REPÚBLICA DE COLOMBIA

GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5a. de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

I S S N 0 1 2 3 - 9 0 6 6

AÑO XIX - Nº 295 Bogotá D. C., viernes, 4 de junio de 2010 EDICIÓN DE 20 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

PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 037 DE 2009 CÁMARA

por medio de la cual se establecen procedimientos para permitir en todo el territorio nacional la práctica de la Gestación Sustitutiva mediante las técnicas de reproducción humana asistida y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C., mayo 18 de 2010

Doctor

RIGO ARMANDO ROSERO ALVEAR

Secretario

Comisión Séptima

Cámara de Representantes

Ciudad.

Referencia: Ponencia para segundo debate **Proyecto de ley número 037 de 2009 Cámara**, *por medio de la cual se establecen procedimientos para permitir en todo el territorio nacional la práctica de la Gestación Sustitutiva mediante las técnicas de reproducción humana asistida y se dictan otras disposiciones.*

Respetado doctor Rosero:

En cumplimiento a la honrosa designación que me hiciera la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente, me permito presentar a consideración de la Plenaria de la honorable Cámara de Representantes para su discusión y votación informe de ponencia para segundo debate al **Proyecto de ley número 037 de 2009 Cámara**, *por medio de la cual se establecen procedimientos para permitir en todo el territorio nacional la práctica de la Gestación Sustitutiva mediante las técnicas de reproducción humana asistida y se dictan otras disposiciones*.

Atentamente,

Mauricio Parodi Diaz,
Representante a la Cámara
Departamento de Antioquia.

PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 037 DE 2009

por medio del cual se establecen procedimientos para permitir en todo el territorio nacional la práctica de la gestación sustitutiva mediante las técnicas de reproducción humana asistida y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C., mayo 18 de 2010

Doctor

RIGO ARMANDO ROSERO ALVEAR

Secretario

Comisión Séptima

Cámara de Representantes

Ciudad.

Referencia: Ponencia para segundo debate **Proyecto de ley número 037 de 2009 Cámara**, *por medio de la cual se establecen procedimientos para permitir en todo el territorio nacional la práctica de la Gestación Sustitutiva mediante las técnicas de reproducción humana asistida y se dictan otras disposiciones.*

Respetado doctor Rosero:

En cumplimiento a la honrosa designación que me hiciera la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente, me permito presentar a consideración de la Plenaria de la honorable Cámara de Representantes para su discusión y votación informe de ponencia para segundo debate al **Proyecto de ley número 037 de 2009 Cámara**, *por medio de la cual se establecen procedimientos para permitir en todo el territorio nacional la práctica de la Gestación Sustitutiva mediante las técnicas de reproducción humana asistida y se dictan otras disposiciones*, previas las siguientes consideraciones.

Objetivo del Proyecto

El proyecto objeto de análisis tiene como finalidad reglamentar en todo el territorio nacional la práctica de la gestación sustitutiva, mediante las técnicas de reproducción humana asistida, así como

establecer los mecanismos que permitan controlar la realización de esta práctica.

Origen del Proyecto

El Proyecto de ley número 037 de 2009, fue presentado por el honorable Representante Jorge Ignacio Morales Gil ante la Secretaría General de la Cámara de Representantes, publicado en la ***Gaceta del Congreso*** número 609 de 2009. La ponencia para primer debate fue presentada el 21 de octubre de 2009 por el honorable Representante Mauricio Parodi, publicada en la ***Gaceta del Congreso*** número 1081 de 2009, discutido y aprobado en Comisión Séptima en la sesión de 20 y 21 de abril de 2010.

Contenido del Proyecto

El proyecto de ley cuenta con 17 artículos, mediante los cuales se pretende reglamentar la práctica de la gestación sustitutiva en todo el territorio nacional a través de las técnicas de reproducción asistida y los casos en los cuales la práctica puede ser llevada a cabo.

Marco Conceptual

En Colombia como en muchos países del mundo no existe ninguna reglamentación legal relacionada con el tema de la gestación sustitutiva o más conocida como alquiler de úteros, alquiler de vientres o maternidad subrogada.

Por tratarse de un tema que cuenta con tanta sensibilidad social, se utilizó el término de gestación sustitutiva a diferencia de la denominación que se da en otros países como maternidad subrogada o alquiler de vientres.

No se utilizó maternidad subrogada en la medida que el término maternidad encierra no solo engendrar y llevar dentro del vientre a una criatura sino que su alcance va más allá de dar a luz a un ser humano. Madre es aquella que vela por el bienestar de sus hijos independiente de la forma como haya sido concebido y engendrado. Se puede decir que madre no solo es la mujer que lleva en su vientre a su hijo, sino aquella que de corazón educa, forma y cría a sus hijos, que por circunstancias de la naturaleza no ha permitido que los haya engendrado.

Así mismo no se utilizó el término de alquiler de úteros o alquiler de vientres puesto que entraría en la discusión jurídica de la existencia de un contrato de arrendamiento y la licitud del objeto del mismo dentro de nuestro ordenamiento jurídico colombiano. No es sano referirnos a una criatura que se gesta en el vientre de una mujer como el objeto de un contrato.

Gracias a los avances científicos en las técnicas de reproducción humana asistida es que podemos considerar el tema de la gestación sustitutiva como una alternativa para las parejas que quieren conformar una familia, pero que por causas biológicas de insuficiencia en su sistema reproductivo tienen incapacidad de efectuar un proceso reproductivo.

El tema de la gestación sustitutiva debe ser analizado desde varios puntos de vista por la sensibilidad que tiene el tema dentro de la sociedad. Para mayor comprensión analizaré los alcances que el mismo pueda tener en el ámbito: social, económico, ético, médico y jurídico lo que nos lleva a la conclusión que se trata de mecanismo facilitador de la reproducción humana asistida.

No podemos estar ajenos al vacío jurídico que en la actualidad se encuentra en nuestro ordenamiento; la práctica reiterada de esta figura en nuestro país hace necesaria la urgente actividad del legislador para reglamentar una situación que no puede ser ajena a la evolución de la procreación de la humanidad.

Así mismo no podemos desconocer que esta práctica ha sido aprobada en otros países del mundo como Inglaterra, Estados Unidos, Canada, Puerto Rico y últimamente en Francia.

Es importante resaltar que la práctica de la gestación sustitutiva únicamente deberá proceder cuando la pareja conformada por un hombre y una mujer tengan problemas de fertilidad e incapacidad de procrear debidamente comprobados por médicos especialistas en el tema o cuando el encontrarse en estado de embarazo para la mujer genere alto riesgo en su salud. La práctica de la misma se hará únicamente bajo las técnicas de reproducción humana asistida.

Las posibilidades técnicas actuales de intervención sobre la capacidad procreadora del ser humano, así como las expectativas que el progresivo desarrollo de los conocimientos científicos plantean, generan un entorno en el que, la inquietud científica por una parte, y el derecho y la dignidad de los individuos y de las sociedades en las que estos integran, por otra, pueden suscitar temor e incertidumbre con alcances distintos.

No podemos desconocer la existencia de los denominados Derechos Sexuales y Reproductivos, concepto afín al de salud reproductiva, entendido como un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.

Múltiples tratados, convenios y decisiones de organismos multilaterales, plenamente vinculantes para los estados han retomado los derechos sexuales y reproductivos, asumiendo que "la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgo de procrear, y la libertad para decidir si hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia…"[1].

La aparición de las técnicas de reproducción asistida en la década de los 70 supuso la apertura de nuevas posibilidades de solución del problema de la esterilidad para un amplio número de parejas aquejadas por esta patología. La novedad y utilidad de estas técnicas hicieron sentir muy pronto en los países de nuestro entorno la necesidad de abordar su regulación.

Es así como en nuestro ordenamiento jurídico, en desarrollo y aplicación de las técnicas de reproducción asistida, cuya finalidad fundamental es la actuación médica ante la esterilidad humana para facilitar la procreación, cuando otros tratamientos se hayan descartado por inadecuados o ineficaces, mediante el Decreto 1546 del 4 de agosto de 1998, desarrolló reguló las actividades relacionadas con la obtención, donación, preservación, almacenamiento, transporte, destino y disposición final de los componentes anatómicos y las condiciones mínimas para el funcionamiento de las unidades de Biomedicina reproductiva.

El artículo 2° del Decreto 1546 de 1998, adoptólas siguientes definiciones:

"Donante de gametos o preembriones: Es la persona que por voluntad propia dona sus gametos o

[1] MARÍN VÉLEZ, GUSTAVO ADOLFO. El arrendamiento de vientre en Colombia. Editorial Universidad de Medellín, Medellín, 2005.

preembriones para que sean utilizados con fines terapéuticos o investigativos".

"Donante homólogo: Es la persona que aporta su gametos para ser implantados en su pareja con fines de reproducción".

"Donante heterólogo: Es la persona anónima o conocida que proporciona sus gametos, para que sean utilizados en personas diferentes a su pareja con fines de reproducción".

"Receptora de gametos o preembriones: Es la mujer que recibe los gametos de un donante masculino o femenino, el óvulo no fecundado, o un preembrión, con fines reproductivos".

"Unidades de biomedicina reproductiva: Son todas aquellas que presten servicios de estudio, asistencia, tratamiento e investigación en salud reproductiva con especial énfasis en la infertilidad de la pareja, incluyendo actos quirúrgicos, de diagnóstico y tratamiento, con técnicas de reproducción asistida que contemplan la obtención de preembriones, que vayan en beneficio de la recuperación de la fertilidad tanto de la mujer como del varón, la obtención del material biológico con el mismo fin y la posibilidad de logro de un embarazo."

Antes de desarrollar el tema de la gestación sustitutiva, debemos desarrollar el concepto de familia entendido como el núcleo fundamental de la sociedad y así lo estableció la Constitución Política en su artículo 42, "La familia es el núcleo fundamental de la sociedad. 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 mismo artículo señala que "**Los hijos habidos en el matrimonio o fuera de él**, adoptados o **procreados naturalmente o con asistencia científica**, tienen iguales derechos y deberes. La ley reglamentará la progenitura responsable." (Negritas fuera de texto).

Gestación Sustitutiva

Como en la mayoría de las legislaciones existentes se habla de maternidad subrogada voy a desarrollar el tema con el alcance de la definición subrogar y posteriormente adecuaré como bien lo establece el espíritu del proyecto de ley al vocablo "sustituir".

No podemos desconocer que la Real Academia de la Lengua define el vocablo "subrogar" como sustituir o poner una persona o cosa en lugar de otra. Podríamos hablar de una suerte de reemplazo de una persona o un objeto que cumplen una función y que, por algún motivo, son desplazados y suplantados por otros que llevarán a cabo la tarea asignada a los primeros.

La ciencia médica define a la maternidad como la "relación que se establece por la procedencia del óvulo a partir de la madre". A su vez, distingue como "maternidad gestacional" a aquella otra referida a quien ha llevado a cabo la gestación.

La maternidad subrogada, portadora o de alquiler ha sido definida por el informe Warnock (Reino Unido) como "la práctica mediante la cual una mujer gesta o lleva en su vientre un niño para otra mujer, con la intención de entregárselo después de que nazca".

La maternidad subrogada es definida como aquel acuerdo por medio del cual una mujer lleva una criatura en su vientre hasta el momento del parto, con el fin de que otra mujer sea la madre del mismo ante la sociedad.

En la actualidad existen dos tipos de gestación sustitutiva

a) Gestación sustitutiva tradicional: Se configura cuando una mujer es contratada por las personas interesadas en tener un bebé y esta acuerda ser inseminada artificialmente con el fin de dar a luz una criatura. Por ende, se puede decir que en estos casos la concepción y alumbramiento de la criatura se convierten en el objeto del contrato. Lo particular de estos casos de inseminación artificial es que la criatura que se ha de concebir, no solamente se aloja en el vientre de la subrogada, sino que el óvulo del que proviene es de la subrogada.

En otras palabras, la criatura que se ha de concebir en una subrogación tradicional es producto del material genético de la subrogada y la pareja del sexo masculino.

O sea, la persona o personas interesadas en recurrir a una subrogada han de remunerar a la misma por su óvulo y por el alojamiento del feto durante los meses de embarazo. Convirtiéndose así en lo que se podría conceptualizar como dos mercados y dos gestiones independientes, por las cuales se ha de pagar a la subrogada.

Por lo tanto, al existir dos objetos independientes sobre los cuales las partes han de contratar, el óvulo y el alojamiento, las implicaciones que surgen de estos contratos son de gran trascendencia. Para resolver ciertos aspectos se ha indicado que es necesario el acordar anticipadamente que la subrogada ha de ceder el derecho filial sobre la criatura desde su concepción.

b) Subrogación Gestacional: Es la transferencia de un embrión fertilizado al útero de la madre subrogada. Este tipo de subrogación también es conocido como alquiler de útero. En estos casos la madre genética de unos embriones, no los puede anidar en su vientre por algún motivo. Bajo esta premisa la misma le pide o contrata a otra mujer para que esta geste el feto y al nacer le entregue el niño. A diferencia de la subrogación tradicional, la madre subrogada no comparte material genético con la criatura que está gestando. En este caso el embrión fertilizado puede provenir de la pareja contratante o por donación.

