



# GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXI - Nº 387

Bogotá, D. C., viernes, 29 de abril de 2022

EDICIÓN DE 29 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

www.secretariasenado.gov.co

JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO

SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA

www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

## CÁMARA DE REPRESENTANTES

### PONENCIAS

#### INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 264 DE 2021 CÁMARA – 009 DE 2020 SENADO

*por la cual se garantizan los derechos de los cuidadores familiares de personas con discapacidad y adultos mayores, y se dictan otras disposiciones.*

Bogotá D.C abril de 2021

Presidente  
**JAIRO HUMBERTO CRISTO CORREA**  
Comisión Séptima Cámara de Representantes.  
Congreso de la República.  
Ciudad

**Referencia:** Informe de ponencia para primer debate al proyecto de ley No.264 de 2021 Cámara – 009 de 2020 Senado **“POR LA CUAL SE GARANTIZAN LOS DERECHOS DE LOS CUIDADORES FAMILIARES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y ADULTOS MAYORES, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.**

Respetado presidente,

En cumplimiento del encargo hecho por la Honorable Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes del Congreso de la República y de conformidad con lo establecido en el artículo 156 de la Ley 5ª de 1992, nos permitimos rendir informe de ponencia para primer debate del proyecto de ley No.264 de 2021 Cámara – 009 de 2020 Senado **“POR LA CUAL SE GARANTIZAN LOS DERECHOS DE LOS CUIDADORES FAMILIARES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y ADULTOS MAYORES, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.** El presente informe está compuesto por ocho (8) apartes:

- I. Antecedentes en el trámite legislativo del proyecto.
- II. Objeto del proyecto de ley.
- III. Justificación del Proyecto de Ley.
- IV. Antecedentes Internacionales.
- V. Conceptos institucionales.
- VI. Pliego de modificaciones.
- VII. Situaciones que pueden llegar a configurar conflicto de interés.
- VIII. Impacto fiscal.
- IX. Proposición.
- X. Texto propuesto para primer debate.

#### I. ANTECEDENTES EN EL TRÁMITE LEGISLATIVO DEL PROYECTO

El pasado 20 de julio de 2020 fue radicado en la Secretaría General del Senado de la República, el Proyecto de Ley No. 009 de 2020. La iniciativa tiene como autor al Senador Edgar Enrique Palacio Mizrahi y como coautores a los H.S John Milton Rodríguez, el H.S Eduardo Emilio Pacheco y el H.R Carlos Eduardo Acosta Lozano del partido Colombia Justa Libres.

La plenaria del Senado de la República aprobó el proyecto de ley en segundo debate el 11 de agosto de 2021 y fue trasladado a la Secretaría General de la Cámara de Representantes para que continuara su trámite en la Comisión VII de la respectiva corporación; en donde fuimos asignados por parte de la mesa directiva de la Comisión como ponentes los Honorables Representantes Ángela Sánchez leal (coordinadora) y el H.R Mauricio Toro como ponente.

#### II. OBJETO DEL PROYECTO.

Este proyecto de ley tiene por objeto reconocer y garantizar los derechos que tienen los cuidadores y asistentes personales de las personas con discapacidad y adultos mayores que, necesiten del apoyo permanente para realizar las actividades esenciales de su vida diaria.

#### III. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO DE LEY.

El presente proyecto de ley examina los principios generales del Estado Social de Derecho desde la perspectiva del derecho constitucional. Posteriormente, se hace hincapié en el derecho a la salud a la luz de los principios fundamentales de dignidad humana y solidaridad. Tras ello, se da paso a los planteamientos que indican cuál es la situación tanto del cuidador o asistente personal como del receptor de cuidado tratando de mostrar la desprotección relativa de los cuidadores o asistentes personales al interior del sistema jurídico colombiano y su pugna con los principios generales acá examinados. Por último, se abordan las experiencias y propuestas que en torno a su protección han surgido tanto a nivel nacional como internacional, para analizar el impacto de la economía del cuidado en el desarrollo socioeconómico del país.

#### A. SALUD, DIGNIDAD Y SOLIDARIDAD

La salud, al igual que la dignidad humana y la solidaridad, tiene un reconocimiento prioritario en la jurisprudencia constitucional, pero a diferencia de las anteriores, la salud ha sido considerada como un derecho.

En este sentido se pronunciaron las sentencias de la Corte Constitucional T 227 de 2003 y T 171 de 2018, que señalan:

La sentencia T-227 de 2003<sup>1</sup> “Será fundamental todo derecho constitucional que funcionalmente esté dirigido a lograr la dignidad humana y sea traducible en un derecho subjetivo. Es decir, en la medida en que resulte necesario para lograr la libertad de elección de un plan de vida concreto y la posibilidad de funcionar en sociedad y desarrollar un papel activo en ella”.

La sentencia T-171 de 2018<sup>2</sup> ratifica la anterior al decir que la salud es uno de los derechos fundamentales de las personas y que este se basa en la dignidad de humana y en la realización plena del Estado Social de Derecho<sup>3</sup>.

La salud es en sí misma la integridad física y espiritual de la persona natural y en este sentido un derecho que puede ser entendido con componentes objetivos y subjetivos, sin perder por ello su carácter de derecho fundamental, puesto que la salud funcionalmente conduce al logro de la dignidad humana.

Al examinar la salud a la luz de la perspectiva constitucional de la dignidad humana, se hace evidente una estrecha relación. De una parte se encuentra que el goce de buena salud permite el ejercicio de la autonomía en la elección de un proyecto de vida; dicho de otra forma, en la medida la inexistencia de una buena salud constriñe las posibilidades de acción de la persona, esta condición no sólo implica la reducción de las posibilidades en el ejercicio de labores que provean al sujeto de los elementos materiales necesarios para su existencia, sino que representa también una serie de costos económicos en los que se debe incurrir para el tratamiento o cuidado de la condición. Este gasto diferencial genera en la salud una dimensión prestacional que, como lo indica la Corte Constitucional “se materializa con la prestación integral de los servicios y tecnologías que se requieran para garantizar la vida y la integridad física, psíquica y emocional de los ciudadanos”.

De la misma forma que la dignidad humana, el principio de solidaridad vinculado con el derecho a la salud, se hace evidente en pronunciamientos de la Corte Constitucional. En 2015, este organismo señaló: “el principio de solidaridad atribuye a los miembros de una sociedad

<sup>1</sup> Magistrado Ponente: Dr. EDUARDO MONTEALEGRE LYNETT, diecisiete (17) de marzo de dos mil tres (2003). Corte Constitucional, Sala Séptima de Revisión.

<sup>2</sup> Magistrado Ponente: Dra. CRISTINA PARDO SHLESINGER, siete (7) de mayo de dos mil dieciocho (2018). Corte Constitucional, Sala Séptima de Revisión.

<sup>3</sup> 3.3.1.9. Finalmente, la sentencia central en el reconocimiento del acceso a los servicios de salud como derecho fundamental autónomo fue la sentencia T-760 de 2008. En este pronunciamiento la Corte se apoyó en los desarrollos internacionales y en su jurisprudencia precedente para trascender la concepción meramente prestacional del derecho a la salud y elevarlos, en sintonía con el Estado Social de Derecho, al rango de fundamental. En este sentido, sin desconocer su connotación como servicio público, la Corte avanzó en la protección de la salud por su importancia elemental para la garantía de los demás derechos.

Al respecto el Ministerio de Salud y Seguridad Social señala en su artículo 3 “Se entiende por cuidador, aquella persona que brinda apoyo en el cuidado de otra persona que sufra una enfermedad grave, sea congénita, accidental o como consecuencia de su avanzada edad, que dependa totalmente de un tercero para movilizarse, alimentarse y realizar sus necesidades fisiológicas; sin que lo anterior implique sustitución del servicio de atención paliativa o atención domiciliaria a cargo de las EPS o EOC por estar incluidos en el Plan de beneficios en salud cubierto por la UPC”<sup>6</sup>.

Se entiende así que los cuidadores o asistentes personales brindan un apoyo a personas que ostentan condiciones de alta vulnerabilidad física o mental, quienes son sujetos de protección especial por parte del Estado, la sociedad y la familia, para realizar sus tareas cotidianas. Más aún, puede suponerse que, si estas actividades no son soportadas por un tercero ellas conducirán a un aceleramiento en el deterioro de la salud de las personas vulnerables involucradas y afectarán de manera negativa su dignidad humana con un impacto también negativo en su integridad moral y en el ejercicio de su autonomía personal.

Respecto de lo anterior la Corte Constitucional ha indicado: “se destaca que en cuanto el cuidador es un servicio que, en estricto sentido, no puede ser catalogado como de médico, esta Corte ha entendido que, al menos en principio, debe ser garantizado por el núcleo familiar del afiliado y no por el Estado. Ello, pues propende por garantizar los cuidados ordinarios que el paciente requiere dada su imposibilidad de procurárselos por sí mismo, y no tiende por el tratamiento de la patología que lo afecta. No obstante, se tiene que dada la importancia de estas atenciones para la efectiva pervivencia el afiliado y que su ausencia necesariamente implica una afectación de sus condiciones de salubridad y salud, es necesario entender que se trata de un servicio indirectamente relacionado con aquellos que pueden gravar al sistema de salud.”<sup>7</sup>

Considerando que el cuidado debe ser garantizado en primera medida por la familia, con el consecuente desgaste que ello genera para el cuidador o asistente, se hace necesario atender el principio de solidaridad que se analizó anteriormente, y que “atribuye a los miembros de una sociedad el deber de ayudar, proteger y socorrer a sus parientes cuando se trata del goce de sus derechos fundamentales a la salud y a la vida digna”<sup>8</sup>.

