno y en cuyo seno se encuentren niños en su ciclo de primera infancia, quienes en conjunto, necesitan una atención diferencial.

12. La educación inicial debe ser un servicio integral

La redacción del artículo 14 deja la impresión de que los servicios de educación para la primera infancia se enfocan exclusivamente en “los colegios”, cuando debería enfatizarse en un proyecto pedagógico de naturaleza especial dándole un sentido de protección preventiva que involucre de forma sustantiva y esencial a los niños, las niñas, la familia y la comunidad, las cuales deberían ser apoyadas y fortalecidas en valores educativos, pedagógicos y de crianza, frente a sus responsabilidades en la protección integral, garantes de derechos y responsables graduales de ciertos deberes.

13. Insuficiente asignación de recursos

A pesar de que una adecuada asignación de recursos en un presupuesto de éxito esencial de las políticas públicas, el verbo “propenderá” del artículo 28 del proyecto de ley, sobre la financiación, se abstiene de establecer un compromiso claro, con metas explícitas en términos de modo, tiempo y lugar para financiar la política pública “De Cero a Siempre”. Sin erogaciones obligatorias por parte del Gobierno nacional, será imposible convertir la Estrategia “De Cero a Siempre” en una política de Estado que se ejecute con independencia de lo que suceda en el ámbito político, y además, se afectan los principios de progresividad y no regresividad de los derechos, de conformidad con los artículos 348, 3510, 351, 356 y 366 de la Constitución Política.

14. El concepto de protección integral tiene un enfoque de derechos que debería garantizarse en todos los ciclos vitales

Es evidente que la primera infancia es una etapa crucial en la vida de los seres humanos, sin embargo, ello no significa que deban descuidarse los ciclos vitales subsiguientes, pues siendo así, la inversión social durante los primeros años podría frustrarse. Colombia debe ser consciente de que recientemente ha tenido un bono generacional que debería ser aprovechado.

El Ministerio Público es consciente de que el Proyecto de ley número 002 de 2014 de la Cámara de Representantes del Congreso de la República está dirigido de forma exclusiva a la primera infancia, pero vale la pena llamar la atención sobre la continuidad que este tipo de políticas públicas deberían tener en relación con los otros ciclos vitales y sobre la importancia de no olvidar que los derechos y sus respectivas obligaciones estatales deberían tener características de progresividad. La primera infancia en Colombia ha tenido un régimen legal no solo especial y amplio, sino que específicamente se han dictado un conjunto de normas para la protección y garantía de los derechos de las niñas y los niños menores de seis (6) años enfatizando la legislación en el derecho a la salud, la nutrición, la filiación, la educación, entre otros, lo cual es muy positivo y necesario, pero también es cierto que sectores como el de adolescentes goza de una mínima protección legal, reglamentaria y programática.

En atención a lo expuesto, la Procuraduría Delegada para la Defensa de los Derechos de la Infancia, la Adolescencia y la Familia solicita que se busque que el Proyecto de ley número 002 de 2014 sea un cuerpo normativo completo y armónico, para lo cual propone que: (i) en cuanto a los principios, se definan y se ubiquen estratégicamente dentro del articulado los que fueron reseñados y se incluyan algunos de los principios fundamentales en el Derecho de la Infancia y la Adolescencia que fueron erróneamente obviados como son por ejemplo los de la dignidad humana, el interés superior, la prevalencia de los derechos de los niños y las niñas; (ii) se prevea la protección a la madre gestante como parte de la política pública de primera infancia; (iii) se incluya la participación de la Unidad para la Atención y Reparación a las Víctimas dentro de la Comisión Intersectorial de Primera Infancia; (iv) se conciba la educación inicial como un servicio integral; (v) se asignen recursos públicos que garanticen la adecuada implementación y sostenibilidad de la política pública “De Cero a Siempre” en los años venideros; (vi) se trabaje en el diseño e implementación de políticas públicas que garanticen los derechos de la infancia y la adolescencia en todos los ciclos vitales para garantizar la igualdad y la continuidad de trato que les ofrece el Estado colombiano.

En estos términos el Ministerio Público desea aportar al proceso legislativo que sigue el proyecto de ley “De Cero a Siempre” en el Congreso de la República y recuerda que la expedición de una ley de esta naturaleza

ofrece un respaldo institucional y un marco jurídico a la política pública, pero no la construye en su totalidad, puesto que ello implica el consenso y compromiso de las autoridades locales y de la sociedad en su conjunto.

Sin otro particular, hago propia la ocasión para enviarle un cordial saludo.


ILVA MYRIAM HOYOS CASTAÑEDA
 Procuradora Delegada para la Defensa de los Derechos
 de la Infancia, la Adolescencia y la Familia

C.C. Doctora María Cristina Trujillo, Consejera Presidencial para Programas especiales. Casa de Nariño Carrera 87 No. 7 - 26. Bogotá D.C.
 C.C. Doctora Cristina Pizarro Michelson, Directora del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Avenida Carrera 66 No. 64C - 75. Bogotá D.C.
 C.C. Constanza Liliana Alarcón Fábrega, Coordinadora de la Comisión Intersectorial de Primera Infancia. Calle 7ª No. 6 - 54. Bogotá D.C.

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los veinticuatro (24) días del mes de septiembre del año dos mil quince (2015).

En la presente fecha se autoriza la **publicación en Gaceta del Congreso de la República**, las siguientes consideraciones.

Observaciones emitidas por: La Procuraduría General de la Nación.

Suscrito por: Ilva Myriam Hoyos Castañeda (Procuradora Delegada para la Defensa de los Derechos de la Infancia, la Adolescencia y la Familia).

Título del proyecto y número: 151 de 2015 Senado, 002 de 2014 Cámara, por la cual se establece la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia “De Cero a Siempre” y se dictan otras disposiciones.