El popularmente conocido alquiler de útero posibilita el embarazo como una técnica asistida de reproducción la cual se caracteriza por las siguientes características:

1. La pareja aporta el material genético en su totalidad (óvulo y espermatozoide) y la madre sustituta recibe el embrión en su útero con la finalidad de llevar a cabo la gestación y el nacimiento.

2. La madre portadora, además aporta el material genético, el cual podrá ser inseminado con esperma de la pareja comitente o de un tercero anónimo o conocido.

3. El material genético es aportado por individuos (ambos o solo uno de ellos) ajenos a la pareja contratante y la madre portadora cede su útero.

Para realizar este procedimiento es indispensable emplear la técnica de la fecundación in vitro de manera tal que, una vez realizada la fusión de los gametos, el embrión resultante es implantado en la mujer que, de este modo, prestará su cuerpo haciendo posible la gestación y el parto.

Una vez que el niño ha nacido, la mujer que lo dio a luz cede su custodia a la pareja contratante.

En razón a que dicha práctica genera situaciones de controversia en el ámbito jurídico, ético, sicológico y sociológico que requieren ser analizadas con el fin de dar una solución a esta problemática.

En principio, es claro que nos encontramos ante una disyuntiva de la función materna: por un lado tendremos la "maternidad genética" a partir de la aportación de la mitad de la información cromosomática- y por el otro, "la maternidad gestacional" de quien cede su vientre.

Ahora bien, ¿quién será considera madre por la ley?; ¿qué repercusiones psíquicas aparejará en el niño la circunstancia de ser separado de quien lo gestó? Estos y otros interrogantes nos convencen de la necesidad de desentrañar todos aquellos aspectos que involucran a los sujetos comprometidos, en especial, la persona por nacer.

La maternidad subrogada comparte muchos elementos con la adopción. La diferencia principal entre la adopción y la maternidad subrogada estriba de la manifestación de la intención que da lugar a la concepción y del momento en que se ceden todos los derechos, deberes y obligaciones frente a la criatura nacida.

En la adopción el consentimiento a la renuncia de las relaciones filiales se manifiesta luego del alumbramiento. Mientras que en la maternidad subrogada, el niño se concibe con la intención y el propósito específico de regalarlo, el propósito de la concepción, por ende no es el retenerlo para sí. El consentimiento en la maternidad subrogada claramente se manifiesta antes de la concepción. Este hecho ha estado sujeto a críticas, específicamente se ha argumentado que el consentimiento a la entrega de custodia antes de haber tenido la experiencia de llevar en el vientre a un niño por nueve meses, es uno no informado y por lo tanto no es válido.

Ámbito Sociológico

Las motivaciones por las cuales una pareja decida contratar los servicios de otra mujer para que lleve adelante la gestación de un niño, pueden esgrimirse, en la mayoría de los casos, en la imposibilidad física (infertilidad) de la mujer que contrata para llevar a término el embarazo o soportar el parto.

Por otro lado, se encuentran quienes están dispuestas a ofrecer su útero para esta tarea, algunas lo harán por un factor netamente económico, otras, en cambio, sólo albergarán un fin altruista, similar al de una donación de órganos o intentarán paliar la culpa acaecida como consecuencia de la práctica de un aborto.

Otra cuestión de especial importancia, se plantea en el ámbito social en razón de la situación sociopolítica dentro de la cual el alquiler de vientres se desarrolla. Si observamos el contexto histórico de esta práctica, comprobaremos que las mismas, no siempre se llevan a cabo solo por una motivación altruista sino que, por el contrario, en muchos casos, la mujer que cede su útero recibe una contraprestación en dinero, además de los cuidados y gastos de manutención durante el embarazo.

Fundamento Constitucional y Legal

Constitución Política de Colombia

"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 a favor de grupos discriminados o marginados".

"Artículo 16. 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".

"Artículo 42. La familia es el núcleo fundamental de la Sociedad. 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.

Los hijos habidos en el matrimonio o fuera de él, adoptados o procreados naturalmente o con asistencia científica, tiene iguales derechos y deberes. La ley reglamentará la progenitura responsable.

La pareja tiene derecho a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos, y deberá sostenerlos y educarlos mientras sean menores o impedidos.

La ley determinará lo relativo al estado civil de las personas y los consiguientes deberes y derechos." (Negritas fuera de texto).

Tratados Internacionales

Convención Americana sobre Derechos Humanos

Artículo 17, numeral 2: Se reconoce el derecho del hombre y la mujer a contraer matrimonio y a fundar una familia si tienen la edad y las condiciones requeridas para ello por las leyes internas, en la medida en que estas no afecten el principio de no discriminación establecido en esta convención[2].

Problemática Jurídica

Principios de la existencia de la persona humana

Con el fin de determinar la existencia biológica y legal de las personas es importante establecer el momento a partir del cual la legislación colombiana reconoce y otorga personalidad al ser humano.

Por Persona se entiende "Todo ser capaz de adquirir derechos y contraer obligaciones".

El profesor Jorge Angarita Gómez planteó la pregunta sobre ¿cuándo comienza a existir para la ley la persona humana?, parece fácil de responder: "cuando nace". Más el verbo existir, según la lengua española, es de tener vida, y sabemos que el hombre vive, algunos meses antes de nacer, en el vientre materno, aunque no en forma independiente; por lo cual se deduce que la vida del hombre tiene dos etapas: la existencia natural o biológica y la existencia legal[3].

La existencia biológica comienza desde el momento mismo de la concepción, es decir, desde el instante que se une el espermatozoide con el óvulo y termina con la muerte. En consecuencia, legalmente la existencia biológica va desde el instante mismo de la concepción hasta el momento de la cesación de esa vida, o sea, su muerte real; la existencia legal, desde el momento de esta inscripción hasta cuando

2 Conferencia especializada interamericana sobre derechos.

3 ANGARITA GÓMEZ, JORGE. Derecho Civil. Tomo I, Parte General y Personas. Editorial Temis, Bogotá, 1988.

se efectúa la de la correspondiente defunción, pues, entre tanto, no hay medio probatorio para demostrar que una persona existe o ha muerto, legalmente, aunque en ambos casos haya efectos retroactivos[4].

La existencia legal de toda persona principia al nacer, esto es, al separarse completamente de su madre[5].

El Código Civil, en el Título II, Capítulo I, regula todo lo relacionado con "Del principio de la existencia de las personas".

"Artículo 90. **La existencia legal de toda persona principia al nacer, esto es, al separarse completamente de su madre.** La criatura que muere en el vientre materno, o que perece antes de estar completamente separada de su madre, o que no haya sobrevivido a la separación un momento siquiera, se reputará no haber existido jamás"[6]. (Negritas fuera de texto).

El artículo 90 del Código Civil y los artículos 48 y 106 del Decreto-ley 1260 de 1970, señala los requisitos para la existencia legal:

a) Que haya separación completa entre la madre y la criatura, o sea, que el feto salga del vientre materno (de manera natural o artificial) y que deje de depender de la madre, lo cual ocurre cuando el cordón umbilical es cortado.

b) Que la criatura haya sobrevivido un instante siquiera después de la separación completa.

c) Que conste su nacimiento en el registro del estado civil.

"Artículo 91. **La ley protege la vida del que esta por nacer.** El juez, en consecuencia, tomará a petición de cualquiera persona, o de oficio, las providencias que le parezcan convenientes para proteger la existencia del no nacido, siempre que crea que de algún modo peligra[7]". (Negritas fuera de texto).

"Artículo 92. De la época del nacimiento se colige la de la concepción, según la regla siguiente: Se presume que la concepción ha precedido al nacimiento no menos de ciento ochenta días cabales, y no más que trescientos, contados hacia atrás, desde la media noche en que príncipe el día del nacimiento"[8].

"Artículo 93. Los derechos que se diferirían a la criatura que está en el vientre materno, si hubiese nacido y viviese, estarán suspensos hasta que el nacimiento se efectúe. Y si el nacimiento constituye un principio de existencia, entrará el recién nacido en el goce de dichos derechos, como si hubiese existido al tiempo en que se difirieron. En el caso del inciso del artículo 90 pasarán estos derechos a otras personas, como si la criatura no hubiese existido jamás"[9].

A. Determinación de la filiación:

La máxima del derecho romano que expresa "Mater semper certa est", consagrando, de este modo, la atribución de la maternidad por el hecho del parto, ha sido conmovida cuando la ciencia posibilitó que sea una mujer extraña a la autoría genética la que llevase a cabo la gestación y el trabajo de parto.

Ahora bien, el alquiler de vientres presenta una distorsión respecto del presupuesto biológico en virtud de que la mujer que da a luz no es quien aportó el óvulo; y en cuanto al presupuesto sicológico, podría discutirse si el elemento volitivo –voluntad procreacional– solo se halla presente en "quien ha deseado un hijo" (circunstancia que puede coincidir o no con la madre genética), o por el contrario, también es verificable en la mujer que prestó su vientre para la gestación y que, luego de experimentar la relación maternofilial establecida durante el período del embarazo, siente al niño como propio y se niega a cederlo a la pareja contratante.

El problema jurídico planteado radica en determinar a cuál de las dos mujeres debe atribuirse la maternidad.

No obstante, también deben ser considerados aquellos supuestos –aunque minoritarios– en los cuales la mujer gestante ha sido inseminada con un óvulo ajeno en contra de su voluntad; o cuando el material genético ha sido extraído a la madre biológica sin el consentimiento de esta o con una finalidad diversa a la fecundación in vitro, e implantado en otro útero. En la hipótesis planteada en primer término, se podría admitir la legitimación de la gestante para impugnar su maternidad; en la segunda situación consideramos a la madre biológica como una tercera interesada y, por ende, legitimada a impugnar la presunción de maternidad por el hecho del parto y reclamar la misma para sí.

Una segunda hipótesis se configura cuando la mujer comitente aporta su óvulo y el marido de la gestante su esperma. En este caso juega la presunción de maternidad por el hecho del parto a favor de la gestante y se presume padre al marido de esta –quien, además es padre biológico, ¿podrá la madre biológica impugnar la maternidad de la portadora?, nos inclinamos por la respuesta afirmativa, en tanto aquella será tenida por tercera interesada.

Desde luego, el hijo podrá impugar en todo tiempo la maternidad atribuida por el parto y reclamar la maternidad genética.

Como podremos observar, los nacidos a consecuencia de estas técnicas, padecerán la conmoción de no poder establecer de modo claro quiénes serán declarados sus padres. Empero, más grave aún resulta la circunstancia de hallarse en juego el derecho personalísimo a la identidad, proyectado en su faceta de no vulnerar al individuo la posibilidad de conocer su verdadera autoría genética. Nótese que no me refiero exclusivamente al derecho de acceder al emplazamiento en el estado de familia mediante la atribución de una filiación determinada (ello encontraría solución echando mano a una ficción jurídica que atribuyese el título de padre o madre a cualquiera de los reclamantes según el criterio adoptado: padres comitentes o madre sustituta) sino, a la incuestionable prerrogativa de todo humano a conocer con certeza la verdad acerca de si mismo y su origen; a saberse descendiente de otros y poderlos identificar; finalmente, a rechazar acceder a ese conocimiento pero por decisión propia y no por imposición de una sociedad que ha osado "fabricarlo y armarlo" cual un rompecabezas.

El derecho "al hijo" y la dignidad existencial

Afirma Rabinovich-Berkman–refiriéndose a la posible influencia de la vieja cultura latina y del derecho romano en la civilización del siglo XX y, especialmente, en el llamado "derecho al hijo" invocado como justificación para acceder a las técnicas de

4 Ibídem.
5 Ibídem.
6 Artículo 90, Código Civil.
7 Artículo 91, Código Civil.
8 Artículo 92, Código Civil.
9 Artículo 93, Código Civil.

procreación asistida– que: "... el argumento principal que sostiene "el derecho de los padres a la fecundación" es fundamentalmente genético: no se trata del derecho "a tener un hijo" en sentido amplio, jurídico y/o psicológico (que podría satisfacerse mediante la adopción), sino de un hijo "propio", entendiéndose por tal al que posea los cromosomas de sus padres, o al menos de uno de ellos".

Para los antiguos, la función materna en la concepción se reducía a la aportación del recipiente idóneo para llevar a cabo la gestación; el útero cumplía esa función de albergar el contenido de la sustancia biológica; el semen era el único principio activo portador del sanguis, de allí que la madre "porta, pero no aporta". En la sociedad moderna, dicha imagen ha cambiado y se conoce la aportación genética de las mujeres. De ello deriva el hecho de no considerar como función primordial femenina la gestación y, por ello, el derecho de poder gestar hijos fuera de su vientre. Un ejemplo literario lo constituye la obra de Simone de Beauvoir, El *segundo sexo,* publicada en 1949.

También han sido transformados los paradigmas que regían las relaciones entre padres e hijos. En la antigüedad, la autoridad paterna reconocía un derecho de vida y muerte sobre sus descendientes; la institución de la adopción se basaba fundamentalmente en la necesidad de dar "hijos" a los efectos de continuar el culto familiar.

Nuestra realidad social, ha virado el eje de tal perspectiva y, hoy se perfila como primordial el interés superior del menor, plasmado como estructura fundamental que ha de imperar como principio básico de toda legislación al respecto. En este sentido la Convención Americana sobre Derechos Humanos se constituye en modelo esencial que reconoce la protección de la honra y de la dignidad de toda persona (artículo 11), como así también, la protección de la vida desde la concepción (artículo 1°). En consonancia con esta premisa, la Convención sobre los Derechos del Niño hace hincapié, en su preámbulo, en el reconocimiento de la dignidad intrínseca y los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana.