Es preciso también recordar que la Corte Constitucional establece que “[el] deber de solidaridad no puede menoscabar los derechos o las necesidades de los familiares cercanos,

<sup>6</sup> Resolución 005928 de 2017 del Ministerio de Salud y Seguridad Social, artículo 3. El concepto que se menciona no es explícitamente el de “Cuidador Familiar”, sino solo “Cuidador”.

<sup>7</sup> Sentencia T-465 de 2018. Magistrado Ponente: ALBERTO ROJAS RÍOS, veintiséis (26) de febrero de dos mil dieciocho (2018). Corte Constitucional, Sala Novena de Revisión.

<sup>8</sup> Sentencia T-154 de 2014. Magistrado Ponente: LUIS GUILLERMO GUERRERO PÉREZ, catorce (14) de marzo de dos mil cuatro (2014). Corte Constitucional, Sala Tercera de Revisión.

el deber de ayudar, proteger y socorrer a sus parientes cuando se trata del goce de sus derechos fundamentales a la salud y a la vida digna”<sup>4</sup>.

Este pronunciamiento no excluye que tanto la sociedad como el Estado deban cumplir un papel activo en su protección. El carácter de la salud como un derecho fundamental hizo necesaria la formulación de una ley de jerarquía superior y prioritaria: la Ley Estatutaria 1751 de 2015, “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones”. Esta ley, además de reconocer la salud como un derecho, hace hincapié en el principio de solidaridad que lo fundamental: “El sistema [de salud] está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades”<sup>5</sup>.

La solidaridad en torno al derecho a la salud debe guiar las actuaciones de la familia, sociedad y Estado, siendo la primera su eje primordial. Es por ello que, la familia debe ser singularizada y apoyada en la regulación que protege el derecho a la salud, y dentro de ellas es indispensable reconocer a quienes deben asumir el papel de cuidadores para garantizarles tanto a ellos como a las personas a su cargo, el derecho a la salud, teniendo en cuenta que los cuidados en casa constituyen una forma, sin duda la más frecuente y necesaria, de concreción de la dignidad humana y de la solidaridad.

## B. LOS CUIDADORES O ASISTENTES PERSONALES

El derecho fundamental a la salud, responsabilidad de la familia, la sociedad y el Estado, exige de ellos un papel activo, simultáneo y sinérgico en su defensa. Es por ello necesario concentrar una forma de dar apoyo a los cuidadores o asistentes personales quienes tienen un papel protagónico en el caso de la protección de personas con discapacidad y adultos mayores. Son estos cuidadores o asistentes personales y a través de ellos los receptores de sus cuidados, los sujetos esenciales del presente proyecto de ley.

Cuando se habla de cuidadores o asistentes personales, se hace referencia a una persona que asume la responsabilidad y representa el primordial agente de cuidado de quien por una discapacidad o su edad requiere asistencia básica y apoyo para realizar las actividades de la vida diaria. Este cuidador o asistente participa y asume de manera solidaria las decisiones y conductas requeridas para garantizar la dignidad de la persona cuidada y requiere para ello apoyo de una red social y del Estado.

<sup>4</sup> Sentencia T-510 de 2015. Magistrado Ponente: GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO, diez (10) de agosto de dos mil quince (2015). Corte Constitucional, Sala Cuarta de Revisión.

<sup>5</sup> Ley Estatutaria 1751. Diario Oficial No. 49-427de la República de Colombia, dieciséis (16) de febrero de 2015, artículo 6, literal j.

en virtud de la protección de los derechos del afectado, pues, no en pocos casos, el deber de solidaridad se contraponen a los deberes de los cuidadores primarios”<sup>9</sup>.

Con frecuencia se suma a la responsabilidad del cuidado, una afectación patrimonial relacionada con los costos del tratamiento y adquisición de requerimientos especiales, que en el caso del cuidador o asistente es con frecuencia acompañada por la obligación de renunciar o el hecho de ser despedido del trabajo por la demanda de tiempo y esfuerzo que su responsabilidad con la persona dependiente le genera. “[...] Los costos que más agobian a las familias de la Región Andina colombiana son, en su orden, los de salud, transporte, vivienda, alimentación y comunicaciones. El consumo real efectivo familiar se modifica al cuidar a una persona con enfermedad crónica... Las familias colombianas que residen en la región Andina del país tienen una elevada carga financiera atribuible al cuidado de una persona con enfermedad crónica.”<sup>10</sup>.

Más de un centenar de estudios realizados en Colombia con Cuidadores de personas dependientes señalan que los cuidadores son en su mayoría mujeres, adultas en edad productiva o adultos mayores que a su vez requieren de cuidado, sin desconocer que en algunos casos son los menores de edad quienes deben asumir esta responsabilidad<sup>11</sup>. Señalan estos estudios que el rol de cuidador afecta el proyecto de vida de las personas, la economía personal, la posibilidad de continuar estudios y en muchos casos interfiere en su estado civil. Si bien existen particularidades en las cinco regiones macro geográficas del país, se hace evidente que los cuidadores tienen alta carga con el cuidado familiar y baja habilidad para el mismo, lo que genera riesgo para ellos y sus familiares dependientes, y que la mayoría de los cuidadores o asistentes colombianos percibe desprotección y abandono por parte de las instituciones y del Estado<sup>12</sup>.

La Corte Constitucional señala que las familias con personas cuya autonomía se ve afectada por que sus capacidades físicas o mentales se encuentran disminuidas, deben atender y proteger de manera temporal o definitiva a sus integrantes dependientes pero también advierte la obligación del Estado frente a esta garantía: “Así pues, en primera instancia, los familiares son los llamados a responder por el cuidado y la atención del afectado, sin embargo, cuando ello

<sup>9</sup> Sentencia T-510 de 2015. Magistrado Ponente: GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO, diez (10) de agosto de dos mil quince (2015). Corte Constitucional, Sala Cuarta de Revisión.

<sup>10</sup> Sánchez B, Gallardo K, Montoya L, Rojas M, Solano S, Vargas L. Carga financiera del cuidado familiar del enfermo crónico en la Región Andina de Colombia. Revista ciencias de la salud, [s.l.], v. 14, n. 03, p. 341-352, sep. 2016. ISSN 2145-4507.

<sup>11</sup> Carreño S & Chaparro L. (2017). Agrupaciones de cuidadores familiares en Colombia: perfil, habilidad de cuidado y sobrecarga. Pensamiento Psicológico, 15(1), 87-101. <https://dx.doi.org/10.1114/Javerianacali.PPSH15-1.ACFP>

<sup>12</sup> Torres X, Carreño S, Chaparro L. Factores que influyen la habilidad y sobrecarga del cuidador familiar del enfermo crónico. Rev. Univ. Ind. Santander. Salud [Internet]. 2017 June [cited 2019 Mar 07] 49 (2): 330-338. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-08072017000200350&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072017000200350&lng=en). <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v49n2-2017006>

no se pueda cumplir, la obligación se traslada, subsidiariamente, al Estado con cargo al Sistema General de Seguridad Social en Salud<sup>13</sup>.

De esta forma, es evidente que las familias y dentro de ellas quienes ejercen el papel de cuidadores familiares principales, ameritan reconocimiento, apoyo social y económico para realizar tan valiosa y necesaria labor, con calidad, de manera que tanto el receptor de sus cuidados, como ellos mismos, puedan llevar una vida digna con la adecuada atención de sus necesidades básicas.

**C. JURÍDICA**

Al revisar aquello que se relaciona con el derecho, ejercicio e interpretación sobre los cuidadores, se encuentra que hay un vacío jurídico con respecto.

La Corte Constitucional refiere una omisión con respecto al reconocimiento del cuidador. Señala esta instancia que, “El Ministerio de Salud y de la Protección Social, mediante Resolución 5267 del 22 de diciembre de 2017, estableció el listado de los procedimientos excluidos de financiación con los recursos del sistema de salud, entre los que omitió incluir expresamente el servicio de cuidador. Motivo por el cual se evidencia que este tipo específico de “servicio o tecnología complementaria” se encuentra en un limbo jurídico por cuanto no está incluido en el Plan de Beneficios, ni excluido explícitamente de él<sup>14</sup>.”

De la misma forma, en el capítulo III de la Ley Estatutaria sobre la salud se contemplan algunos elementos concernientes a los profesionales y trabajadores de la salud, pero no se menciona al cuidador. Dentro de ésta se determinó la autonomía y el respeto de su dignidad de los trabajadores: “Los trabajadores, y en general el talento humano en salud, estarán amparados por condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos, de acuerdo con las necesidades institucionales<sup>15</sup>.”

A pesar de la conveniencia de este artículo, es evidente que en el talento humano en salud, se hace referencia a todos aquellos que guardan una relación de dependencia laboral y en cuanto a la protección de este derecho, sin embargo, a pesar de que los cuidadores o asistentes personales representan un talento humano aplicado solidariamente a la salvaguarda de la salud y dignidad humana de personas en estado de vulnerabilidad, es evidente cómo ellos se ven excluidos de esta consideración que les generaría protección social.

<sup>13</sup> Sentencia T-510 de 2015. Magistrado Ponente: GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO, diez (10) de agosto de dos mil quince (2015). Corte Constitucional, Sala Cuarta de Revisión.

<sup>14</sup> Sentencia T-065 de 2018. Magistrado Ponente: ALBERTO ROJAS RÍOS, veintiséis (26) de febrero de dos mil dieciocho (2018). Corte Constitucional, Sala Novena de Revisión.