Número de folios: Catorce (14) folios.

Recibido en la Secretaría de la Comisión Séptima del Senado el día: (jueves veinticuatro (24) de septiembre de 2015.

Hora: 11:20 a. m.

Cordialmente,

Lo anterior en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5º del artículo 2º de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,


JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA
 SECRETARIO GENERAL
 Comisión Séptima del H. Senado de la República

CONCEPTO JURÍDICO DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD JURÍDICA AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 32 DE 2014 SENADO

por la cual se establece la cotización en seguridad social de las personas que desarrollan contratos de prestación de servicios.

ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NÚMERO 41 DE 2014

por medio de la cual se elimina la múltiple contribución en seguridad social en los contratos de prestación de servicios profesionales y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C., 11 de septiembre de 2015
 Doctor
 EDUARDO ENRIQUE PULGAR DAZA
 Presidente Comisión Séptima
 Senado de la República
 Ciudad

Asunto: Proyecto de ley número 32 de 2014 Senado, por la cual se establece la cotización en seguridad social de las personas que desarrollan contratos de prestación de servicios. Acumulado con el Proyecto de ley número 41 de 2014, por medio de la cual se elimina la múltiple contribución en seguridad social en los contratos de prestación de servicios profesionales y se dictan otras disposiciones.

Honorable Senador Pulgar:

El Instituto de Seguridad Jurídica y Probidad (ISJP), es una organización sin ánimo de lucro, creada con la finalidad de contribuir a la estabilidad jurídica, al bienestar de la sociedad y a la debida atención de los profesionales a cargo de actividades independientes. Resulta grato para esta organización y sus miembros registrar el Proyecto de ley número 32 de 2014 acumulado con el Proyecto de ley número 41 de 2014, que actualmente cursa en el Congreso de la República, el cual tiene el noble propósito de mejorar las condiciones de las personas que se dedican a desarrollar contratos de prestación de servicios como trabajadores independientes, haciendo más justo y claro el sistema de contribución.

En este sentido, realizado un estudio de esta iniciativa legislativa, se considera que es la oportunidad propicia para ampliar los beneficios sociales previstos en el proyecto de ley y en el marco de la seguridad social a que se refiere esta iniciativa.

Por lo tanto, se ha realizado un estudio en cuanto a la necesidad que tienen los trabajadores independientes de ampliar los beneficios del sistema de seguridad social en situaciones que si bien no generan una relación laboral ni son permanentes, sí pueden mejorar en forma significativa las condiciones de trabajo y a su vez, brindar a las empresas que contratan tales servicios independientes las posibilidades de cualificar las tareas que se desarrollan en el marco de los mismos.

Por lo anterior, con la presente comunicación ponemos a consideración de los ponentes de esta iniciativa legislativa que la misma sea complementada con un marco normativo que puede comprender los siguientes aspectos:

Las organizaciones públicas o privadas con sus organizaciones podrán conceder beneficios de seguridad social y bienestar a los trabajadores independientes en las mismas condiciones que se confieren a los trabajadores dependientes, sin que en virtud de estos actos de liberalidad se generen vínculos laborales definitivos o prestaciones sociales. Esos beneficios se podrán reconocer a través de los empleadores directamente, las Cajas de Compensación, mutuales y otras organizaciones sociales sin ánimo de lucro, en forma individual a grupos o colectivos.

El Gobierno reglamentará un sistema de beneficios para los contratistas de prestación de servicios de las organizaciones del Estado asociado al desempeño, profesionalización, competitividad, bienestar social y familiar, y condiciones dignas y estables.

El ISJP y sus miembros, expertos y académicos, estamos dispuestos a participar en las reuniones, audiencias públicas, foros y deliberaciones que sean convocados en el marco de este proyecto de ley para sustentar el interés general de esta propuesta y los beneficios que producirá para todos los colombianos.

De usted atentamente,



Fundador Instituto de Seguridad Jurídica y Probidad

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
 PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE
 LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los catorce (14) días del mes de septiembre del año dos mil quince (2015). En la presente fecha se autoriza la **publicación en Gaceta del Congreso de la República**, las siguientes consideraciones.

Consideraciones emitidas por: Fundador Instituto de Seguridad Jurídica y Probidad.

Al proyecto de ley número: 32 de 2014 Senado, por la cual se establece la cotización en seguridad social de las personas que desarrollan contratos de prestación de servicios.

Título del proyecto: por la cual se establece la cotización en seguridad social de las personas que desarrollan contratos de prestación de servicios.

Número de folios: tres (3) consideraciones.

Recibido en la Secretaría de la Comisión Séptima del Senado el día: (lunes catorce (14) de agosto de 2015).

Hora: 3:10 a. m.

Lo anterior en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5° del artículo 2° de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,



JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA
 SECRETARIO GENERAL
 Comisión Séptima del Senado de la República

CONTENIDO

Gaceta número 753 - lunes 28 de septiembre de 2015
 SENADO DE LA REPÚBLICA
 PROYECTOS DE LEY Págs.

Proyecto de ley número 95 de 2015 Senado, por medio de la cual se regula el uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA) en transportes asistenciales, lugares de alta afluencia de público, y se dictan otras disposiciones.	1
CONCEPTOS JURIDICOS	
Concepto jurídico de la Procuraduría General de la Nación al Proyecto de ley número 151 de 2015 Senado, 002 de 2014 Cámara, por la cual se establece la política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia De Cero a Siempre y se dictan otras disposiciones.....	7
Concepto Jurídico del Instituto de Seguridad Jurídica Proyecto de ley número 32 de 2014 Senado, por la cual se establece la cotización en seguridad social de las personas que desarrollan contratos de prestación de servicios.....	11