Aceptando la postura que propugna asimilar la concepción a la singamia, es decir, interpretando que a partir del intercambio cromosomático que posibilita la creación de un código genético único y diferente se genera un nuevo ser, concluimos en categorizar y reconocer a la persona por nacer como sujeto de derecho. En base a estas consideraciones, la vida será protegida desde el momento de la concepción sin importar si esta se ha llevado a cabo en el seno materno o fuera del mismo.

Corolario de esta postura, resulta el reconocimiento de un compuesto de derechos que conforman la dignidad humana: a la identidad genética, a la propiedad del patrimonio genético, a la determinación de la paternidad y maternidad, a no ser discriminado por no nacido o por enfermo y a la integridad personal, a nacer en el propio tiempo en el que fue gestado, entre otros, que coadyuvan al tema que nos ocupa.

El derecho que toda persona tiene de reclamar el respeto de sus semejantes a causa de su condición humana (dignidad), constituye, aplicándolo a la maternidad subrogada, la prerrogativa de ser concebido, gestado, traído al mundo y educado por sus propios padres. El mero hecho de la manipulación del sujeto, transformándolo en cosa resulta en detrimento del desarrollo de su personalidad, preestableciéndolo como objeto de un contrato, organizando arbitrariamente el tiempo y lugar en los que debe nacer –supuesto de congelamiento del embrión que luego será implantado en la madre sustituta–. Todas estas alternativas que produce la ciencia, influirán, sin dudas, en el desarrollo sicoemocional de la personalidad y en el derecho a conocer la propia identidad. La libertad del ser ha sido avasallada desde el comienzo de la vida del sujeto mediante la utilización de técnicas que devienen en "un modelo para armar": padres biológicos (que incluso pueden ser anónimos), madre portadora (con quien el nasciturus ha tenido una relación físicosicológica) y padres del "deseo".

Resulta paradójico justificar la aceptación del alquiler de vientres en aras de posibilitar la paternidad genética, olvidando que quienes se hallan involucradas son fundamentalmente personas. No solo debemos considerar al no nacido sino, además, a la portadora. Para esta última, ¿no habrá acaso una mínima referencia a sus derechos: su consentimiento habrá sido otorgado libremente, o el aspecto económico y su posición social habrán determinado de algún modo su decisión? ¿Acaso esta mujer no siente; es sencillo gestar un niño y no vincularse sentimentalmete a él? ¿Qué repercusiones sicológicas padecerá cuando deba desprenderse del fruto de su gestación?

Una breve introspección en el campo de la sicología nos indica que en el momento en que el embrión precise transformarse en feto, habrá de "trabajar" con el cuerpo que lo contiene y acoge, para generar entre ambos la placenta y las menbranas fetales. De tal suerte se establecerá entre ambos una comunión basada en el esfuerzo del feto dirigido a desarrollarse y la colaboración de quien proporciona su vientre y alimenta este desarrollo.

Este proceso no será indiferente en cuanto al aspecto síquico de ambos seres; de hecho el ser humano en su calidad de tal se perfila como un compuesto de cuerpo y mente, desplegados paulatinamente desde los orígenes de la persona. En este sentido, la identidad se integra en una doble vertiente, por un lado, como identidad genotípica (herencia genética) y, por otro, como identidad hábitat (paratipo: ambiente que permite desarrollar unos genes u otros).

La importancia de los derechos a considerar reclaman la necesidad de poner coto a los avances científicos si de ellos resulta el avasallamiento de la persona. Como ha sido adelantado en los párrafos anteriores, debemos concluir afirmando que la maternidad por sustitución importa una falta a la dignidad de la persona por nacer en cuanto conlleva un quebrantamiento a la libertad del individuo de "ser" y "existir" de acuerdo a un orden natural dado (presupuesto hereditario, estructuras innatas, etc.), libre de injerencias que hayan predeterminado su no identidad (si no puede establecerse su origen genético), su derecho a ser traído al mundo por su madre biológica, a no ser separado de quien lo gestó. De este modo, el sujeto deviene en "objeto" de experimentación y fabricación, sin consideraciones que contemplen su estructura sicoemocional, espiritual y volitiva; reduciéndolo a un simple "resultado" cuya teleología apunta a satisfacer un deseo ajeno.

El ordenamiento jurídico no deberá reducir su cometido al mero rechazo de esta práctica sino que,

además habrá de contemplar la situación dada ante el hecho consumado. En efecto, el nacido tendrá que ser emplazado en un estatus jurídico familiar y hacia ese norte habrá de dirigir el legislador toda su ciencia y sabiduría con el fin de no menoscabar el derecho a la identidad y el interés superior del menor, pero al mismo tiempo, evitando caer en la hipocresía de convalidar tácitamente esta práctica si la madre portadora renuncia al niño y este es otorgado en adopción al matrimonio comitente.

Derecho Comparado

Estados Unidos.

En Estados Unidos existe una clara tendencia a permitir en la práctica la maternidad subrogada. Ese sistema jurídico norteamericano está basado en el denominado "Common Law".

El gobierno federal de los Estados Unidos no ha expedido una normativa general que regule el tema en todos los Estados de la federación, pero sí en algunos Estados ya está reglamentada la maternidad subrogada. Es así que estados como California, Illinois, Maryland, Pensilvania, South Carolina, Oregon, Minnesota, Missouri.

Inglaterra

El informe Warnock, se expidió recomendando aprobar una legislación que declare ilegal todo acuerdo de maternidad subrogada y, en consecuencia, la negativa para peticionar ante la ley. De igual modo, dispuso sancionar criminalmente la creación de establecimientos comerciales que recluten mujeres para oficiar como madres suplentes o realicen este tipo de contratos.

En 1985 se aprobó la Surrogacy Arrangements Act para el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, donde se sanciona penalmente la publicidad y la gestión comercial cuya finalidad sea la realización de acuerdos de maternidad subrogada.

Francia

El pasado mes de julio se aprobó en Francia la legislación para permitir la maternidad subrogada la cual entrara en vigencia a partir del año 2009.

Por todas las anteriores consideraciones y consciente de que los legisladores no podemos estar ajenos a las situaciones que frecuentemente se presentan en nuestra sociedad y requieren de una reglamentación para su correcto ejercicio dentro del ámbito jurídico presento el mencionado proyecto de ley.

Conclusión

En mérito de lo expuesto en las anteriores consideraciones, me permito presentar a la Plenaria de la Cámara de Representantes, la siguiente proposición:

Proposición

Dese segundo debate al **Proyecto de ley número 037 de 2009 Cámara**, *por medio de la cual se establecen procedimientos para permitir en todo el territorio nacional la práctica de la Gestación Sustitutiva mediante las técnicas de reproducción humana asistida y se dictan otras disposiciones*, de conformidad con el texto aprobado en la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes.

Atentamente,

Mauricio Parodi Diaz,
Representante a la Cámara
Departamento de Antioquia.

TEXTO EN PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 037 DE 2009 CÁMARA

(Aprobado en la Sesión del día 21 de abril de 2010 en la Comisión VII de la honorable Cámara de Representantes).

por medio del cual se establecen procedimientos para permitir en todo el territorio nacional la práctica de la gestación sustitutiva mediante las técnicas de reproducción humana asistida y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

LEGISLA:

Artículo 1°. *Objeto y ámbito de aplicación de la ley.* La presente ley tiene por objeto establecer en todo el territorio nacional la práctica de la gestación sustitutiva, mediante las técnicas de reproducción humana asistida, así como establecer los mecanismos que permitan controlar la realización de esta práctica.

Artículo 2°. *Definiciones.* Para la interpretación de la presente ley ténganse en cuenta las siguientes definiciones:

Gestación sustitutiva: Conducta mediante la cual una mujer gesta en su vientre una criatura con la intención de entregar al concebido una vez se produzca el nacimiento.

Reproducción humana asistida: Conjunto de técnicas médicas especiales que implican la ayuda profesional al acto conyugal con el fin de lograr la procreación de la especie humana, la obtención y utilización de gametos con tal finalidad, o la transferencia de embriones con el mismo fin. Dentro de estas técnicas encontramos la inseminación artificial, la fertilización in vitro con transferencia de embriones.

Inseminación artificial: Procedimiento técnico mediante el cual se introducen en forma artificial los espermatozoides en el aparato reproductor femenino con el propósito de conseguir la concepción o como un procedimiento para hacer llegar los espermatozoides al óvulo con fines reproductivos. Según el origen de los gametos se cataloga como inseminación artificial homóloga o inseminación artificial con donante.

Inseminación artificial conyugal: Se produce cuando se práctica mediante la utilización del semen fecundante para obtener la concepción lo aporta el cónyuge o compañero permanente de la mujer que se hace inseminar.

Inseminación artificial con donante: Se produce cuando se utilice semen fecundante proveniente de persona distinta del cónyuge o compañero permanente.

Fertilización in vitro: Consiste en fecundar los óvulos por fuera del cuerpo, para obtener embriones que posteriormente serán transferidos al útero para ser implantados y continuar con su gestación normal.

Fertilización artificial homologa: Cuando el esperma utilizado para la fecundación del óvulo en una probeta corresponde al cónyuge o compañero permanente y a la cónyuge o compañera permanente que constituyen una pareja, siendo transferidos el embrión o embriones al útero de la mujer.

Fertilización artificial heteróloga: Cuando la fecundación del óvulo de la mujer que conforma una pareja con su cónyuge o compañero permanente se realiza con esperma de un tercero, cuando el óvulo que se fecunda corresponde a otra mujer diferente a la que conforma pareja con su cónyuge o compañero

permanente y cuando el esperma y el óvulo que se utiliza para la fecundación de la mujer que conforma una pareja con su cónyuge o compañero permanente corresponden a terceros.

Consentimiento informado de las partes: Es el procedimiento cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía de las partes, donde los sujetos decidan libre y voluntariamente someterse a un procedimiento del cual se encuentren completamente informados.

Acuerdo de gestación sustitutiva: Documento por medio del cual la pareja solicitante y la receptora gestante sustitutiva convienen la práctica de la gestación sustitutiva a través de las técnicas de reproducción asistida.

Pareja solicitante: Es la pareja conformada por un hombre y una mujer que por problemas de infertilidad de alguno de los dos tiene incapacidad de reproducirse.

Receptora gestante sustitutiva: Es la mujer que se somete a la aplicación de las técnicas de procreación humana con asistencia científica con el fin de gestar en su vientre una criatura por encargo.

Centro de reproducción asistida: Centros en los cuales se prestan servicios de salud en el área de la biomedicina reproductiva de acuerdo a los principios de calidad, oportunidad y racionalidad lógico científica.

Infertilidad: Surge cuando uno o ambos miembros de la pareja son estériles o su fertilidad está gravemente reducida por problemas de fertilidad. La esterilidad de uno de los miembros de la pareja hace infértil a la pareja.

Artículo 3°. *Condiciones para la práctica de la gestación sustitutiva.* Con el fin de ejercer la práctica de la gestación sustitutiva las personas que puedan recurrir a esta práctica son las siguientes:

Para la pareja solicitante

1. Pareja heterosexual, compuesta por hombre y mujer mayor de 25 años.

2. Ser colombianos.

3. En caso de ser extranjeros con un término de residencia en el país no inferior a un año.

4. Legalmente capaces y en pleno uso de sus facultades mentales.

5. Casada o en unión libre, con un tiempo de convivencia mayor a dos años.

6. Cualquiera de los dos miembros de la pareja (hombre o mujer) tenga problemas de fertilidad certificados por un médico especialista.

7. Mujer tenga problemas de fertilidad gestacional certificada por un médico especialista.

8. Mujer tenga problemas de llevar a feliz término un embarazo, certificada por un médico especialista.

9. Mujer corra graves riesgos en su salud en estado de embarazo, certificado por un médico especialista.

10. Encontrarse en condiciones sicológicas sanas.

11. Tener prueba de VIH negativa.

Para la receptora gestante sustitutiva

1. Ser mujer mayor de 25 años.

2. Ser colombiana.

3. Ser legalmente capaz y en pleno uso de sus facultades mentales.

4. No tener problemas de salud

5. No tener antecedentes de embarazos de alto riesgo.

6. No haber sufrido pérdidas gestacionales.

7. No haber practicado aborto.

8. No tener ningún parentesco en el primer grado de consanguinidad, segundo de afinidad o civil con los padres biológicos.

9. Encontrarse en condiciones óptimas de salud.

10. Haberse practicado consulta genética y de cariotipo.

11. Haberse practicado un examen sicológico.

12. Tener prueba de VIH Negativa.

Artículo 4°. *Modalidades*. La gestación sustitutiva puede practicarse en cualquiera de las siguientes modalidades:

1. Esperma y óvulo de padres biológicos de la criatura.

2. Esperma del padre biológico y óvulo de la receptora gestante sustitutiva.

3. Esperma del padre biológico y óvulo criocongelado de una donante.

4. Óvulo de la madre biológica y esperma criocongelado de un donante.

5. Óvulo de la receptora gestante sustitutiva y esperma criocongelado de un donante.

6. Óvulo y esperma criocongelados de donantes.