<sup>15</sup> Ley Estatutaria 1751. Diario Oficial No. 49-427de la República de Colombia, dieciséis (16) de febrero de 2015, Capítulo III.

población, además de fortalecer las políticas, estrategias y programas vigentes, también fomentaría los derechos y garantías de la población adulta mayor<sup>20</sup>.

Es evidente que, al reconocerse al adulto mayor como un sujeto de especial protección, no implica, como erróneamente se ha llegado a pensar, que sea una caridad pública a los adultos mayores sino el reconocimiento de dignidad, igualdad a ellos fundado en el principio de la solidaridad. Se reconocen entonces tres distintos niveles de protección al adulto mayor a partir del artículo 46 de la Constitución Nacional como son:

- (i) La protección por parte del Estado
- (ii) La protección por parte de la familia y;
- (iii) La protección por parte de la sociedad<sup>21</sup>.
- (iv) Acto Legislativo 1 de 2005: “por el cual se adiciona el artículo 48 de la Constitución Política”:
- (v) “Para la liquidación de las pensiones sólo se tendrán en cuenta los factores sobre los cuales cada persona hubiese efectuado las cotizaciones. Ninguna pensión podrá ser inferior al salario mínimo legal mensual vigente. Sin embargo, la ley podrá determinar los casos en que se puedan conceder beneficios económicos periódicos inferiores al salario mínimo, a personas de escasos recursos que no cumplan con las condiciones requeridas para tener derecho a una pensión”.

Además, este artículo define la obligatoriedad de la seguridad social como servicio público, que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley<sup>22</sup>.

En tal sentido, debe entonces analizarse si este mismo derecho que ampara a las madres y los adultos mayores no debe amparar a los cuidadores que atienden a sus familiares en situación de vulnerabilidad y dependencia, quienes son eje del cuidado y cuyos derechos parecen invisibles al interior de la legislación. Tal como lo señala la CEPAL, la responsabilidad en el

<sup>20</sup> Documento: El Reconocimiento de los Derechos de los Adultos Mayores: Margarita María Rúa Atehortua - Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de MAGISTER EN DERECHO CON PROFUNDIZACIÓN EN DERECHO CONSTITUCIONAL. Pág. Web: <http://bdigital.unal.edu.co/50815/7/43091700.2015.pdf>.

<sup>21</sup> Documento: El Reconocimiento de los Derechos de los Adultos Mayores: Margarita María Rúa Atehortua - Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de MAGISTER EN DERECHO CON PROFUNDIZACIÓN EN DERECHO CONSTITUCIONAL. Pág. Web: <http://bdigital.unal.edu.co/50815/7/43091700.2015.pdf>.

<sup>22</sup> Sentencia T-224 de 1997, M.P. Carlos Gaviria Díaz, reiterada en T-099 de 1999, M.P. Alfredo Beltrán Sierra, T-722 de 2001 y T-175 de 2002, M.P. Rodrigo Escobar Gil. Corte Constitucional.

Tal como lo señala Cortés González, la Corte Constitucional en su sentencia SU – 039 de 1998<sup>16</sup>, definió la protección social como el “Conjunto de medidas institucionales tendientes a brindar a los individuos y sus familias las garantías necesarias frente a los distintos riesgos sociales que pueden afectar su capacidad y oportunidad, en orden a generar los recursos suficientes para una subsistencia acorde con la dignidad del ser humano<sup>17</sup>.”

La Ley 100 de 1993, al revisar el tema de la protección social, analizó casos que tienen la necesidad de una consideración especial e indicó que si bien pueden acceder a la pensión únicamente aquellas personas que cumplen con los requisitos establecidos para el Sistema General de Pensiones, las madres trabajadoras con hijos inválidos pueden acceder a la misma.

De igual forma la Ley 797 de 2003 establece que el Fondo de Solidaridad Pensional tiene como propósito fundamental, beneficiar a los adultos mayores que durante la vida laboral no realizaron cotizaciones a ningún fondo pensional para acceder a la pensión de vejez, teniendo en cuenta algunas características especiales de dicha población, como por ejemplo su condición socioeconómica. De esta manera se articula el Sistema General de Pensiones – en adelante S.G.P. - con el Programa de Protección Social al Adulto Mayor – en adelante P.P.S.A.M. – generando los subsidios a través del Fondo de Solidaridad Pensional el cual está destinado a brindar su cobertura a los grupos de población que, por sus características y condiciones socio económicas, no tienen acceso a los sistemas de seguridad social<sup>18</sup>.

De igual forma el Decreto 3771 de 2007 que reglamenta la administración y el funcionamiento de la subcuenta de subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional, encargado de financiar los auxilios para las personas adultas mayores siendo de carácter intransferible y en su Artículo 30 (modificado por el Decreto 4943 de 2009) establece requisitos para seleccionar a las personas adultas mayores beneficiarias de dichos subsidios<sup>19</sup>.

A su vez, la Ley 1251 de 2008 no se limitó a establecer unos requisitos sino a crear un Consejo Nacional del Adulto Mayor, el cual estaría pendiente sobre la realización y cumplimiento de las políticas públicas, estrategias y programas enfocados a la población adulta mayor, integrando en todos los procesos a la familia y fomentando la atención integral a esta

<sup>16</sup> Magistrado Ponente: Dr. HERNANDO HERRERA VERGARA, diecinueve (19) de febrero de mil novecientos noventa y ocho (1998). Corte Constitucional, Sala Plena.

<sup>17</sup> Cortés González, J. C. (2012). Estructura de la protección social en Colombia. Reforma a la administración pública (1 ed.). Bogotá, D.C., Colombia: Legis.

<sup>18</sup> Documento: El Reconocimiento de los Derechos de los Adultos Mayores: Margarita María Rúa Atehortua - Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de MAGISTER EN DERECHO CON PROFUNDIZACIÓN EN DERECHO CONSTITUCIONAL. Pág. Web: <http://bdigital.unal.edu.co/50815/7/43091700.2015.pdf>.

<sup>19</sup> Documento: El Reconocimiento de los Derechos de los Adultos Mayores: Margarita María Rúa Atehortua - Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de MAGISTER EN DERECHO CON PROFUNDIZACIÓN EN DERECHO CONSTITUCIONAL. Pág. Web: <http://bdigital.unal.edu.co/50815/7/43091700.2015.pdf>.

cuidado de personas dependientes debe ser compartida entre el estado y las familias<sup>23</sup>, para lo cual, se requiere, definir los derechos para el cuidado de la persona en dependencia y establecer y dar herramientas para el reconocimiento de los derechos de los cuidadores familiares de estas personas.

**D. SOCIAL**

Datos del Banco Mundial permiten afirmar que el índice de dependencia en Colombia (2015) es de 45,6 siendo de 35,4 la dependencia de menores y de 10,2 la de personas adultas mayores y que el potencial de apoyo es de 9,8, que ocupó en 2013 el puesto 87 entre 181 países<sup>24</sup>.

Según la Sala situacional de las Personas con Discapacidad (PCD) del Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de Promoción Social (2018), Colombia no tiene una cifra exacta de las personas con discapacidad, no obstante, el Censo del DANE de 2005 captó a 2.624.898 (6,3%) personas que refirieron tener alguna discapacidad. Desde el año 2002 a través del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad RLCPD, se han identificado y caracterizado 1.404.108 personas cuya discapacidad es en su orden neuro motora, cognitiva, sensorial y que genera elevados niveles de dependencia funcional en las actividades de la vida diaria. De estas personas el 58% son mayores de 50 años siendo evidente cómo la avanzada edad se asocia con el incremento de la discapacidad. Esta sala documenta la inequidad de qué son víctimas estas personas dependientes<sup>25</sup>.

Datos preliminares del censo del 2018 corroboran lo anterior y señalan que por cada 15 personas en edad productiva (entre los 15-59 años de edad) 56 personas potencialmente dependientes (menores de 15 y de 60 años y más de edad). Además, el 7,2% de la población que respondió al censo, dijo presentar alguna dificultad funcional para realizar sus actividades diarias (DANE, 2018)<sup>26</sup>.

La población dependiente tenderá a crecer por diversos motivos, dentro de los cuales se encuentran el incremento de la edad y el de la enfermedad crónica. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2015, establece que entre los años 2000 y 2050, las personas de 60 años pasarán de ser 605 millones a 2000 millones, representando el aumento del 11% al 22% de habitantes. Además, según el informe mundial sobre la discapacidad de la misma

<sup>23</sup> CEPAL. Cuidado de personas dependientes debe ser compartido entre el Estado y las familias. 25 de octubre de 2012. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/comunicados/cuidado-de-personas-dependientes-debe-ser-compartido-entre-el-estado-y-las-familias>.

<sup>24</sup> Banco Mundial, Index Mundi 2015. Colombia tasa de dependencia <https://www.indexmundi.com/es/datos/indicadores/SP.POP.DPND/compare?country=co>

<sup>25</sup> Sala situacional de las Personas con Discapacidad (PCD) del Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de Promoción Social (2018), <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RI/DE/PS/sala-situacional-discapacidad-junio-2018.pdf>.

<sup>26</sup> Departamento administrativo Nacional de Estadística. 2018. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/discapacidad>.

organización sacado en el 2010, estima que el 15% de la población en el mundo vive con algún tipo de discapacidad, asociándolo al envejecimiento y también a la enfermedad crónica, otros problemas de salud y factores ambientales (OMS, 2012).

Un informe de la Universidad de La Sabana explica que la pirámide poblacional del país se ha invertido a tal punto que hay más gente mayor de 60 años que niños menores de cinco. Es decir, se calcula que para el 2020 "por cada dos adultos mayores habrá un adolescente", explica la investigación realizada por la Facultad de Medicina de esa universidad y la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria<sup>27</sup>.