Artículo 5°. *Casos en que procede*. En todos los casos y para efectos de la presente ley para que proceda la práctica de la gestación sustitutiva debe existir en la pareja biológica causa médica comprobada de que alguno de los miembros de la misma no tenga capacidad reproductiva.

Artículo 6°. *Viabilidad del procedimiento*. El procedimiento de gestación sustitutiva deberá realizarse una vez los especialistas de los centros de reproducción asistida hayan practicado todos los exámenes necesarios a la mujer receptora gestante sustitutiva y hayan dado su aprobación para la viabilidad del procedimiento.

El médico deberá informar detalladamente a las partes sobre los riesgos en la práctica de la gestación sustitutiva.

Artículo 7°. *Condiciones para la práctica de la gestación sustitutiva*. Para que la gestación sustitutiva pueda realizarse a través de las técnicas de reproducción humana asistida deberán cumplirse las siguientes condiciones:

1. Las técnicas de reproducción asistida se realizarán solamente cuando haya posibilidades razonables de éxito, no supongan riesgo grave para la salud, física o síquica, de la mujer o la posible descendencia y previa aceptación libre y consciente de su aplicación por parte de la mujer, que deberá haber sido anterior y debidamente informada de sus posibilidades de éxito, así como de sus riesgos y de las condiciones de dicha aplicación.

2. En el caso de la fecundación in vitro y técnicas afines, solo se autoriza la transferencia de un máximo de tres preembriones en la mujer en cada ciclo reproductivo.

3. La información y el asesoramiento sobre estas técnicas, que deberá realizarse tanto a quienes deseen recurrir a ellas como a quien vaya a ejercer como gestante sustituto se extenderá a los aspectos biológicos, jurídicos y éticos de aquéllas.

4. La aceptación de la aplicación de las técnicas de reproducción asistida por cada mujer receptora de ellas quedará reflejada en un formulario de consentimiento informado en el que se hará mención expresa de todas las condiciones concretas de cada caso en que se lleve a cabo su aplicación.

5. Todas la información relativa a la utilización de la figura de mujer receptora gestante sustitutiva deberá estar contenida en historias clínicas individuales que deberán ser tratadas con las debidas garantías de confidencialidad respecto de la identidad de los donantes, de los datos y condiciones de los usuarios y de las circunstancias que concurran en el origen de los hijos así nacidos. No obstante, se tratará de mantener la máxima integración posible de la documentación clínica de la persona usuaria de las técnicas.

Artículo 8°. *Asistencia psicológica.* Será obligación de las partes involucrada en el proceso de gestación sustitutiva durante el tiempo que dure el mismo participar a sesiones de asistencia psicológica con el fin de evitar traumas que tengan consecuencias en la criatura o en la salud mental de la receptora gestante sustitutiva.

Artículo 9°. *Partes*. Para efectos de la presente ley ténganse como partes activas dentro del proceso de gestación sustitutiva a la pareja solicitante, la mujer receptora gestante sustitutiva y los especialistas de los centros de reproducción humana asistida.

Artículo 10. *Centros de reproducción asistida.* La práctica de cualquiera de las técnicas de reproducción asistida sólo se podrá llevar a cabo en instituciones de salud reconocidas y autorizados para tal fin por las autoridades competentes.

Parágrafo. Las instituciones donde se efectúen procedimiento de reproducción asistida que tenga como finalidad la práctica de la gestación sustitutiva, deberán llevar un registro de la madre biológica, el padre biológico, mujer receptora gestante sustitutiva, donante de esperma y donante de óvulo según sea el caso.

Artículo 11. *Consentimiento*. Para la práctica de la gestación sustitutiva debe existir consentimiento voluntario expreso de las partes libre de vicio, que no medie ninguna presión y que conste por escrito.

Artículo 12. *Centros donde se puede practicar*. La práctica de la gestación sustitutiva únicamente podrá ser realizada por parte de los especialistas de los Centros de Reproducción Asistida debidamente autorizados por la ley.

Dichas instituciones deberán tomar todas las precauciones para que no haya daños en la salud física y mental de la mujer gestante sustitutiva.

Artículo 13. *Confidencialidad*. Se obligan los centros de reproducción asistida así como las partes intervinientes en la práctica de la gestación sustitutiva a guardar expresa confidencialidad sobre los nombres de las personas intervinientes en el acto.

Artículo 13. *Acuerdo de gestación sustitutiva*: La gestación sustitutiva para las finalidades de la presente ley es un acuerdo gratuito, formal y confidencial, realizado entre la receptora gestante sustitutiva y la pareja solicitante con el fin de llevará a feliz término el proceso de gestación.

El acuerdo se formalizará por escrito entre las partes y el Centro de Reproducción Asistida.

Artículo 14. *Obligaciones de las partes*. Para efectos de la presente ley serán obligaciones de la pareja, padres biológicos y de la mujer receptora gestante sustitutiva las siguientes.

De la pareja solicitante

1. Practicarse los exámenes exigidos por los centros de reproducción asistida.

2. Manifestar consentimiento por escrito.

3. Participar en las sesiones de asistencia psicológica.

4. Cubrir los costos de los exámenes ordenados por los centros de reproducción asistida a la receptora gestante sustitutiva.

5. Cubrir los gastos médicos de la receptora gestante sustitutiva durante el periodo de gestación.

6. Cubrir los exámenes solicitados por el especialista durante el periodo de gestación.

7. Cubrir los gastos de alimentación de la receptora gestante sustitutiva.

8. Cubrir los gastos de vestido de la receptora gestante sustitutiva.

9. Entregar un auxilio económico mensual a la mujer receptora gestante sustitutiva para su sostenimiento.

10. Recibir a la criatura una vez nazca.

11. No rechazar a la criatura una vez nazca.

12. Efectuar todos los trámites ante las autoridades civiles relacionados con la filiación y de la criatura que nazca.

13. Inscribir al recién nacido en el registro civil.

De la receptora gestante sustitutiva

1. Practicarse los exámenes exigidos por los centros de reproducción asistida.

2. Manifestar consentimiento escrito.

3. Asistir a los controles médicos.

4. Cuidar de su alimentación y estado de salud.

5. Participar en las sesiones de asistencia psicológica.

6. No consumir alcohol durante el periodo de gestación.

7. No consumir sustancias psicoactivas durante el periodo de gestación.

8. No ejercer actividades que pongan en peligro su salud y la de la criatura.

9. Entregar a la criatura una vez nazca.

10. Renunciar a la filiación de la criatura gestada.

11. No adelantar ninguna acción legal relacionada con la filiación de la criatura gestada.

Artículo 15. *Aborto terapuetico.* Las partes intervinientes en el proceso de gestación sustitutiva podrá por consenso entre las mismas tomar la decisión de efectuar aborto terapéutico consentido cuando:

1. No se incurre en el delito de aborto cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificado por un médico.

2. Cuando exista grave malformación del feto, que haga inviable su vida certificada legalmente por un profesional de la medicina.

Artículo 16. *Filiación*. La filiación de los hijos nacidos mediante técnicas de reproducción asistida en virtud de un proceso de gestación sustitutiva será regulada por las leyes civiles bajo las siguientes especificaciones:

1. En ningún caso, la inscripción en el Registro Civil reflejará datos de los que se pueda inferir el carácter de la generación.

2. La filiación del nacido será la de los padres solicitantes conforme a lo establecido en el consentimiento informado y el acuerdo de gestación sustitutiva.

Artículo 17. *Vigencia*. La presente ley rige a partir de su expedición.

Mauricio Parodi Díaz,
Representante a la Cámara.

SUSTANCIACIÓN AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 037 DE 2009 CÁMARA

por medio de la cual se establecen procedimientos para permitir en todo el territorio nacional la práctica de la gestación sustitutiva mediante las técnicas de reproducción humana asistida y se dictan otras disposiciones.

En la Sesión Ordinaria de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la honorable Cámara de Representantes del día 21 de abril de 2010, de conformidad con las prescripciones constitucionales y legales, especialmente las contenidas en la Ley 5ª de 1992 (Reglamento del Congreso), se dio inicio a la discusión del **Proyecto de ley número 037 de 2009 Cámara**, *por medio de la cual se establecen procedimientos para permitir en todo el territorio nacional la práctica de la gestación sustitutiva mediante las técnicas de reproducción humana asistida y se dictan otras disposiciones*.

Autor: honorable Representante Jorge Ignacio Morales Gil.

La Mesa Directiva de esta Comisión designó como Ponente para primer debate del Proyecto de ley número 037 de 2009 Cámara a los honorable Representante Javier Ramiro Devia Arias y Mauricio Parodi Díaz.

El Proyecto en mención fue publicado en la ***Gaceta del Congreso*** número 609 de 2009 y la ponencia para primer debate presentada por el honorable Representante Mauricio Parodi Díaz, en la ***Gaceta del Congreso*** número 1081 de 2009. **El Proyecto de ley número 037 de 2009 Cámara** fue **anunciado** en la sesión del día 20 de abril de 2010, Acta número 3.

Una vez leída la proposición con la que termina el informe de ponencia para primer debate del **Proyecto de ley número 037 de 2009 Cámara,** firmada por el honorable Representante Mauricio Parodi Diaz, es aprobado por unanimidad, con votación positiva de nueve honorables Representantes y negativa de dos honorables Representantes (Anexo votación).

La Presidencia de la Comisión somete a consideración y aprobación el articulado del **Proyecto de ley número 037 de 2009 Cámara,** para primer debate, que consta de (17) diecisiete artículos, se aprobó votar en bloque por unanimidad, con votación positiva de nueve honorables Representantes y un voto negativo (Anexo votación).

Posteriormente se somete a consideración el título de la iniciativa, el cual fue aprobado de la siguiente manera, *por medio de la cual se establecen procedimientos para permitir en todo el territorio nacional la práctica de la gestación sustitutiva mediante las técnicas de reproducción humana asistida y se dictan otras disposiciones*, con votación positiva de 9 honorable Representante y un voto negativo (Adjunto votación).

Finalmente, el Presidente pregunta a los honorables Representantes si quieren que este proyecto de ley tenga segundo debate y contestan afirmativamente siendo designado como Ponente para segundo debate el honorable Representante Jorge Eduardo Casabianca Prada. La Secretaría deja constancia que este proyecto de ley fue votado por la mayoría que la Ley establece.

La relación completa de la aprobación en primer debate del **Proyecto de ley número 037 de 2009 Cámara***, por medio de la cual se establecen procedimientos para permitir en todo el territorio nacional la práctica de la gestación sustitutiva mediante las técnicas de reproducción humana asistida y se dictan otras disposiciones*, consta en el Acta número 3 del (21-04-2010) veintiuno de abril de 2010 de la Sesión Ordinaria del Segundo Periodo de la Legislatura 2009-2010.

El Presidente,

Rodrigo Romero Hernández.

El Vicepresidente,

Venus Albeiro Silva Gómez.

El Secretario Comisión Séptima,

Rigo Armando Rosero Alvear.

Bogotá D. C., veintiuno de abril de dos mil diez (21-04-2010).

En los siguientes términos fue aprobado el proyecto de ley número 037 de 2009 Cámara, por medio de la cual se establecen procedimientos para permitir en todo el territorio nacional, la práctica de la gestación sustitutiva mediante las técnicas de reproducción humana asistida y se dictan otras disposiciones; Autor honorable Representante Jorge Ignacio Morales Gil, con sus diecisiete (17) artículos.

El Presidente,

Rodrigo Romero Hernández.

El Vicepresidente,

Venus Albeiro Silva Gómez.

El Secretario Comisión Séptima,

Rigo Armando Rosero Alvear.

* * *

PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 098 DE 2009 CÁMARA

por medio de la cual se establecen principios, criterios, características y procedimientos para la educación continua de los profesionales, tecnólogos, técnicos, auxiliares y ocupaciones en salud y se dictan otras disposiciones.

Bogotá D. C., mayo 18 de 2010

Doctor

RIGO ARMANDO ROSERO ALVEAR

Secretario

Comisión Séptima

Cámara de Representantes

Ciudad

Referencia: Ponencia para segundo debate al **Proyecto de ley número 098 de 2009 Cámara**, *por medio de la cual se establecen principios, criterios, características y procedimientos para la educación continua de los profesionales, tecnólogos, técnicos, auxiliares y ocupaciones en salud y se dictan otras disposiciones.*

Respetado doctor Rosero:

En cumplimiento a la honrosa designación que nos hiciera la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente, nos permitimos presentar a consideración de la Plenaria de la honorable Cámara de Representantes para su discusión y votación**,** informe de ponencia para segundo debate al **Proyecto de ley número 098 de 2009 Cámara**, *por medio de la cual se establecen principios, criterios, características y procedimientos para la educación continua de los profesionales, tecnólogos, técnicos, auxiliares y ocupaciones en salud y se dictan otras disposiciones.*

Atentamente,

Jaime Armando Yépez Martínez, Jorge Ignacio Morales Gil Ponentes.

PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 098 DE 2009 CÁMARA

por medio del cual se establecen principios, criterios, características y procedimientos para la educación continua de los profesionales, tecnólogos, técnicos, auxiliares y ocupaciones en salud y se dictan otras disposiciones.