El mismo informe, revela que 7 de cada 10 adultos mayores no tiene pensión. El documento señala que "si bien el 90% de la población colombiana tiene acceso y cobertura al sistema de salud, apenas el 26% de las personas mayores de 65 años en el país goza de una pensión. "Lo anterior deja en vilo a la mayoría de la población mayor, pues su falta de acceso al sistema pensional la convierte en una población vulnerable"<sup>28</sup>, lo cual demuestra que no hay garantías para esa población y que al envejecer existe una limitación de condiciones que permiten disfrutar la vida.

La revista Dinero en el 2017, sacó un estudio donde refleja que el 74% de los adultos mayores no tienen pensión, por una parte confirmando el informe de la Universidad de La Sabana y por otra, entendiendo esto como una situación de fragilidad y abandono, por parte del Estado, lo cual los deja aún más desprotegidos, muchas veces en condición de pobreza extrema que lo señalan los autores, se da: "con violencia, maltrato, abuso y con un acceso al sistema de salud muy deficiente" (Dinero, 2017).

En el 2016, el Barómetro de las Américas del Observatorio de la Democracia observó que los hogares donde se tienen grandes dificultades económicas son los de los adultos mayores (69,8%), lo que ratifica la situación de precariedad en la que viven mayormente esta población, respecto a otros grupos poblacionales.

Frente al nivel de ingresos en el hogar, los adultos mayores pasan por situaciones económicas mucho más complejas que los jóvenes en sus casas:

- El mayor el porcentaje de personas mayores viven en hogares donde los ingresos son muy bajos.
- Los adultos de 60 años con un 58,7%, conviven en un lugar en el que los ingresos de sus familias no superan los \$325 mil pesos/mes

<sup>27</sup> Universidad de La Sabana, Sociedad Colombiana de Gerontología y Geriatria. <https://www.unisabana.edu.co/nosotros/subsitos-especiales/especial-del-adulto-mayor/> <https://seguimiento.colombia/para-2020-habran-mas-adultos-mayores-que-adolescentes-estudio-6539>

<sup>28</sup> <http://www.portafolio.co/economia/adultos-mayores-del-pais-sin-pension-y-con-depresion-506860>

- Solo el 32,2% de los adultos mayores se encuentran en un hogar en el que los ingresos son entre los \$700 mil y \$980 mil pesos/mes.

El Observatorio de la Democracia, indica que la mayoría de los adultos mayores no tiene una actividad laboral que les permita tener ingresos económicos, además que con frecuencia necesitan ciertos cuidados que aumentan el costo de su nivel de vida. Por lo tanto, siendo ellos dependientes de sus familiares pueden crear una carga económica para los mismos y si ellos son sus auto-proveedores, pueden no tener un cubrimiento total de sus necesidades.

Pero no solo los adultos mayores requieren de la especial protección para mantener su vida digna. La relación entre la dependencia por diversos motivos incluidos la vulnerabilidad asociada con la edad, la enfermedad y la discapacidad, se asocian con la necesidad de contar con un cuidador familiar.

Algunas cifras de estudios recientes realizados en Colombia reflejan una asociación entre la dependencia y la situación del cuidador familiar:

- El 29% de los cuidadores son menores de 18 o mayores de 60 y responden por sus familiares enfermos en lugar de recibir el apoyo socialmente esperado.
- La mayoría de los cuidadores son personas en edad productivas a quienes posiblemente esta situación les afecta su plan de vida.
- Los cuidadores familiares en el 67% de los casos son menores o de la misma edad de la persona con ECNT.
- Más de la mitad (53%) de los cuidadores familiares refieren enfermedades típicamente asociadas al estrés, muchas de ellas también de carácter crónico<sup>29</sup>.

En síntesis, las personas dependientes o con limitaciones, bien sea por la vulnerabilidad asociada con su avanzada edad o por su condición de discapacidad o enfermedad, necesitan a un cuidador que les garantice la realización de las actividades de la vida diaria indispensables para su vida digna. Este cuidador, en la mayor parte de los casos un familiar, debe estar capacitado, acompañado y fortalecido para desempeñar su rol con éxito. Sin embargo, estos cuidadores no tienen, como se evidenció, un apoyo jurídico que reconozca y proteja sus derechos y a través de ellos, los de las personas receptoras de sus cuidados.

#### E. ECONÓMICA

<sup>29</sup> Chaparro L., Barrera-Ortiz L., Vargas-Rosero E., Carreño-Moreno SP. Mujeres cuidadoras familiares de personas con enfermedad crónica en Colombia. Rev. cienc. ciudad. 2016; 13(1): 72-86.

La persona dependiente y su núcleo familiar tienen una afectación patrimonial. Por una parte, en algunos casos los familiares deben asumir los altos costos de tratamientos -medicamentos, rehabilitación- y por otra el cuidado de la misma, lo que lleva a que uno de los miembros deba retirarse de su empleo y por ende dejar de percibir ingresos económicos para el sustento.

Adicional a la dependencia funcional de la persona, se agrega una dependencia económica. Puesto que el enfermo no se encuentra en condiciones para trabajar y su cuidador, como se señaló, debe en muchos casos apartarse de la actividad laboral que desempeña y dedicarse al cuidado de aquel.

En subsidios sociales, el país destina hoy en día más de la tercera parte del Presupuesto General de la Nación a través de 62 programas que existen actualmente para este fin, y sus beneficios llegan a millones de familias.

- En pensiones, el 52% de los 18 billones destinados a subsidios de pensiones, va para subsidiar a gente de clase media consolidada y de estrato alto.
- Las personas de clase media consolidada y con ingresos menores a 7,5 millones de pesos recibieron en el 2015 el 30,4% de todos los subsidios dados ese año, por encima del porcentaje que sumaron juntos los hogares en pobreza extrema y pobreza, que tuvieron el 28,2%.

Es importante resaltar que los recursos que se destinan a los subsidios sociales para 2017 ascendieron a 77 billones de pesos, y los más representativos son:

#### Ilustración 1. Subsidios Sociales más Representativos en 2017

■ Educación ■ Pensiones ■ Salud ■ Serv. Públicos ■ Resto



Fuente: Departamento Nacional de Planeación.

En los subsidios a las pensiones, el 20% de la población de mayor ingreso recibe el 50,8% del total de subsidios, mientras que el 20% más bajo recibe tan solo el 4,3%.

De acuerdo a los resultados alcanzados en la última encuesta realizada por el DANE a diciembre de 2017, sobre el Trabajo Doméstico y de Cuidado No Remunerado (TDCNR)<sup>30</sup>,

<sup>30</sup> Encuesta Trabajo Doméstico y de Cuidado No Remunerado (TDCNR), en aplicación a la Ley 1413 de 2010

se logra determinar que a diciembre de 2017, se dedicaron 36.508.827 horas al mantenimiento y cuidado familiar, de las cuales el 78% lo realizaron las mujeres, es decir, 28,6 millones de horas y los hombres el 22% de las horas dedicadas.

Actividades	Hombres	Mujeres	Total
Suministro de Alimentos	1.671.895	11.188.832	12.860.727
Mantenimiento de vestuario	472.890	3.467.860	3.940.750
Limpieza y mantenimiento del Hogar	2.359.191	6.679.855	9.039.046
Compras y administración del hogar	1.723.456	2.006.968	3.730.424
Cuidado y apoyo a personas	1.480.412	4.739.808	6.220.220
Voluntariado	190.180	527.481	717.661
<b>Total</b>	<b>7.898.024</b>	<b>28.610.804</b>	<b>36.508.828</b>

Fuente: Informe Valor económico TDCNR e Indicadores de Contexto 2017 – Cuenta Satélite de Economía del Cuidado – DANE, agosto 2018.

De igual manera, la encuesta de cuidado del hogar arrojó que las horas dedicadas al cuidado de personas asciende a 6,2 millones de horas, lo que corresponde al 17% del total de horas, de las cuales 4,7 millones de horas al cuidado de personas lo efectúan mujeres y 1,4 millones de horas dedicadas al cuidado son realizadas por hombres.

De acuerdo a lo anteriormente descrito, se puede observar que los costos que asume la familia colombiana por el trabajo del cuidado de la familia ascienden a \$118.842 millones pesos anuales, que se detallan en la siguiente tabla:

Tabla 3 Costo anual a diciembre 2017 del Cuidado de la Familia

Actividades	Hombres	Mujeres	Total	% Concentraci
-------------	---------	---------	-------	---------------

				ón Costo Actividades
Suministro de Alimentos	5.442,31	36.421,61	41.863,92	35%
Limpieza y mantenimiento del Hogar	7.679,58	21.744,10	29.423,68	25%
Cuidado y apoyo a personas	4.819,00	15.428,90	20.247,90	17%
Mantenimiento de vestuario	1.539,34	11.288,49	12.827,83	11%
Compras y administración del hogar	5.610,15	6.533,03	12.143,18	10%
Voluntariado	619,07	1.717,04	2.336,11	2%
Total	25.709	93.133	118.843	100%

Fuente: Informe Valor económico TDCNR e Indicadores de Contexto 2017 – Cuenta Satélite de Economía del Cuidado – DANE, agosto 2018.

Sin embargo, se ha señalado que además de estos costos se deben considerar aquellos que generan una carga mayor en el presupuesto familiar como los transportes, sobrecarga de servicios básicos como luz y agua, el tiempo de las personas para cuidar y desplazarse a los trámites requeridos, entre otros y que estos se presentan en las cinco macro regiones geográficas del país, generando para las familias, y en especial para el cuidador familiar, sobrecarga del cuidado<sup>31</sup>.