Bogotá D. C., mayo 18 de 2010

Doctor

RIGO ARMANDO ROSERO ALVEAR

Secretario

Comisión Séptima

Cámara de Representantes

Ciudad

Referencia: Ponencia para segundo debate al **Proyecto de ley número 098 de 2009 Cámara** *por medio de la cual se establecen principios, criterios, características y procedimientos para la educación continua de los profesionales, tecnólogos, técnicos, auxiliares y ocupaciones en salud y se dictan otras disposiciones.*

Respetado doctor Rosero:

En cumplimiento a la honrosa designación que nos hiciera la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente, nos permitimos presentar a consideración de la Plenaria de la honorable Cámara de Representantes para su discusión y votación**,** informe de ponencia para segundo debate al **Proyecto de ley número 098 de 2009 Cámara**, *por medio de la cual se establecen principios, criterios, características y procedimientos para la educación continua de los profesionales, tecnólogos, técnicos, auxiliares y ocupaciones en salud y se dictan otras disposiciones,* previas las siguientes consideraciones:

Objetivo del Proyecto

El proyecto objeto de análisis tiene como finalidad reglamentar el derecho de los trabajadores de la salud para acceder a los programas de educación continua que les permitirá mantener y mejorar la calidad en su desempeño; propender por la buena práctica de las profesiones, disciplinas y ocupaciones en el área de la salud y el desarrollo personal y profesional de estos trabajadores.

Origen del Proyecto

El Proyecto de ley número 098 de 2009 Cámara, fue presentado por el honorable Representante Jorge Ignacio Morales Gil ante la Secretaría General de la Cámara de Representantes, publicado en la ***Gaceta del Congreso*** número 691 de 2009. La ponencia para primer debate fue presentada el 9 de septiembre de 2009, publicada en la ***Gaceta del Congreso*** número 901 de 2009, discutido y aprobado en Comisión el 6 de octubre de 2009.

Contenido del proyecto

El proyecto de ley cuenta con 10 artículos, mediante los cuales se busca mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud y garantizar el derecho de los trabajadores del sector para acceder a los programas de educación continua, dignificando el desempeño del talento humano para lograr la buena práctica de las profesiones, disciplinas y ocupaciones en el área de la salud y el desarrollo personal y profesional de estos trabajadores.

La educación continua es un proceso educativo de actualización y perfeccionamiento continuo, sostenido y verificado. Se realiza mediante un conjunto de actividades formativas, cuya finalidad es mantener y desarrollar con principios éticos, los conocimientos, habilidades, técnicas, la comunicación y la sensibilidad moral.

Consideraciones Generales

La Década de Recursos Humanos en Salud (2006 – 2015) se plantea por parte de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) para promover entre actores nacionales e internacionales del sector salud y otros sectores, la construcción colectiva de políticas para el desarrollo de dichos recursos. Se espera así lograr apoyo para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Entre los principios que fundamentan estos esfuerzos se señala la necesidad de establecer un equilibrio entre los derechos y responsabilidades sociales de los trabajadores de la salud y los derechos sociales y responsabilidades de los ciudadanos que merecen la atención y el derecho a la salud[1].

En otro de los principios planteados por la OPS/OMS se parte de que los trabajadores son protagonistas de su desarrollo y se observa que se requiere una fuerza de trabajo bien distribuida, saludable, capacitada y motivada. Además, se plantea la importancia del incremento de la inversión para el desarrollo y fortalecimiento de los recursos humanos[2].

En el llamado a la Acción de Toronto se indica: "Que la adaptación de la fuerza de trabajo para que esté de acuerdo con las necesidades de salud de la población es una actividad compleja, porque debe considerar los cambios epidemiológicos y sociodemográficos de los países y exige inversiones permanentes además de una planificación que prevea acciones de mediano y largo plazo[3]".

Por otra parte, en el proyecto para debate del Código de Prácticas de la OMS sobre contratación internacional de personal sanitario, al considerar los principios rectores, se contempla la necesidad de abordar la escasez del personal sanitario que es crucial para proteger la salud mundial. Además, desde la misma OMS se promueve el respeto por las prácticas laborales justas para todo el personal sanitario. Se invita desde ese organismo internacional para que los Estados Miembros tomen medidas eficaces para formar, retener y mantener a una fuerza de trabajo sanitaria que esté adaptada a las condiciones específicas de cada país. La OMS manifiesta: "Los Estados Miembros deberían reconocer que la mejora de la situación social y económica del personal sanitario, de sus condiciones de vida y de trabajo, de sus oportunidades de empleo y de sus perspectivas de carrera, es importante para paliar la escasez actual y mejorar la retención de un personal sanitario cualificado[4]".

Estas consideraciones y las necesidades específicas del recurso humano en salud en nuestro país, lle-

---

1 Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Llamado a la Acción de Toronto. Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud. 4-7 de octubre de 2005.p 1.

2 *Ibid*., p.p 1- 2.

3 *Ibid*., p. 6.

4 Organización Mundial de la Salud. Proyecto para debate del Código de prácticas de la OMS sobre contratación internacional de personal sanitario. TRA Document No. 081754. p.5

van a plantear que el proceso de educación continua para los profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares, debe materializarse en un proceso incluyente que garantice un acompañamiento efectivo a los profesionales y demás trabajadores del sector para su mejoramiento continuo a partir de los siguientes criterios:

- Dignificación: el proceso de educación continua debe partir de considerar el trabajo como elemento esencial de la razón de ser de los trabajadores y de su proyecto de vida, más que un medio de subsistencia. Por lo tanto, el trabajo debe ser el espacio de despliegue de las potencialidades de los trabajadores derivadas de sus capacidades y su nivel de formación. Considera, además, el trabajo en salud como el aporte de un sector social a la generación del bienestar colectivo y por lo tanto como una actividad de un alto valor social con un carácter estructurante de la sociedad, que no debe ser interferida por intereses comerciales y otros distintos a las necesidades de la sociedad.

- Flexibilidad*:* permite reconocer las diferencias en la práctica profesional y ocupacional con distintos énfasis en las competencias desarrolladas, según la complejidad de los escenarios de desempeño y el perfil epidemiológico de las regiones, entre otros aspectos, que inciden en la variabilidad del ejercicio laboral.

No se puede homogenizar el perfil profesional y ocupacional porque se convertiría en un proceso excluyente que elimina la riqueza generada en la diversidad. Por lo tanto, la evaluación debe efectuarse mediante un ***sistema de créditos*** que posibilite el reconocimiento de múltiples desarrollos profesionales. Los créditos facilitan la homologación, la movilidad y el reconocimiento internacional. Una valoración de este tipo sería más adecuada para propiciar planes de mejora individual en los términos que plantea la ley al señalar en el artículo 26 de la Ley 1164 de 2007: "los profesionales de la salud tienen la responsabilidad permanente de la autorregulación, entendida como el conjunto concertado de acciones necesarias para tomar a su cargo la tarea de regular la conducta y actividades profesionales derivadas de su ejercicio…".

Un sistema de valoración mediante un examen crea una camisa de fuerza que limita y excluye puntos esenciales en el ejercicio como son la ética, las actitudes humanistas y los valores que la misma Ley 1164 promueve en su capítulo VI "De la prestación ética y bioética del servicio". Estos aspectos, especialmente lo que concierne a la ética, no se pueden medir con un examen de competencias del saber al estilo ICFES o ECAES. El siglo XXI exige integralidad en el individuo mediante la adquisición de capacidades humanas, en el saber, hacer y comunicar.

- Bienestar

La expectativa es que estos procesos sean factores de bienestar para los profesionales y otros trabajadores de la salud, al estimular la educación continua y la actualización, al motivar las buenas prácticas profesionales y de las ocupaciones. Este proceso se debe fundamentar en el acompañamiento y la asesoría, a partir de planes de desarrollo que posibiliten acrecentar la capacidad integral de ser, aprender, hacer y comunicarse. Una dinámica con estas características necesariamente implica mejores condiciones en las instituciones públicas y privadas que prestan servicios de salud, por contar con un personal más preparado y con mayor nivel de satisfacción. Así mismo incide en mejorar el bienestar de la población al estar atendida por un talento humano con un desarrollo integral que garantice idoneidad en la prestación de los servicios.

El proceso de educación continua entendido de esta manera no es compatible con un sistema punitivo basado en el principio de la desconfianza, en el cual los profesionales y en general los trabajadores de la salud se vean abocados a una situación periódica en que ponga en riesgo su derecho al trabajo; esto sería incluso incompatible con las normas constitucionales vigentes.

No tiene sentido un sistema que excluya personal de salud calificado cuando lo que se requiere es ampliar el número de trabajadores para responder al aumento de la cobertura y así garantizar la Universalidad, pilar fundamental de la Ley de Seguridad Social en Salud[5].

Los adultos que ya han recorrido un proceso educativo que pasa por la educación básica, luego la universitaria con pregrado y en muchos casos posgrados, deben insertarse en la educación continua con otra visión distinta a la constricción, pero en la línea de la motivación para su desarrollo y mejoramiento. Esto no impide la creación de mecanismos para detectar incompetencias básicas que se constituyen en peligro para la población. Allí estarían los tribunales de ética médica y de otras profesiones de la salud así como los procesos de evaluación y seguimiento institucional. La vigilancia epidemiológica es otra de las herramientas que da cuenta de las dificultades y problemáticas y señala dónde es necesaria la intervención y cuál sería la pertinente.

Corresponsabilidad

Si se parte de entender que la formación permanente beneficia al trabajador de la salud, las instituciones prestadoras de servicios (IPS), las Empresas Sociales del Estado (ESE), las Empresas Promotoras de Salud (EPS), al Estado en el desarrollo de sus políticas de salud y primordialmente a la población, el compromiso con esas acciones debe ser compartido por los diversos actores del sistema para evitar que recaiga en forma exclusiva en los trabajadores y sus familias.

En el artículo 54 de la Constitución se estipula: "Es obligación del Estado y de los empleadores ofrecer formación y habilitación profesional y técnica a quienes lo requieran".

Por lo tanto, la ley debe contemplar la concurrencia de las entidades empleadoras en la financiación de la educación continua.

Incentivos

Para los trabajadores se proponen estímulos tales como: complementos salariales y bonificaciones, año sabático, subsidios extralaborales, patrocinio a la participación en congresos y eventos académicos, subsidios para bienestar social y familiar, flexibilidad laboral entendida en la asignación de horarios y lugares de trabajo, facilidades para la investigación, acceso a cargos directivos, publicaciones, actividades culturales, escalafón docente, reconocimientos laborales y académicos[6].

---

5 Colombia. Congreso de la República. Artículo 2° de la Ley 100 de 1993, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso, 1993.

6 República de Colombia. Ministerio de Salud. La formación del personal de salud en Colombia. Un reto al futuro. Bogotá: Tecnopress Ediciones Ltda., 2002, p. 135.

Para las entidades empleadoras, ESE, entidades territoriales, las universidades, las EPS se pueden considerar los siguientes incentivos: reducción o exenciones de gravámenes tributarios, recursos públicos con destinación a programas de educación continua, vinculación a mecanismos que permitan el acceso a recursos de cofinanciación para la habilitación, participación en programas de innovación tecnológica, investigación y desarrollo y divulgación de estándares de calidad de la educación continua que generen reconocimiento público[7].

Fundamento Constitucional y Legal

El artículo 26 de la Constitución Política establece que "*Toda persona es libre de escoger profesión u oficio.* La ley podrá exigir títulos de idoneidad. Las autoridades competentes inspeccionarán y vigilarán el ejercicio de las profesiones. Las ocupaciones, artes y oficios que no exijan formación académica son de libre ejercicio, salvo aquellas que impliquen un riesgo social".

"Las profesiones legalmente reconocidas pueden organizarse en colegios. La estructura interna y el funcionamiento de estos deberán ser democráticos. La ley podrá asignarles funciones públicas y establecer los debidos controles".

Ley 1164 de 2007, más conocida como Ley de Talento Humano en Salud, fue enfática en exigir la calidad de los trabajadores del sector así como la necesidad de su constante formación para contar con individuos idóneos y continuamente formados en las materias relacionadas con su saber.

El artículo 23 de la Ley 1164 establece "Del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud. Créase el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud consistente en la inscripción que se haga al Sistema de Información previamente definido, del personal de salud que cumpla con los requisitos establecidos para ejercer como lo señala la presente ley, proceso con el cual se entiende que dicho personal se encuentra certificado para el ejercicio de la profesión u ocupación, por el período que la reglamentación así lo determine. En este registro se deberá señalar además la información sobre las sanciones del personal en salud que reporten los Tribunales de Ética y Bioética según el caso; autoridades competentes o los particulares a quienes se les deleguen las funciones públicas".

Artículo 24. De la identificación única del Talento Humano en Salud. Al personal de la salud debidamente certificado se le expedirá una tarjeta como Identificación Única Nacional del Talento Humano en Salud, la cual tendrá una vigencia definida previamente para cada profesión y ocupación y será actualizada con base en el cumplimiento del proceso de recertificación estipulado en la presente ley.

Demanda de la Ley 1164 de 2007

El señor Diego Marín Charris interpone acción pública de inconstitucionalidad en contra del artículo 25 de la Ley 1164 de 2007 y, por unidad normativa, contra los artículos 10, literal d) y parágrafo 1º parcial, y 24, también parcial de esa misma normativa, por cuanto los considera contrarios a los artículos 152 ordinal a), 153, 25 y 26 de la Carta Política.

"El actor señala que las normas demandadas son inconstitucionales no sólo por vicios en el trámite, sino por vicios de fondo".