**Principios Generales Del Proyecto De Ley**

Colombia como Estado Social de Derecho se fundamenta en una serie de principios que deben guiar tanto la acción del Estado como la de toda persona en el territorio nacional. Estos elementos axiológicos, que se encuentran contenidos en el Título I, artículos 1 al 10, de la Constitución, contemplan que Colombia es una República Unitaria “fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran (...) y en la prevalencia del interés general”<sup>32</sup> y que es finalidad del Estado, entre otras, “garantizar la

<sup>31</sup> Unión temporal para el estudio de la Carga de la ECNT en Colombia. Universidad Nacional de Colombia, UDCA, Universidad de Santander, Universidad Mariana de Pasto. Informe del Costo financiero del Cuidado de las personas con ECNT en Colombia, COLCIENCIAS, 2015.

<sup>32</sup> Constitución Política de Colombia, 1991, Artículo 1.

efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución”<sup>33</sup>. Dignidad humana, trabajo, solidaridad y prevalencia del interés general, son por tanto inherentes al Estado Social de Derecho colombiano y su materialización es por ende un componente esencial de su misión.

Esta parte de la exposición se centra en los principios de la dignidad humana y la solidaridad dado que son estos los que guardan mayor relación con el objeto del presente proyecto de ley.

La Dignidad como principio rector de la Constitución Nacional y cuya exigencia moral se ha positivizado a través de la creación de los derechos fundamentales, fero en la aplicación de medidas y garantía de derechos su significado fue precisado por la Corte Constitucional mediante sentencia T-881 de 2002<sup>34</sup> estableciendo que, el objeto que buscaba ser protegido por los enunciados normativos que hablaban de la dignidad en relación con el Estado, el trabajo, la familia y la vivienda, corresponde a tres dimensiones inherentes a la persona natural: “la ayuda (materializada en la posibilidad de elegir un proyecto de vida y de determinarse según esa elección), unas condiciones de vida cualificadas (referidas a las circunstancias materiales necesarias para desarrollar el proyecto de vida) y la intangibilidad del cuerpo y del espíritu (entendida como integridad física y espiritual, presupuesto para la realización del proyecto de vida)”.

Así mismo señaló la Corte la necesidad de pasar de una perspectiva esencialista de la dignidad, hacia una que tome en consideración sus elementos sociales, con miras a ganar en claridad, y armonizar su interpretación con el contenido axiológico de la constitución, apoyando así la racionalización normativa. Para ello, dentro del documento incluyó una aproximación funcional al enunciado normativo “dignidad humana” desde la cual se reconocieron tres pautas: “(i) la dignidad humana entendida como principio fundante del ordenamiento jurídico y por tanto del Estado, y en este sentido la dignidad como valor. (ii) La dignidad humana entendida como principio constitucional. Y (iii) la dignidad humana entendida como derecho fundamental autónomo”<sup>35</sup>.

Se puede decir entonces, que la dignidad humana debe ser el derrotero de la acción del Estado, la sociedad y la familia, que es principio guía del ordenamiento jurídico y que, en el ámbito particular, es un derecho y por ello cuenta con unas manifestaciones concretas en las circunstancias existenciales de la persona natural, que obligan su respeto y permiten su amparo.

<sup>33</sup> Constitución Política de Colombia, 1991, Artículo 2.

<sup>34</sup> Magistrado Ponente: Dr. EDUARDO MONTEALEGRE LYNETT, diecisiete (17) de octubre de dos mil dos (2002). Corte Constitucional, Sala Séptima de Revisión.

<sup>35</sup> Ibidem.

La Solidaridad de otro lado, respecto del principio de solidaridad la Corte Constitucional ha expresado en sentencia T-550 de 1994<sup>36</sup> que “Desde el punto de vista constitucional, [este] tiene el sentido de un deber -impuesto a toda persona por el sólo hecho de su pertenencia al conglomerado social- consistente en la vinculación del propio esfuerzo y actividad en beneficio o apoyo de otros asociados o en interés colectivo”. Este principio de solidaridad como elemento de cohesión social implica la existencia de relaciones de cooperación mutua entre las personas en todos sus niveles de aglomeración, sea como familia, grupo, sociedad o Estado, lo cual facilita la protección de los derechos de las personas, mientras contribuye a evitar la dependencia absoluta de dichas personas respecto del Estado.

En síntesis, la dignidad humana y la solidaridad son principios que orientan la acción de las personas, individual y colectivamente, reconocidos explícitamente dentro de las normas de carácter general y universal del Estado colombiano.

**Fundamentos Constitucionales**

Resumiendo lo visto previamente en relación con la situación de los cuidadores familiares podemos decir que en torno a estos se intersectan múltiples factores de riesgo social como son la pobreza, la predominancia de la condición de sujetos de especial protección -principalmente niños y adultos mayores- dentro del grupo social y, además, el hecho de ser mayoritariamente mujeres.

Al respecto, vale la pena recordar lo contenido en el artículo 46<sup>37</sup> superior donde se condensan algunos de los derechos de las personas de la tercera edad, en este se señala que “El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria”. El Estado entonces, debe jugar un papel de liderazgo en la protección de los cuidadores familiares pertenecientes a la tercera edad ya que estos no solo se encuentran en un estado de relativa indefensión, sino que además deben velar por otras personas de su familia que se encuentran en situación de vulnerabilidad, lo cual implica que no pueden encontrar en el seno del núcleo familiar la protección que requieren. Es deber del Estado dar iniciativa a la protección de adultos mayores en concurrencia con la sociedad, pues es el único Ente Administrativo que puede focalizar los recursos para esta población.

Es importante señalar, que la protección de la niñez es exigible al Estado como lo menciona el artículo 44 de la Constitución “Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión”. Un niño que debe encargarse del cuidado de sus

<sup>36</sup> Magistrado Ponente: Dr. JOSÉ GREGORIO HERNÁNDEZ GALINDO, dos (2) de diciembre de mil novecientos noventa y cuatro (1994). Corte Constitucional, Sala Quinta de Revisión.

<sup>37</sup> Ley 1251 de 2008.

familiares se ve obligado a renunciar en buena medida a su educación, recreación y cultura, los cuales son derechos fundamentales de este, es obligación del Estado evitar cualquier situación que vulnere estos o cause perjuicios irremediables al infante.

Finalmente, en línea con el artículo 43 de la Constitución Política, el Estado debe garantizar en derechos y oportunidades de la mujer. La labor de cuidado familiar al no ser remunerada y al ser efectuada principalmente por mujeres implica una desventaja para ellas en el sentido de que incrementa sus niveles de dependencia económica, limitando con ello el ejercicio de su autonomía personal.

Por otro lado, como se mostró anteriormente, las personas cuidadoras familiares, contribuyen a la salvaguarda del derecho fundamental a la dignidad humana de otros sujetos de especial protección, ello en línea con los principios constitucionales de trabajo, dignidad humana y solidaridad.

En este sentido, es importante señalar que el artículo 43<sup>38</sup> superior en el cual se contempla el derecho a la igualdad de trato contempla que “El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental se encuentran en circunstancias de debilidad”. La persona cuidada ha de serlo con ocasión de sus condiciones físicas y mentales lo cual a menudo confluye con situaciones de carencia económica.

A su vez al cuidador de familia, como consecuencia del tener que desarrollar la labor de cuidado, debe asumir el costo de oportunidad de desempeñar esta tarea, ello reduce sus posibilidades de tener una estabilidad económica. Que esto sea así puede conducir al debilitamiento tanto físico como mental del cuidador -como es el caso de enfermedades asociadas al estrés entre los cuidadores que se mencionaron previamente-, lo cual implica una desmejora de sus derechos (esto en contravía de lo señalado por la Corte Constitucional en relación con el principio de solidaridad según lo cual la labor de cuidado familiar no puede afectar los derechos del cuidador).

De manera que, resulta evidente la necesidad y conveniencia del apoyo estatal a estos sujetos de especial protección, los cuidadores de familia ancianos y niños, que se hacen cargo de otros sujetos de especial protección, las personas cuidadas, pero también de las personas que deben renunciar a su proyecto vital sin otra contraprestación que la satisfacción de saberse protectores de la dignidad humana pues esto materializa el espíritu que guía al estado colombiano contenido en la Constitución, lo cual es imperativo.

Para terminar esta parte es conveniente indicar tres cosas, por un lado, que el Estado y la ley están habilitados constitucionalmente para “determinar los casos en que se puedan conceder beneficios económicos periódicos inferiores al salario mínimo, a personas de escasos recursos que no cumplan con las condiciones requeridas

<sup>38</sup> Constitución Política de Colombia, Artículo 43.

para tener derecho a una pensión" aun cuando en principio ninguna pensión debe ser inferior a un salario mínimo, tal como se menciona en el acto legislativo 1 de 2005 que adiciona el artículo 48 de la Constitución; que la seguridad social es un derecho de todas las personas y este debe ser suministrado por el Estado con función constitucional del Congreso al producir las leyes que materialicen la carta política y sus principios.

**FUNDAMENTOS LEGALES**

NORMA	TÍTULO
LEY 29 DE 1975 (SEPTIEMBRE 25)	Por el cual se faculta al Gobierno Nacional para establecer la protección a la ancianidad y se crea el Fondo Nacional de la Ancianidad desprotegida
LEY 1413 DE 2010	Por medio de la cual se regula la inclusión de la economía del cuidado en el Sistema Nacional de Cuentas.
DECRETO 2490 DE 2013	Por medio del cual se crea la Comisión Intersectorial para la inclusión de la información sobre el trabajo no remunerado en el Sistema Nacional de Cuentas.
DECRETO 2011 DE 1976	Por el cual se organiza la protección nacional a la ancianidad
LEY 1346 DE 2009	Por medio de la cual se aprueba la "Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad", adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006
LEY 1064 DE 2006	Por la cual se dictan normas para el apoyo y fortalecimiento de la educación para el trabajo y el desarrollo humano establecida como educación no formal en la Ley General de Educación.
LEY 100 DE 1993 (DICIEMBRE 23)	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones

CONPES 2722 DE 1994	Red de solidaridad social
CONPES 2793 DE 1995	Envejecimiento y Vejez
DECRETO 1387 DE 1995	Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 1135 de 1994

NORMA	TÍTULO
LEY 319 DE 1996 (SEPTIEMBRE 20)	Por medio de la cual se aprueba el "protocolo adicional a la convención americana sobre derechos humanos" en materia de derechos económicos, sociales y culturales "protocolo de San Salvador", suscrito en San Salvador el 17 de noviembre de 1988
LEY 687 DE 2001 (AGOSTO 15)	Por medio de la cual se modifica la Ley 48 de 1986, que autoriza la emisión de una estampilla pro-dotación y funcionamiento de los Centros de Bienestar del Anciano, instituciones y centros de vida para la tercera edad, se establece su destinación y se dictan otras disposiciones.
LEY 700 DE 2001 (NOVIEMBRE 7)	Por medio de la cual se dictan medidas tendientes a mejorar las condiciones de vida de los pensionados y se dictan otras disposiciones.
LEY 789 DE 2002 (DICIEMBRE 27)	Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del código sustantivo del trabajo
LEY 797 DE 2003 (ENERO 29)	Por la cual se reforman algunas disposiciones del sistema general de pensiones previsto en la Ley 100 de 1993 y se adoptan disposiciones sobre los Regímenes Pensionales exceptuados y especiales.
CONPES 86 DE 2004 (DICIEMBRE 6)	Lineamientos para la operación del programa nacional de alimentación para el adulto mayor "Juan Luis Londoño de la Cuesta" y la selección y priorización de sus beneficiarios

CONPES 92 DE 2005 (ABRIL 18)	Modificaciones a los lineamientos para la operación del programa nacional de alimentación para el adulto mayor "Juan Luis Londoño de la Cuesta" y la selección y priorización de los beneficiarios
DECRETO 3771 DE 2007	Por el cual se reglamenta la administración y el funcionamiento del Fondo de Solidaridad Pensional.
LEY 1171 DE 2007 (DICIEMBRE 7)	Por medio de la cual se establecen unos beneficios a las personas adultas mayores
DECRETO 2060 DE 2008	Por el cual se reglamenta parcialmente el artículo 40 de la Ley 1151 de 2007
LEY 1251 DE 2008 (NOVIEMBRE 27)	Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores

NORMA	TÍTULO
LEY 1276 DE 2009 (ENERO 5)	A través de la cual se modifica la Ley 687 del 15 de agosto de 2001 y se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros vida.
RESOLUCIÓN 2020 DE 2009 (JUNIO 12)	Por la cual se reglamentan los Decretos 2060 de 2008 y 1800 de 2009.
LEY 1315 DE 2009 (JULIO 13)	Por medio de la cual se establecen condiciones mínimas que dignifiquen la estadia de los adultos mayores en los centros de protección, centros de día e instituciones de atención.
LEY 1328 DE 2009 (JULIO 15)	Por la cual se dictan normas en materia financiera, de seguros, del mercado de valores y otras disposiciones.
DECRETO 345 DE 2010	Por medio del cual se adopta la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital
CONPES 156 DE 2012	Diseño e implementación de los beneficios económicos periódicos (BEPS)

LEY 1580 DE 2012	Por la cual se crea la pensión familiar.
RESOLUCIÓN 0125 DE 2013	Colombia mayor, programa de solidaridad con el adulto mayor
DECRETO 1542 DE 2013	Por el cual se modifica parcialmente el Decreto número 3771 de 2007
CONPES 166 DE 2013	Política nacional de discapacidad e inclusión social
LEY ESTATUTARIA 1751 DE 2015	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

**TRATADOS INTERNACIONALES RATIFICADOS POR COLOMBIA**

**Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)**

- La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) es la norma base y fundamental de los sistemas normativos de todo el mundo, pues en la misma se encuentran consagrados todos los derechos, obligaciones, garantías y libertades de todos los seres humanos considerados como los anhelos más valiosos de la misma para poder desarrollar el potencial humano.
- Artículo 22 (Derecho a la seguridad social), al igual que el Artículo 25, numeral 1 (Derecho a un nivel de vida adecuado).

**Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)**

- Se realizó la Observación General No. 6 por parte del Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales – en adelante C.E.S.C.R. - en el cual se plantea la diversidad conceptual sobre dicha población a lo que la misma observación hace referencia, entre los conceptos pueden encontrarse el de personas mayores, personas de edad avanzada, personas de más edad, tercera edad, ancianos y cuarta edad para los mayores de 80 unos (Comité de Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1995, p. 3)

**Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU – 2008)**

- La Convención se concibió como un instrumento de derechos humanos con una dimensión explícita de desarrollo social. En ella se adopta un concepto ampliado de la

discapacidad y se reafirma que todas las personas con todos los tipos de discapacidad deben poder gozar de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

- El propósito de la Convención es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente.
- Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

**Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento - Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento (1982)**

- Los gobiernos deberán tomar las medidas necesarias para garantizar a todas las personas de edad un nivel mínimo de recursos adecuados, y desarrollar la economía nacional en beneficio de toda la población.

**Declaración Política y Plan De Acción Internacional De Madrid Sobre El Envejecimiento (2002)**

- La pobreza en las personas adultas mayores representa una de las mayores dificultades a enfrentar y el objetivo es la eliminación de dicha condición socio-económica limitante de cualquier tipo de derechos a los cuales podría acceder la persona y ello solo puede ser logrado con la participación plena y eficaz en la vida económica, política y social de aquellas.
- La salud y la seguridad social juegan un papel predominante pues hacen parte del bienestar y de la vida digna, es más son cruciales para el desarrollo de cualquier otro derecho pues su objetivo es la preservación de la vida misma sin la cual, por obvias razones, no existiría el derecho.

**Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador" (1988)**

- Artículo 9. Derecho a la Seguridad Social. "Toda persona tiene derecho a la seguridad social que la proteja contra las consecuencias de la vejez y de la incapacidad que la imposibilite física o mentalmente para obtener los medios para llevar una vida digna y decorosa (...)"
- Artículo 17. Protección de los Ancianos. "Toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad. En tal cometido, los Estados partes se comprometen a

*sustrato mínimo de condiciones materiales de existencia, acordes con el merecimiento humano, llamándolo mínimo vital de subsistencia*<sup>39</sup>

El ser humano,...)necesita mantener ciertos niveles de salud para sobrevivir y desempeñarse, de modo que, cuando la presencia de ciertas anomalías orgánicas, aun cuando no tengan el carácter de enfermedad, afectan esos niveles, alterando sensiblemente la calidad de vida, resulta válido pensar que esa persona tiene derecho a abrigar esperanzas de recuperación, a procurar alivio a sus dolencias, a buscar, por los medios posibles, la posibilidad de una vida mejor, que no obstante las dolencias, pueda llevarse con dignidad<sup>40</sup>.

Una persona enferma, con capacidades físicas o mentales disminuidas por factores personales o externos, sin pleno uso de sus funciones y, por lo tanto, sin posibilidad de valerse por sí misma, es una persona con menos autonomía. Para recuperar sus capacidades generalmente requiere de atención y protección, temporal o definitiva, bien sea por parte de la familia, de la comunidad o del Estado.

La solidaridad como fundamento de la organización política se traduce en "la exigencia dirigida principalmente al Estado, pero también a los particulares, de intervenir a favor de los más desventajados de la sociedad cuando éstos no pueden ayudarse a sí mismos.

*Así, mientras el Congreso, (...) no establezca lo contrario, es el Estado – con cargo a los recursos tributarios y no tributarios – el llamado a asumir las cargas positivas necesarias para impedir que la persona humana sea despojada, por las circunstancias en que se halla, de su dignidad y sus derechos fundamentales.*

*La responsabilidad que le cabe a las autoridades públicas en la ejecución de sus servicios sociales es máxima, dado que mientras el legislador no distribuya las cargas sociales de manera razonable entre el Estado y las organizaciones e instituciones sociales, el Estado no puede disculpar su inacción en que otros deben hacer lo que el legislador democrático no les ha asignado."*

Sobre las prestaciones: las personas de la tercera edad: "los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia (art. 46 inc. 2 C.P.) "frente a los discapacitados físicos, sensoriales y psíquicos, el Estado está obligado a adelantar una política de prevención, rehabilitación e integración social, de forma que se les preste la atención especializada que ellos requieren (art. 47 C.P.)".

<sup>39</sup> Sentencia SU-062 de 1999. Magistrado Ponente: VLADIMIRO NARANJO MESA. Cuatro (4) de febrero de mil novecientos noventa y nueve (1999). Corte Constitucional, Sala Plena.

<sup>40</sup> Sentencia T-224 de 1997, M.P. Carlos Gaviria Díaz, reiterada en T-499 de 1999, M.P. Alfredo Beltrán Sierra, T-722 de 2001 y T-175 de 2002, M. P. Rodrigo Escobar Gil. Corte Constitucional.

adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica (...)"

**Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad (resolución 46/91) el 16 de diciembre de 1991:**

**Independencia**

- Tener acceso a alimentación, agua, vivienda, vestimenta y atención de salud adecuados, mediante ingresos, apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia;
- Tener la oportunidad de trabajar o de tener acceso a otras posibilidades de obtener ingresos;
- Tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a sus capacidades en continuo cambio;

**Cuidados**

- Tener acceso a servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado;
- Tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro;
- Poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamiento, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida.