"En cuanto a los vicios de trámite, dijo que el establecimiento de un proceso de recertificación de los profesionales de la salud es un asunto propio de una ley estatutaria, puesto que, de acuerdo con lo dispuesto en el literal a) del artículo 152 de la Constitución, los proyectos referidos a derechos y deberes fundamentales deben ser tramitados y regulados mediante ley especial. Y, como, a juicio del demandante, en este caso es claro que la ley se refiere al núcleo esencial del derecho fundamental a escoger profesión y oficio, es lógico concluir que debió tramitarse con el procedimiento previsto en la Constitución para las leyes estatutarias. Para sustentar su premisa, el demandante citó apartes de la Sentencia C-425 de 1994, según la cual debe ser desarrollada por una ley estatutaria *"la afectación producida por un precepto jurídico, que limite, restrinja, excepciones o prohíba el núcleo esencial de un derecho fundamental*".

"En efecto, las normas acusadas afectan, en su opinión, el núcleo esencial del derecho fundamental a la libre escogencia de profesión u oficio establecido en el artículo 26 del Estatuto Superior, entre otras, por las siguientes razones: (i) se crea una carga adicional, desproporcionada, accesoria y desigual frente a otras profesiones u ocupaciones, situación que afecta la decisión vital de dedicar la vida a los servicios de salud, (ii) en los casos en que se ha elegido y se ha adquirido el título profesional en el área de la salud, título avalado por el Estado, se constriñe a demostrar la capacidad y conocimientos en forma periódica para poder desempeñarse en el campo elegido, (iii) el condicionamiento del ejercicio de la profesión a los procesos de recertificación implica una inestabilidad profesional, familiar y económica de los egresados de las ciencias de la salud y (iv) obliga a los profesionales de la salud a costear cursos de especialización, cuando es sabido, los bajos salarios de los profesionales de la salud.

"Finalmente, la Sala reitera que la inconstitucionalidad que se ha constatado de la consagración de la recertificación para los profesionales de la salud no reside en el hecho de que el legislador hubiere excedido su facultad de inspección y vigilancia sobre las profesiones o que la Corte no hubiere reconocido la potestad para exigir títulos de idoneidad cuando el ejercicio de las mismas genera riesgos sociales, puesto que podría ser válido constitucionalmente que el legislador cambie, modifique o renueve los requisitos para el ejercicio de una profesión. El problema de las disposiciones acusadas se circunscribe al hecho de que fueron aprobadas mediante ley ordinaria a pesar de que regulaban el núcleo esencial de los derechos a ejercer la profesión y al trabajo de los profesionales de la salud, por lo que debían ser tramitadas mediante ley estatutaria.

"Ahora, aunque si bien es cierto es válido constitucionalmente que el legislador busque garantizar la idoneidad permanente de los profesionales de la salud y la calidad del personal en la prestación de los servicios de salud y que para ello podría exigirles cursos de actualización o de evaluación, no lo es menos que el impacto de la medida debe ser suficientemente analizado y ponderado por el legislador

7 *Ibíd.* P. 129.

estatutario, de tal forma que se apruebe con la participación mayoritaria exigida en la Constitución y el consenso político requerido al diseñar un proceso de evaluación permanente de conocimientos y destrezas que puede generar la prohibición o el impedimento del ejercicio de una profesión que fue autorizada por el Estado y que ha sido desempeñada por muchos años como medio de vida y de realización personal de los profesionales de la salud."

Conclusión

En mérito de lo expuesto en las anteriores consideraciones, nos permitimos presentar a la honorable Plenaria de la Cámara de Representantes, la siguiente:

Proposición

Dese segundo debate al **Proyecto de ley número 098 de 2009 Cámara**, *por medio de la cual se establecen principios, criterios, características y procedimientos para la educación continua de los profesionales, tecnólogos, técnicos, auxiliares y ocupaciones en salud y se dictan otras disposiciones*, de conformidad con el texto aprobado en la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes.

Atentamente,

Jaime Armando Yepes Martínez, Jorge Ignacio Morales Gil Ponentes.

TEXTO EN PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 098 DE 2009 CÁMARA

(Aprobado en la Sesión del día 6 de octubre de 2009 en la Comisión VII de la honorable Cámara de Representantes)

por medio de la cual se establecen principios, criterios, características y procedimientos para la educación continua de los profesionales, tecnólogos, técnicos, auxiliares y ocupaciones en salud y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de la República de Colombia

LEGISLA:

TÍTULO I.

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1°. *Objeto*. La presente ley tiene por objeto mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud y garantizar el derecho de los trabajadores del sector para acceder a los programas de educación continua. Lo anterior permitirá dignificar el desempeño del talento humano, propender por la buena práctica de las profesiones, disciplinas y ocupaciones en el área de la salud y el desarrollo personal y profesional de estos trabajadores.

Artículo 2°. *Profesionales, técnicos, tecnólogos y auxiliares sujetos de educación continua*.

Para la presente ley se consideran como talento humano en salud las siguientes profesiones, disciplinas y ocupaciones:

1. Profesionales con sus respectivos postgrados:

a) Bacteriología

b) Enfermería

c) Fisioterapia

d) Fonoaudiología (Terapia del Lenguaje)

e) Instrumentación Quirúrgica

f) Medicina

g) Nutrición y Dietética

h) Odontología

i) Optometría

j) Psicología

k) Química Farmacéutica

l) Salud Ocupacional

m) Terapia Ocupacional

n) Terapia Respiratoria

o) Ingeniería Biomédica

2. Profesionales con especialización en Salud Ocupacional

3. Técnicos y Tecnólogos con sus respectivos postgrados:

a) Técnico en Prótesis y/o Mecánica Dental

b) Técnico o Tecnólogo de Farmacia y similares

c) Técnico en Gerontología

d) Técnico en Salud Ocupacional

e) Técnico en Imageneología, Rayos X, Encefalografía o Electrocardiografía

f) Técnico en Atención Prehospitalaria de Urgencias Médicas

g) Tecnólogo en Salud Ambiental

h) Tecnólogo en Promoción de la Salud

i) Tecnólogo en Citohistología

j) Tecnólogo en Salud Ocupacional

4. Auxiliares del área de la salud de conformidad con el Decreto 3616 de 2005:

a) Auxiliar en Enfermería

b) Auxiliar en Salud Oral

c) Auxiliar en Administración en Salud

d) Auxiliar en Salud Pública

e) Auxiliar de Servicios Farmacéuticos

5. Las demás que determine el Consejo Nacional del Talento Humano en Salud o el organismo que haga sus veces.

TÍTULO II.

DE LA EDUCACIÓN CONTINUA

Artículo 3°. *Definición*. Es un proceso educativo de actualización y perfeccionamiento continuo, sostenido y verificado. Se realiza mediante un conjunto de actividades formativas, cuya finalidad es mantener y desarrollar con principios éticos los conocimientos, habilidades, técnicas, la comunicación y la sensibilidad moral.

Parágrafo. La presente ley tendrá en cuenta los criterios establecidos por la Ley 30 de 1992 y 115 de 1994.

Artículo 4°. *Principios*

1. Dignificación de las profesiones, ocupaciones y oficios: el proceso de educación continua debe partir de considerar el trabajo como elemento esencial de la razón de ser de los trabajadores y de su proyecto de vida, más que un medio de subsistencia. Por lo tanto, el trabajo debe ser el espacio de despliegue de las potencialidades de los trabajadores derivadas de sus capacidades y su nivel de formación.

2. Bienestar: entendido como desarrollo integral que propicia la satisfacción y la solución de necesidades del talento humano en salud; debe ser la base sobre la cual se organice la educación continua de los profesionales, los tecnólogos, técnicos y auxiliares del área de la salud. El bienestar en estos términos se reflejará en el desempeño laboral, en la calidad de la atención y en la calidad de vida del prestador, del paciente y en el clima organizacional.

3. Flexibilidad: tiene en cuenta las diferencias de la práctica profesional y ocupacional con distintos énfasis en las competencias desarrolladas según la complejidad y diversidad de los escenarios de desempeño.

4. Corresponsabilidad: la educación continua será financiada por el Estado, las entidades emplea-

doras, las Empresas Promotoras de Salud (EPS), las universidades y los entes territoriales al entenderse que estos procesos inciden en la calidad de la atención y por lo tanto benefician a la población; será un insumo para la habilitación y acreditación de las instituciones del sector salud.

Artículo 5°. *Características de la educación continua:*

1. Individualidad: se realizará de manera individual por cada profesional, técnico, tecnólogo o auxiliar en el contexto de procesos institucionales que estén articulados con objetivos misionales de la entidad y con las necesidades en salud de las poblaciones.

2. Responsabilidad institucional: el Estado, las entidades empleadoras, las EPS, las universidades y los entes territoriales tienen la responsabilidad de destinar recursos para la educación continua de su talento humano. Lo anterior se sustenta en el artículo 54 de la Constitución Política de Colombia. Debe existir una veeduría que garantice la utilización adecuada de los recursos. También el trabajador de la salud tiene la responsabilidad social y la obligación de mantener vigente su idoneidad mediante estos programas. Para estimular la creación, el mantenimiento y la calidad de la educación continua se establecerá una serie de incentivos para las entidades empleadoras, Empresas Sociales del Estado (ESE), entidades territoriales, las universidades y las EPS.

3. Evaluación: será de carácter integral, por lo tanto incluirá aspectos disciplinares, éticos, humanísticos y de comunicación. Debe conducir a un plan de mejoramiento que garantice la vigencia de la idoneidad del trabajador y obligue tanto a este como al empleador.

Es indispensable que las actividades de educación continua sean evaluadas mediante un sistema de asignación de créditos que refleje la evolución de la educación. Además será acumulable y facilitará la movilidad y el reconocimiento internacional. Se reglamentará un sistema de créditos acordes con la complejidad de cada profesión y oficio. Los créditos logrados garantizarán al talento humano el acceso a un régimen de estímulos e incentivos de carácter académico, económico y laboral.

4. Responsabilidad social: el número de créditos acumulados por el talento humano hará parte de los criterios que deben considerarse en los procesos de habilitación y acreditación de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP). Sin detrimento de otros factores necesarios en esos procesos.

5. Acumulación: el número de créditos cursados por cada uno de los trabajadores de la salud tendrá carácter sumativo durante su vida laboral independiente de las instituciones y las áreas en las cuales se desempeñe.

6. Gradualidad: los empleadores deben estimular, facilitar y garantizar que cada uno de sus trabajadores avance en su proceso de formación continua. Y estos a su vez tendrán el deber de participar y buscar su propio desarrollo integral.

7. Pertinencia: la educación continua debe tener correspondencia con los perfiles epidemiológicos de las distintas regiones del país con el fin de impactar los problemas prioritarios en salud; atenderá las necesidades del individuo, la familia y la comunidad y contemplará el espacio de desempeño del trabajador y consultará los planes de acción y desarrollo institucional.

8. Universalidad: es un derecho y un deber de cada uno de los trabajadores y una obligación de todas las entidades empleadoras e intermediarias de la salud.

9. Equidad: al considerar las condiciones y las necesidades de los trabajadores de la salud, de las entidades y las comunidades sin ningún tipo de discriminación y al corregir las desigualdades existentes.

10. Integralidad: con la articulación de las distintas dimensiones del proceso educativo, que incluya aspectos humanísticos, éticos, culturales, sociales y políticos.

Parágrafo: En el caso de las cooperativas de trabajo asociado, todas las entidades del sector solidario de la economía y demás entidades que ejercen intermediación laboral en el sector de la salud no podrán trasladar la financiación de la educación continua a sus asociados y tendrán las mismas obligaciones de las demás entidades empleadoras del orden público o privado.

Artículo 6°. *Criterios para la educación continua.* Se tendrán en cuenta los siguientes criterios.

1. Accesibilidad: garantizará un sistema de información y difusión de la oferta que cubra todo el territorio colombiano. Además, establecerá la oferta de programas de educación continua en todas las regiones y especialmente aquellas de difícil acceso y con poblaciones vulnerables.

2. Oferta: las entidades oferentes serán las universidades acreditadas y las asociaciones científicas que cuenten con programas acreditados. Estas podrán establecer convenios con otras entidades o instituciones públicas o privadas y organismos de carácter nacional e internacional. En el caso de la educación continua para tecnólogos, técnicos y auxiliares serán el Sena y las demás instituciones de formación para el trabajo debidamente acreditadas.

3. Flexibilidad pedagógica: los procesos de educación continua se realizarán mediante diversas modalidades pedagógicas, medios de comunicación y tecnologías de información y comunicación.

4. Calidad: el referente es el Ministerio de la Educación Nacional quien aplicará los estándares de calidad establecidos.

Artículo 7°. *Gestión de la educación continua en salud*. Para todos los efectos de la presente ley, el Consejo Nacional de Talento Humano en Salud será el organismo encargado de asesorar las políticas de educación continua en salud como planeación, políticas de aseguramiento de la calidad, veeduría y evaluación.

Artículo 8°. *Financiación*. Los recursos necesarios para el desarrollo de lo planteado en la presente ley provendrán del presupuesto de las entidades públicas y privadas con el apoyo del Estado a través de la subcuenta de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Además, se tendrá en cuenta líneas de financiamiento para programas de este tipo mediante el acceso a recursos pertenecientes al Sistema General de Participaciones -SGP- correspondientes a libre destinación. (Capítulo IV, Ley 715/01). Los incentivos serán aportados por el gobierno central y entidades territoriales, que asignarán recursos del rubro de libre destinación a los programas de educación continua.