**Dignidad**

- Poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales;
- Recibir un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y han de ser valoradas independientemente de su contribución económica.

**JURISPRUDENCIA**

*"La jurisprudencia constitucional derecho a la vida éste no hace relación exclusivamente a la vida biológica, sino que abarca también las condiciones de vida correspondientes a la dignidad intrínseca del ser humano. Ha tratado entonces del derecho a la vida digna, y se ha referido al*

**IV. ANTECEDENTES INTERNACIONALES**

En algunos países de América Latina y Europa existen normatividad tendiente a garantizar el derecho a la seguridad social; se ha regulado la dependencia de personas que por padecer enfermedades crónicas degenerativas o por razón de edad, se hallan limitadas para realizar sus propias necesidades básicas diarias. Para brindar mayores y mejores elementos al actual proyecto de ley, estas normatividades serán referentes válidos para que desde el congreso de la República de Colombia se avance en garantizar los derechos humanos del cuidador familiar y de la persona dependiente.

**Caso Chile<sup>41</sup>**

La Ley 20.255 de marzo de 2008, crea el sistema de pensiones solidarias de vejez e invalidez, el cual permite a quienes no tienen derecho a una pensión en algún régimen previsional acceder a un monto de 107.304 pesos. Éste se reajustará de forma anual automáticamente, de acuerdo a la variación del Índice de Precios al Consumidor (IPC).

Este beneficio está dirigido a personas que, al momento de presentar la solicitud, tengan 65 años como edad mínima; personas sin derecho a recibir pensión, ya sea en calidad de titular o como beneficiario de pensión de sobrevivencia; personas que integren un grupo familiar perteneciente al 60% de la población más pobre según Puntaje Focalización Previsional y otras dos características que no son adaptables para la justificación de este proyecto.

Adicionalmente, se evidencia la existencia de un Programa de Apoyo al Cuidado de Personas Postradas de toda edad, con discapacidad severa o pérdida de autonomía. El cual expresa características esenciales para reconocer a la persona postrada, las cuales son: requerimiento de apoyo, guía y supervisión total en actividades de la vida diaria como lo son: bañarse, vestirse, usar el inodoro, trasladarse, continencia de esfínteres y alimentarse.

**Caso Argentina<sup>42</sup>**

Este país cuenta con la pensión no contributiva - prestación por vejez la cual está destinada a personas mayores de 70 años, que estén en situación de vulnerabilidad social sin cobertura previsional o no contributiva. El monto es equivalente al 70% de un haber mínimo<sup>43</sup>, es decir,

<sup>41</sup> Fuente: Página web <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/5270-pension-basica-solidaria-de-vejez-pbv>

<sup>42</sup> Fuente: <https://www.anses.gob.ar/prestaciones/pension-no-contributiva-prestacion-por-vejez/>

<sup>43</sup> Fuente: El Salario Mínimo Mensual en Argentina para 2018 es de 9.500 pesos argentinos lo que equivale a 1.001.473 pesos colombianos. Link: <https://www.datosmacro.com/smi/argentina>

\$701.000 pesos colombianos, lo que corresponde al 90% del SMMLV en

Colombia.

**Caso Uruguay:**

Este país cuenta con la Ley 6.874 del 11 de febrero de 1919. La cual aprueba el programa de prestaciones no contributivas y es un recurso económico sujeto a un derecho, pero teniendo en cuenta que la persona cumpla con los parámetros establecidos para acceder y mantenerlo.

En el 2015 se creó la Ley 19353 del 27 de noviembre<sup>44</sup> que establece el Sistema Nacional Integrado de cuidados<sup>45</sup> y estructura los servicios, programas y subsidios del mismo, a fin de que constituyan un modelo solidario y corresponsable entre familias, Estado, comunidad y mercado (Art. 1). En este sistema están involucradas las personas en situación de dependencia (niños y niñas hasta los 12 años, personas con discapacidad y personas mayores de 65 años que carecen de autonomía para el desarrollo de actividades de la vida diaria) y por otro lado quienes prestan servicios de cuidado. Se establecen también los niveles de dependencia y los instrumentos para valorarla.

En cuanto a los beneficios se encuentra un subsidio para cuidados que constituyen una prestación económica destinada a facilitar el acceso a los cuidados, cubriendo el costo total o parcial de los mismos. Entre los cuidados en el domicilio están asistentes personales (cuidadores informales remunerados o no) para cuidados de larga duración y transitorios, entre otros. Algo novedoso es que incluye cuidados a distancia con tele asistencia. Otro beneficio que contempla esta legislación es la licencia para cuidado de familiares en situación de dependencia.

El sistema se regula a través de una Secretaría Nacional de cuidados y el Registro Nacional de Cuidados a fin de implementar y supervisar los servicios, programa y prestaciones del Sistema Nacional Integrado de cuidado.

En este sistema un actor clave es el Cuidador, el cual a través del sistema accede a una oferta de formación que garantiza la calidad de los servicios para la población en situación de dependencia, favoreciendo la construcción de trayectorias educativas para quienes se desempeñan en el sector.

**Caso España:**

<sup>44</sup> Disponible en: <http://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/101553/122406/F841410963/LEY%2019353%20URUGUAY.pdf>  
<sup>45</sup> Consultar en <http://www.sistemadecuidados.gub.uy/>

Según la legislación española, la dependencia “es un estado de carácter permanente de las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad, o la discapacidad, y ligadas a la falta de autonomía, física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”<sup>46</sup>.

Adicionalmente, la ley 39 de 2006 la cual regula la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de DEPENDENCIA y establece los siguientes niveles de dependencia:

- Grado I. Es dependencia moderada, ya que la persona necesita ayuda para realizar algunas actividades básicas de la vida diaria o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
- Grado II. Es dependencia severa cuando la persona necesita ayuda dos o tres veces al día para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador.
- Grado III. Es de gran dependencia cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

**Caso Alemania**

Se ha consagrado los siguientes niveles asistenciales en la Ley de Seguro de Dependencia de 1.995:

- **Nivel asistencial I:** Todas aquellas personas que precisen al menos dos actividades en una o más de las siguientes áreas de ayuda, al menos una vez al día: aseo corporal, alimentación o movilidad. Deberán necesitar ayuda para las tareas domésticas varias veces a la semana, al menos 45 minutos de asistencia en los cuidados básicos.
- **Nivel asistencial II:** Todas aquellas personas que precisen al menos tres veces al día cuidados asistenciales para su aseo corporal, alimentación o movilidad a diferentes horas del día, además deberán necesitar ayuda varias veces a la semana para realizar sus tareas domésticas. El volumen de cuidados asistenciales por día no podrá ser inferior a las tres horas, debiendo recaer al menos dos horas en los cuidados básicos.
- **Nivel Asistencial III:** Todas aquellas personas que precisen de cuidados asistenciales para su aseo corporal, alimentación o movilidad las 24 horas del día; además de

<sup>46</sup> Artículo 2. Ley 39 de 2006 “De Promoción a la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia”. España

precisar ayuda varias veces a la semana para sus tareas domésticas. El volumen de los cuidados asistenciales no podrá ser inferior a 5 horas diarias debiendo recaer en los cuidados básicos, al menos 4 horas.

- **Nivel de Extrema gravedad:** Los seguros de enfermedad podrán reconocer la condición de extrema gravedad a todas aquellas personas con un nivel asistencial III que precisen de cuidados asistenciales más amplios que los provistos por el nivel asistencial III.

**V. CONCEPTOS INSTITUCIONALES**

Los ponentes con el fin de fortalecer la iniciativa, el cinco de octubre de 2021, solicitaron conceptos a:

- Ministerio de Hacienda y Crédito Público.
- Ministerio de Salud.
- Ministerio de Educación.
- Ministerio del Trabajo.
- Prosperidad Social.
- Departamento Nacional de Planeación.
- Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA.

A la fecha de ser radicada esta ponencia, solo se cuenta con un concepto con fecha 11 de octubre del año en curso, de Prosperidad Social, en el cual expresan:

*“(…) De acuerdo con las consideraciones antes expuestas, se solicita respetuosamente que del Proyecto de Ley No. 009 de 2020 Senado, «por el cual se garantizan los derechos de los Cuidadores Familiares de personas dependientes, y se dictan otras disposiciones», los artículos 8° y 9°(…), de los cuales se hizo referencia específicamente en el presente oficio, no continúen su trámite al considerar la posible inconstitucionalidad e inviabilidad técnica, al ordenar la priorización de los cuidadores familiares como beneficiarios de los programas sociales del Estado, en especial el de Ingreso Solidario. Además de lo anterior, de no contar con el concepto favorable del Ministerio de Hacienda y Crédito Público por el impacto fiscal que generarían dichos artículos (...)”* (Subrayado y negrilla fuera de texto).