Artículo 9°. *Reglamentación*. En los seis meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, el Gobierno Nacional reglamentará los procedimientos para la implementación y desarrollo de la educación continuada por créditos.

TÍTULO VI.
OTRAS DISPOSICIONES

Artículo 10. *Vigencia*. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación en el ***Diario Oficial*** y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Del honorable Representante,

Jorge Ignacio Morales Gil, Jaime Armando Yépez Martínez Ponentes.

SUSTANCIACIÓN AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 098 DE 2009 CÁMARA

por medio de la cual se establecen principios, criterios, características y procedimientos para la educación continua de los profesionales, tecnólogos, técnicos, auxiliares y ocupaciones en salud y se dictan otras disposiciones.

En la Sesión Ordinaria de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la honorable Cámara de Representantes del día 6 de octubre de 2009, de conformidad con las prescripciones constitucionales y legales, especialmente las contenidas en la Ley 5ª de 1992 (Reglamento del Congreso), se dio inicio a la discusión del **Proyecto de ley número 098 de 2009 Cámara**, *por medio de la cual se establecen principios, criterios, características y procedimientos para la educación continua de los profesionales, tecnólogos, técnicos, auxiliares y ocupaciones en salud y se dictan otras disposiciones*.

Autor: honorable Representante Jorge Ignacio Morales Gil.

La Mesa Directiva de esta Comisión designó como Ponente para primer debate del Proyecto de ley número 098 de 2009 Cámara al honorable Representante Jorge Ignacio Morales Gil y Jaime Armando Yépez Martínez.

El Proyecto en mención fue publicado en la ***Gaceta del Congreso*** número 691 de 2009 y la ponencia para primer debate de Cámara, en la ***Gaceta del Congreso*** número 901 de 2009. El **Proyecto de ley número 098 de 2009 Cámara** fue **anunciado** en la sesión del día 22 de septiembre 2009, según Acta número 7.

Una vez leída la proposición con la que termina el informe de ponencia para primer debate del **Proyecto de ley número 098 de 2009 Cámara**, firmada por los honorables Representantes, Jorge Morales Gil y Jaime Armando Yépez Martínez es aprobado por unanimidad, con votación positiva de 12 honorables Representantes (Anexo llamado a lista)

La Presidencia de la Comisión somete a consideración y aprobación el articulado del **Proyecto de ley número 098 de 2009 Cámara**, para primer debate, que consta de (10) diez artículos, se aprobó la votación en bloque por unanimidad, con votación positiva de 11 honorables Representantes (Anexo llamado a lista y votación.).

Posteriormente se somete a consideración el título de la iniciativa, el cual fue aprobado de la siguiente manera: *por medio de la cual se establecen principios, criterios, características y procedimientos para la educación continua de los profesionales, tecnólogos, técnicos, auxiliares y ocupaciones en salud y se dictan otras disposiciones* con votación positiva de 13 honorables Representantes (Anexo votación).

Finalmente, el Presidente pregunta a los honorables Representantes si quieren que este Proyecto de Ley tenga segundo debate y contestan afirmativamente 13 honorables Representantes, siendo designados como Ponentes para segundo debate los honorables Representantes Jorge Morales Gil y Jaime Armando Yépez Martínez. La Secretaria deja constancia que este proyecto de ley fue votado por la mayoría que la ley establece.

La relación completa de la aprobación en primer debate del **Proyecto de ley número 098 de 2009 Cámara**, *por medio de la cual se establecen principios, criterios, características y procedimientos para la educación continua de los profesionales, tecnólogos, técnicos, auxiliares y ocupaciones en salud y se dictan otras disposiciones,* consta en el Acta número 9 del (6-10-2009) seis de octubre de 2009 de la Sesión Ordinaria del Primer Periodo de la Legislatura 2009-2010.

El Presidente,

Rodrigo Romero Hernández.

El Vicepresidente,

Venus Albeiro Silva Gómez.

El Secretario Comisión Séptima,

Rigo Armando Rosero Alvear.

Bogotá D. C., seis de octubre de dos mil nueve (6-10-2009).

En los siguientes términos fue aprobado el proyecto de ley número 098 de 2009 Cámara, por medio de la cual se establecen principios, criterios, carácteristicas y procedimientos para la educación continua de los profesionales tecnólogos, técnicos auxiliares y ocupaciones en salud y se dictan otras disposiciones. Autor: honorable Representante Jorge Ignacio Morales, con sus (10) artículos.

El Presidente,

Rodrigo Romero Hernández.

El Vicepresidente,

Venus Albeiro Silva Gómez.

El Secretario Comisión Séptima,

Rigo Armando Rosero Alvear.

* * *

INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 136 DE 2009 CÁMARA

por medio de la cual se modifica el literal b) del artículo 223 de la Ley 100 de 1993.

Bogotá, D. C., mayo 18 de 2010

Doctor

RIGO ARMANDO ROSERO ALVEAR

Secretario

Comisión Séptima

Honorable Cámara de Representantes

Ciudad

Referencia: **Proyecto de ley número 136 de 2009 Cámara**, *por medio de la cual se modifica el literal b) del artículo 223 de la Ley 100 de 1993.*

Respetado doctor Rosero

En cumplimiento a la honrosa designación que me hiciera la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente, me permito presentar a consideración de la Plenaria de la honorable Cámara de Representantes para su discusión y aprobación, informe de Ponencia para Segundo Debate al **Proyecto de ley número 136 de 2009 Cámara**, *por medio de la cual se modifica el literal b) del artículo 223 de la Ley 100 de 1993.*

Atentamente,

El Representante a la Cámara,

César Humberto Londoño Salgado,

Ponente.

PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE
AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 136
DE 2009 CÁMARA

por medio de la cual se modifica el literal b) del artículo 223 de la Ley 100 de 1993.

Bogotá D. C., mayo 18 de 2009

Doctor

RODRIGO ROMERO HERNÁNDEZ

Presidente

Comisión Séptima

Cámara de Representantes

Ciudad

Referencia: **Proyecto de ley número 136 de 2009 Cámara**, *por medio de la cual se modifica el literal b) del artículo 223 de la Ley 100 de 1993.*

Respetado doctor Romero.

En cumplimiento a la honrosa designación que me hiciera la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente, me permito presentar a consideración de la Plenaria de la Honorable Cámara de Representantes para su discusión y votación, el Informe de Ponencia para Segundo Debate al **Proyecto de ley número 136 de 2009 Cámara**, *por medio de la cual se modifica el literal b) del artículo 223 de la Ley 100 de 1993*, previa las siguientes consideraciones:

Objetivo del proyecto

El proyecto de ley objeto de análisis tiene como finalidad modificar el artículo 223 de la Ley 100 de 1993, en relación con los componentes que integran la tarifa que pagan los ciudadanos propietarios de vehículos y motocicletas, al momento de adquirir y/o renovar el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, (SOAT).

Origen del proyecto

El Proyecto de ley número 136 de 2009 Cámara, fue presentado por el honorable Senador de la Republica, Antonio Guerra de la Espriella, ante la Secretaría General de la Cámara de Representantes.

Contenido del proyecto

El presente proyecto de ley sometido a consideración del honorable Congreso de la República, consta de dos artículos. El artículo 1° incluye la modificación que se propone al literal b) del artículo 233 de la Ley 100 de 1993, por su parte el artículo 2° se ocupa de la vigencia de la correspondiente ley.

Consideraciones generales

El Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, comúnmente conocido como SOAT, es un seguro de carácter obligatorio que tal y como su nombre lo indica deben adquirirlo los propietarios de vehículos automotores que pretendan transitar por el territorio colombiano. Este seguro ampara los daños corporales causados a las personas como resultado de un accidente de tránsito, ya sean peatones, pasajeros o conductores.

El SOAT se materializa en un documento que todos los conductores deben llevar consigo al momento de conducir sus vehículos, no solo debido a sanciones que acarrea el no portarlo[1], sino porque representa un elemento de seguridad social muy importante al momento de ocurrir un accidente automovilístico.

Gracias al SOAT, el conductor, los pasajeros del vehículo y los peatones afectados pueden recibir atención médica en cualquier centro de salud o entidad hospitalaria pública o privada con cargo a dicha póliza.

Vale la pena analizar qué sucede en caso de presentarse un accidente de tránsito y cuáles son los cubrimientos que brinda el SOAT. En primer término dicho seguro debe cubrir la prestación de los servicios médicoquirúrgicos hasta un máximo de 500 veces el salario mínimo legal diario vigente al momento del accidente.

De igual forma el SOAT debe cubrir los gastos de transporte y movilización de la víctima, hasta un máximo de (10) veces el salario mínimo legal diario vigente al momento de la ocurrencia del accidente.

Cabe entonces preguntarse qué ocurre cuando se agota la cuantía para los servicios de atención médicoquirúrgica, y los daños o las lesiones causadas en el accidente superan las coberturas anteriores ¿quién debe pagar el excedente?

En estos casos la entidad hospitalaria o clínica tendrá que reclamar ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, concretamente con cargo a la subcuenta de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito, hasta un máximo equivalente a 300 salarios mínimos diarios legales vigentes al momento del accidente.

Si aún persisten gastos por cubrir y los costos de atención a las lesiones causadas superan los 800 salarios mínimos legales diarios vigentes, el excedente será asumido por la Empresa Promotora de Salud (EPS) o la Entidad de Medicina Prepagada a la cual esté afiliada la víctima o por el responsable del accidente. En caso de accidente de tránsito calificado como accidente de trabajo, el excedente lo reconocerá la Administradora de Riesgos Profesionales (ARP).

Teniendo claridad sobre los montos de los cubrimientos del SOAT, pasemos ahora en nuestra exposición de motivos, a estudiar los componentes que integran la tarifa que pagan los ciudadanos propietarios de vehículos al momento de adquirirla, para lo cual utilizaremos el siguiente ejemplo[2]:

Actualmente Tipo de Vehículo Motocicleta de 100 a 200 centímetros cúbicos
Tipo de Vehículo Motocicleta de 100 a 200 centímetros cúbicos - Costo total del SOAT - $275.500.00 - Valor pagado por concepto de Póliza - $183.483.00 - Valor pagado con destino al FOSYGA - $ 91.741.00 (*Pagado por el usuario*) - Valor pagado con destino al FOSYGA - $36.696.00 (*Pagado por la compañía de seguros*) - Valor con destino al Fondo de Prevención Vial - $ 5.504.00
A partir de la aprobación del Proyecto de ley 136/09 Tipo de Vehículo Motocicleta de 100 a 200 centímetros cúbicos

[1] La sanción establecida para los conductores que no porten el SOAT vigente, ha sido establecida en (10) salarios mínimos legales diarios y puede causar la inmovilización del vehículo.

[2] Ejemplo tomado, Periódico *El Tiempo,* edición, sábado 2 de febrero de 2008, pagina C 4.

Tipo de Vehículo
Motocicleta de 100 a 200 centímetros cúbicos
- Costo total del SOAT - $211.281.oo
- Valor pagado por concepto de Póliza - $183.483.00
- **Valor pagado con destino al FOSYGA - $27.552.00 (*Pagado por el usuario*)**
- Valor pagado con destino al FOSYGA - $36.696.00 (*Pagado por la compañía de seguros*)
- Valor con destino al Fondo de Prevención Vial - $5.504.00
REDUCCIÓN DEL SOAT TOTAL DE $64.219.00.
REDUCCIÓN EN LA TARIFA DEL 23.3%

Siguiendo el ejemplo, en términos porcentuales podemos obtener las siguientes conclusiones:

Del valor total que los ciudadanos pagan por el SOAT:

– El **66.6%** - corresponde al valor pagado por concepto de Póliza.

– El **50%** - de la tarifa pagada por concepto de póliza, corresponde a una contribución con destino al FOSYGA, que se realiza de manera directa por el ciudadano.

– El **20%** - de la tarifa pagada por concepto de póliza corresponde a una contribución adicional con destino al FOSYGA, que resulta del valor de la póliza que ha sido pagada por el propietario del vehículo y es aportada por la compañía de seguros a dicho fondo.

– El **3%** sobre las primas emitidas es destinado al Fondo de Prevención Vial, lo que equivale al 2% del total recaudado por concepto de SOAT.

El análisis anterior nos permite afirmar que en la actualidad el FOSYGA recibe en términos porcentuales, el **47%** del total de los recursos recaudados en nuestro país por concepto de Seguro Obligatorio SOAT.

Para tener una idea de la magnitud de la cifra recaudada año a año por este concepto, podemos observar según datos entregados por la Superintendencia Financiera que para el año 2007, el FOSYGA recibió recursos por un valor equivalente a $**585.000. millones de pesos**, tal y como lo indica la información obtenida. Se estima que a diciembre 31 de 2007, el FOSYGA atesoraba fondos disponibles por un monto superior al **billón 400 mil pesos**, los cuales no ha ejecutado y le han reportado una rentabilidad a dicho fondo por monto aproximado superior a los **151 mil millones de pesos**.[3]

La situación anterior ha motivado la presentación de esta iniciativa legislativa, la cual pretende reducir el porcentaje en que debe contribuir un ciudadano al FOSYGA cuando adquiere el Seguro Obligatorio para su vehículo, tal y como lo establece el literal b) del artículo 223 de la Ley 100 de 1993, para este caso en particular.

Existen entonces hoy día razones evidentes que hacen insostenible para los aportantes el mantenimiento del aporte en niveles tan elevados como los actuales que se encuentran en el 50 %; niveles de esta naturaleza afectan directamente a los ciudadanos, generan excedentes de recaudo a favor del Estado los cuales contrastan con la ejecución que el mismo da a estos recursos a través de FOSYGA; una muestra palpable de esta situación la representa el hecho de que en el año 2007, el mencionado fondo tuvo recaudos en cifra superior a los $585.000 mil millones de pesos y en el transcurso de ese mismo año el encargo fiduciario que maneja estos recursos, solo ejecutó $84.000 mil millones.

Señores congresistas, las cifras son contundentes y evidencian una preocupante situación, mucho más aún si tenemos en cuenta que estos recursos recaudados a la fecha ni siquiera están siendo utilizados por el Gobierno en los rubros para los cuales fueron creados, tal como lo es la atención del mejoramiento de la red hospitalaria de urgencias nacional.[4]

De otra parte preocupa más la situación si evaluamos el impacto que está teniendo esta contribución sobre la población, es decir, si observamos sobre cuáles sectores de la población recae en mayor medida el pago por este concepto. Según cifras entregadas por la Superintendencia Financiera al mes de Noviembre de 2007, fecha desde la cual hemos insistido en esta iniciativa, del total de **4.110.915** vehículos asegurados, **1.317.083** corresponde a vehículos familiares, **1.584.979** a motocicletas, **521.413** a campero y camionetas, **312.430** a carga o mixto, **226.100** a autos de negocio y taxis, **59.394** a buses y busetas de servicio público urbano, **51.339** a servicio público intermunicipal, **21.451** a vehículos para seis o más pasajeros, y **16.719** a vehículos especiales. Como se puede observar las cifras son elocuentes y la tendencia año a año se mantiene, se puede concluir que la citada contribución recae en mayor medida sobre los estratos medios y bajos de la población que se ven representados en la muestra como vehículos familiares y motocicletas los cuales representan el **70.5%** de los vehículos asegurados en el 2007, alcanzado el número total de **2.902.057** vehículos. Las sumas de dinero que han sido pagadas por los propietarios sin distingo o consideración de estrato o clase social, se han cobrado por el hecho concreto de la utilización de un vehículo como medio de transporte y ni pensar los efectos multiplicadores en términos de costos al transporte de los alimentos y en la economía en general.

Por ningún motivo se pretende desconocer las necesidades de la red hospitalaria de urgencias en nuestro país, al contrario este proyecto de ley las reconoce y busca precisamente hacer un llamado al Gobierno Nacional para que ejecute oportuna y racionalmente los recursos hoy disponibles los cuales al parecer son suficientes en la medida que se encuentran generando tan altos excedentes; en adelante el país requiere que las autoridades competentes asuman su responsabilidad de administrar estos recursos y programen su ejecución de acuerdo con las necesidades existentes, y lo más importante, de acuerdo con los niveles de riesgo y accidentalidad que se presente.

Hoy día sometemos a su consideración y estudio este proyecto, que busca otorgar un justificado alivio en la tarifa que millones de ciudadanos deben pagar al cubrir los riesgos de la utilización de un vehículo automotor llámese automóvil, campero, camión, o motocicleta entre otros; dicha póliza debe ser adquirida de manera obligatoria, so pena de quedar expuestos a multa y en algunos casos hasta la inmovilización de sus vehículos.

Por tal motivo proponemos la **reducción del 50% al 15% sobre el valor pagado por concepto de póliza**, como contribución que pagarán los ciuda-

[3] Según una investigación realizada por un grupo investigativo del periódico *El Tiempo* Publicada en su edición del día sábado, 2 de febrero de 2008.

[4] Literal c). Artículo 223º Ley 100de 1993.

danos con destino al FOSYGA, cuando adquieran o renueven el Seguro Obligatorio para Accidente de Tránsito, (SOAT).

Finamente consideramos prudente recordar que en su momento, durante la expedición de la Ley 100 de 1993 y la consecuente creación del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, se encontró la necesidad de crear un mecanismo transitorio para la recolección y generación de recursos para alimentar el FOSYGA, esto con el fin de que este fondo pudiera disponer de recursos, para cumplir con las necesidades existentes y mejorar la red hospitalaria de urgencias; hoy día ese objetivo ya ha sido cumplido en cuanto los niveles de recaudo, a tal punto que el Gobierno se ha visto obligado año a año a invertir estos recursos en TES u otros títulos de rentabilidad; por tal razón creemos que ha llegado la hora de reducir los porcentajes vigentes y con esto aliviar de alguna manera la carga impositiva y de gastos que soportan los ciudadanos que son propietarios de vehículos y porque no reconocerlo de manera indirecta millones de familias Colombianas, que año a año se ven en problemas cuando se vence el SOAT. La presente iniciativa es presentada muy apropósito de las también elevadas y para muchos desmedidas alzas de los combustibles que han venido soportando los ciudadanos durante los últimos años en nuestro país.

Según el concepto del Ministerio de Transporte, basándose en las cifras presentadas por la Superintendencia Financiera, hoy se tienen excedentes de recursos provenientes por este concepto que ha permitido la colaboración en TES, obteniendo altos rendimientos. No podemos dejar de lado la situación económica que tanto el país como los ciudadanos atraviesan en esta época, es así que compartimos plenamente esta iniciativa legislativa dado que su contenido constituye un alivio en la tarifa que millones de ciudadanos deben pagar al cubrir los riegos de la utilización de un vehículo automotor, cuyas pólizas son adquiridas de manera obligatoria, so pena de hacerse acreedor a las sanciones que la ley previo para estos casos.

Conclusión

En mérito de lo expuesto en las anteriores consideraciones, me permito presentar a la Plenaria de la honorable Cámara de Representantes la siguiente proposición

Proposición

Dar segundo debate al **Proyecto de ley número 136 de 2009 Cámara**, *por medio de la cual se modifica el literal b) del artículo 223 de la Ley 100 de 1993*, sin modificaciones al texto originalmente presentando.

Atentamente,

El Representante a la Cámara,

César Humberto Londoño Salgado,

Ponente.

TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 136 DE 2009 CÁMARA

por medio de la cual se modifica el literal b) del artículo 223 de la Ley 100 de 1993.

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. El artículo 223 de la Ley 100 de 1993, quedará de la siguiente forma:

Artículo 223. *Financiación de la subcuenta de enfermedades catastróficas y accidentes de tránsito.*

El cubrimiento de las enfermedades catastróficas definidas en el artículo 166 de la presente Ley se financiará de la siguiente forma:

a) Los recursos del FONSAT, creado por el Decreto-ley número 1032 de 1991, de conformidad con la presente ley;

b**) Una contribución equivalente al 15% del valor de la prima anual establecida para el Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito, que se cobrará en adición a ella;**

c) Cuando se extinga el Fondo de Solidaridad y Emergencia Social de la Presidencia de la República, los aportes presupuestales de este fondo para las víctimas del terrorismo se trasladarán al Fondo de Solidaridad y Garantía.

Parágrafo. Estos recursos serán complementarios a los recursos que para la atención hospitalaria de las urgencias destinen las entidades territoriales.

Artículo 2°. *Vigencia*. La presente ley rige a partir de su promulgación.

Atentamente,

César Humberto Londoño Salgado,

Ponente.

TEXTO EN PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 136 DE 2009 CÁMARA

(Aprobado en la Sesión del día 11 de mayo de 2010 en la Comisión VII de la honorable Cámara de Representantes)

por medio de la cual se modifica el literal b) del artículo 223 de la Ley 100 de 1993.

El Congreso de la República de Colombia

LEGISLA:

Artículo 1°. El artículo 223 de la ley 100 de 1993, quedará de la siguiente forma:

Artículo 223 Financiación de la subcuenta de enfermedades catastróficas y accidentes de tránsito.

El cubrimiento de las enfermedades catastróficas definidas en el artículo 166 de la presente Ley se financiarán de la siguiente forma:

a) Los recursos del FONSAT, creado por el Decreto-ley número 1032 de 1991, de conformidad con la presente ley;

b**) Una contribución equivalente al 15% del valor de la prima anual establecida para el seguro obligatorio de accidente de tránsito, que se cobrará en adición a ella;**

c) Cuando se extinga el Fondo de Solidaridad y Emergencia Social de la Presidencia de la República, los aportes presupuestales de este fondo para las víctimas del terrorismo se trasladarán al Fondo de Solidaridad y Garantía.

Parágrafo. Estos recursos serán complementarios a los recursos que para la atención hospitalaria de las urgencias destinen las entidades territoriales.

Artículo 2°. *Vigencia*. La presente ley rige a partir de su promulgación.

El honorable Representante,

César Humberto Londoño Salgado,

Ponente.

SUSTANCIACIÓN AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 136 DE 2009 CÁMARA

por medio de la cual se modifica el literal b) del artículo 223 de la Ley 100 de 1993.

En la Sesión Ordinaria de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la honorable Cámara de Representantes del día 11 de mayo de 2010, de conformidad con las prescripciones constitucionales y legales, especialmente las contenidas en la Ley 5ª de 1992 (Reglamento del Congreso), se dio inicio a la discusión del **Proyecto de ley número 136 de 2009 Cámara**, *por medio de la cual se modifica el literal b) del artículo 223 de la ley 100 de 1993.*

Autor: Honorable representante Antonio Guerra de La Espriella.

La Mesa Directiva de esta Comisión designó como Ponente para primer debate del Proyecto de ley número 136 de 2009 Cámara, al honorable Representante César Humberto Londoño Salgado

El Proyecto en mención fue publicado en la ***Gaceta del Congreso*** número 832 de 2009 y la ponencia para primer debate de Cámara, en la ***Gaceta del Congreso*** número 13 de 2010. El **Proyecto de ley número 136 de 2009 Cámara** fue anunciado en la sesión del día 4 de mayo de 2010, Acta número 4.

Una vez leída la proposición con la que termina el informe de ponencia para primer debate del **Proyecto de ley número 136 de 2009 Cámara**, firmada por el honorable Representante, César Humberto Londoño, es aprobado por unanimidad, con votación positiva de 12 honorables representantes (Anexo votación).

La Presidencia de la Comisión somete a consideración y aprobación el articulado del **Proyecto de ley número 136 de 2009 Cámara**, para primer debate, que consta de (2) dos artículos, se aprobó votar en bloque por unanimidad, con votación positiva de 12 honorables representantes (Anexo votación).

Posteriormente se somete a consideración el título de la iniciativa, el cual fue aprobado de la siguiente manera, *por medio de la cual se modifica el literal b) del artículo 223 de la Ley 100 de 1993,* con votación positiva de 12 honorables representantes (Anexo votación).

Finalmente, el Presidente pregunta a los honorables Representantes si quieren que este proyecto de ley tenga segundo debate y contestan afirmativamente, siendo designado como Ponente para segundo debate el honorable Representante César Humberto Londoño Salgado. La Secretaría deja constancia que este proyecto de ley fue votado por la mayoría que la ley establece.

La relación completa de la aprobación en primer debate del **Proyecto de ley número 136 de 2009 Cámara**, *por medio de la cual se modifica el literal b) del artículo 223 de la Ley 100 de 1993,* consta en el Acta número 5 del (11-05-2010) once de mayo de 2010 de la Sesión Ordinaria del Segundo Periodo de la Legislatura 2009-2010.

El Presidente,

Rodrigo Romero Hernández.

El Vicepresidente,

Venus Albeiro Silva Gómez.

El Secretario Comisión Séptima,

Rigo Armando Rosero Alvear.

Bogotá D. C., once de mayo de dos mil diez (11-05-2010). En los siguientes términos fue aprobado el **Proyecto de ley número 136 de 2009 Cámara**, *por medio de la cual se modifica el literal b) del artículo 223 de la Ley 100 de 1993.*

Autor: honorable Senador Antonio Guerra de la Espriella, con sus (2) dos artículos.

El Presidente,

Rodrigo Romero Hernández.

El Vicepresidente,

Venus Albeiro Silva Gómez.

El Secretario Comisión Séptima,

Rigo Armando Rosero Alvear.

CONTENIDO

Gaceta número 295 - Viernes, 4 de junio de 2010
CÁMARA DE REPRESENTANTES

Pág.

PONENCIAS

Ponencia para segundo debate y texto aprobado en primer debate al Proyecto de ley número 037 de 2009 Cámara, por medio del cual se establecen procedimientos para permitir en todo el territorio nacional la práctica de la Gestación Sustitutiva mediante las técnicas de reproducción humana asistida y se dictan otras disposiciones..... 1

Ponencia para segundo debate, y texto aprobado en primer debate al Proyecto de ley número 098 de 2009 Cámara, por medio del cual se establecen principios, criterios, características y procedimientos para la educación continua de los profesionales, tecnólogos, técnicos, auxiliares y ocupaciones en salud y se dictan otras disposiciones . 10

Informe de ponencia para segundo debate, texto propuesto y texto al Proyecto de ley número 136 de 2009, Cámara por medio de la cual se modifica el literal b) del artículo 223 de la Ley 100 de 1993 16

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA - 2010