**VI. PLIEGO DE MODIFICACIONES**

Para la presente ponencia se proponen las siguientes modificaciones:

TEXTO APROBADO SENADO DE LA REPÚBLICA	TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE COMISIÓN VII CÁMARA DE REPRESENTANTES	OBSERVACIONES
<p><b>“POR LA CUAL SE GARANTIZAN LOS DERECHOS DE LOS CUIDADORES FAMILIARES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y ADULTOS MAYORES, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.</b></p>	<p><b>“POR LA CUAL SE GARANTIZAN LOS DERECHOS DE LOS CUIDADORES FAMILIARES O ASISTENTES PERSONALES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y ADULTOS MAYORES, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.</b></p>	<p>Se propone un título que amplía la denominación de cuidador o asistente personal como lo establece la Convención de las personas con discapacidad.</p>
<p><b>Artículo 1° Objeto:</b> La presente ley tiene por objeto reconocer y garantizar los derechos que tienen los cuidadores familiares de las personas que, por su situación física, mental, social, intelectual, sensorial o su vulnerabilidad asociada con la edad, necesitan del apoyo permanente para realizar las actividades esenciales de su vida diaria.</p>	<p><b>Artículo 1° Objeto:</b> La presente ley tiene por objeto reconocer y garantizar los derechos que tienen los cuidadores familiares o asistentes personales de las personas que, por su situación física, mental, social, intelectual, sensorial o su vulnerabilidad asociada con la edad, necesitan del apoyo permanente para realizar las actividades esenciales de su vida diaria con discapacidad y adultos mayores que así lo requieran, respetando sus preferencias y autonomía.</p>	<p>Se amplía la denominación de cuidador o asistente personal como lo establece la Convención de las personas con discapacidad.</p> <p>Al mismo tiempo, se concreta el universo poblacional a las personas con discapacidad y adultos</p>

<p><b>Artículo 2° Cuidador familiar:</b> Se entenderá como cuidador familiar al compañero permanente o cónyuge de la persona que requiere del cuidado permanente a quien, teniendo un parentesco hasta tercer grado de consanguinidad, tercero de afinidad o tercero civil con la misma, demuestre que es la persona responsable de apoyar en los cuidados de manera permanente, para las actividades de la vida diaria sin recibir una contraprestación económica por su asistencia.</p> <p><b>Parágrafo:</b> Para efectos de la protección derivada de la presente ley no se podrá reconocer más de un cuidador por persona.</p>	<p><b>Artículo 2° Definiciones</b></p> <p><b>Cuidador familiar:</b> Se entenderá como cuidador familiar al compañero permanente o cónyuge de la persona que requiere del cuidado permanente a quien, teniendo un parentesco hasta tercer grado de consanguinidad, tercero de afinidad o tercero civil con la misma, demuestre que es la persona responsable de apoyar en los cuidados de manera permanente, para las actividades de la vida diaria sin recibir una contraprestación económica por su asistencia.</p> <p><b>a) Cuidador o Asistente personal:</b> Se entiende por asistente personal una persona, profesional o no, que apoya a realizar las tareas básicas de la vida cotidiana de una persona con discapacidad quien, sin la asistencia de la primera, no podría realizarlas. El servicio de cuidado o asistencia personal estará siempre supeditado a la autonomía, voluntad y preferencias de la persona con discapacidad a quien se presta la asistencia.</p> <p><b>b) Cuidado o asistencia personal no remunerado de personas con discapacidad o adultos mayores: es la atención prestada por familiares u otra persona, sin remuneración, a personas con discapacidad o adultos mayores, de manera permanente.</b></p> <p><b>c) Cuidado o asistencia personal remunerado de personas con discapacidad o adultos mayores: es</b></p>	<p>mayores como lo dispone el título.</p> <p>Se amplía la denominación de cuidador o asistente personal como lo establece la Convención de las personas con discapacidad.</p> <p>Se agrega la definición de cuidado o asistencia personal remunerada y no remunerada.</p> <p>Se agrega la definición de persona con discapacidad de acuerdo a Convención de la ONU, 2006, y Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, OMS, 2002)</p> <p>Se agrega la definición de adulto mayor con base a lo establecido por el Ministerio de Salud.</p> <p>Se sube a este artículo la definición de autonomía y vida digna que se encontraba en un artículo independiente, con el fin de darle mayor orden al articulado.</p>	<p><u>la atención prestada por familiares u otra persona, con remuneración, a personas con discapacidad o adultos mayores, de manera permanente.</u></p> <p><b>d) Persona con discapacidad:</b> Son aquellas personas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con el entorno, encuentran diversas barreras, que pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás ciudadanos.</p> <p><b>e) Personas Adultas mayores:</b> Son sujetos de derecho, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones. Las personas envejecen de múltiples maneras dependiendo de las experiencias, eventos cruciales y transiciones afrontadas durante sus cursos de vida, es decir, implica procesos de desarrollo y de deterioro. Una persona adulta mayor es una persona de 60 años o más de edad.</p> <p><b>f) Autonomía:</b> Se entiende como la capacidad de tomar decisiones para proteger y preservar la vida, de acuerdo con las posibilidades.</p> <p><b>g) vida digna:</b> Es la condición que garantiza el ejercicio de los derechos humanos que incluyen la completa satisfacción de las necesidades básicas.</p>	
<p><b>Artículo 3° Persona</b> que requiere de apoyo permanente. Para efectos de la presente ley se entenderá como persona que requiere de apoyo permanente, aquella que, por su situación física, mental, social, intelectual, sensorial o su vulnerabilidad asociada con la edad, necesita del apoyo continuo de otra persona para la realización de sus actividades esenciales de la vida diaria.</p> <p><b>Parágrafo.</b> Para determinar el nivel de apoyo requerido será necesario el diagnóstico y certificación realizada por el médico tratante o el profesional de la salud asignado para tal efecto dentro del respectivo régimen de salud al que se encuentra afiliado. Todas las Empresas Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo y/o subsidiado, deberán garantizar el acceso a la evaluación indicada en el presente artículo.</p>	<p><b>Artículo 3° Persona:</b> que requiere de apoyo permanente. Para efectos de la presente ley se entenderá como persona que requiere de apoyo permanente, aquella que, por su situación física, mental, social, intelectual, sensorial o su vulnerabilidad asociada con la edad, necesita del apoyo continuo de otra persona para la realización de sus actividades esenciales de la vida diaria.</p> <p><b>Parágrafo.</b> Para determinar el nivel de apoyo requerido será necesario el diagnóstico y certificación realizada por el médico tratante o el profesional de la salud asignado para tal efecto dentro del respectivo régimen de salud al que se encuentra afiliado. Todas las Empresas Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo y/o subsidiado, deberán garantizar el acceso a la evaluación indicada en el presente artículo.</p>	<p>El título es claro en delimitar el Proyecto de Ley a personas con discapacidad y adultos mayores, por lo tanto, es pertinente que estas sean las dos definiciones que se asuman, y además, se suban al artículo anterior, en el cual se recopilan todas las definiciones para mayor orden en el articulado.</p> <p>Se sube al artículo de definiciones y se separan los dos conceptos.</p>	<p><b>Artículo 5° Sistema de Información de Cuidador Familiar- SICF:</b> El Ministerio de Salud y Protección Social creará el Sistema de Información de Cuidador Familiar -SICF, a través del cual se identificará el cuidador familiar, el lugar de residencia, tipo de apoyo que presta, entre otra información relevante, con el fin de que éstos puedan acceder a los programas sociales del Estado.</p> <p><b>Parágrafo primero.</b> El proceso de verificación del cuidador familiar de la persona mayor o con discapacidad, se realizará a través del sistema de información de atención de las EPS del sistema contributivo y/o subsidiado.</p> <p><b>Parágrafo segundo.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social realizará un seguimiento al cuidador familiar, con el fin de verificar la protección del derecho de la persona a la que le brinda el cuidado.</p>	<p><u>completa satisfacción de las necesidades básicas.</u></p> <p><b>Artículo 5°—3° Sistema de Información de Cuidadores Familiar— SICF o asistentes personales:</b> El Ministerio de Salud y Protección Social creará el Sistema de Información de Cuidadores o asistentes personales Familiar -SICF, a través del cual se identificará el cuidador familiar o asistente personal, el lugar de residencia, tipo de apoyo que presta, entre otra información relevante, con el fin de que éstos puedan acceder a los programas sociales del Estado.</p> <p><b>Parágrafo primero 1.</b> El proceso de verificación del cuidador familiar o asistente personal de la persona mayor o con discapacidad, se realizará a través del sistema de información de atención de las EPS del sistema contributivo y/o subsidiado.</p> <p><b>Parágrafo segundo 2.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social realizará un seguimiento al cuidador familiar o asistente personal, con el fin de verificar la protección del derecho de la persona a la que le brinda el cuidado.</p> <p>Se le atribuye la responsabilidad del desarrollo de los programas para los cuidadores o asistentes personales al Gobierno Nacional.</p> <p>Se amplía la denominación de</p>
<p><b>Artículo 4° Autonomía y vida digna.</b> Para efectos de la presente ley se entenderá como autonomía, la capacidad de tomar decisiones para proteger y preservar la vida, de acuerdo con las posibilidades; así mismo, vida digna, es la condición que garantiza el ejercicio de los derechos humanos que incluyen la completa satisfacción de las necesidades básicas.</p>	<p><b>Artículo 4° Autonomía y vida digna.</b> Para efectos de la presente ley se entenderá como autonomía, la capacidad de tomar decisiones para proteger y preservar la vida, de acuerdo con las posibilidades; así mismo, vida digna, es la condición que garantiza el ejercicio de los derechos humanos que incluyen la</p>		<p><b>Artículo 6° Derechos del cuidador familiar.</b> El Sistema de Salud en el cual se encuentre inscrito el cuidador familiar de la persona dependiente le garantizará acceso gratuito a una capacitación y seguimiento dentro de los programas de promoción y prevención que fortalezca de manera permanente su</p>	<p><b>Artículo 6-4° Derechos del cuidador familiar o asistente personal.</b> El Sistema de Salud en el cual se encuentre inscrito el cuidador familiar de la persona dependiente le garantizará acceso gratuito a una capacitación y seguimiento dentro del Gobierno Nacional en el marco de la política de salud y a través de, de los programas de promoción y prevención</p>

<p>competencia de cuidador; así como el apoyo asistencial que puede incorporar el apoyo instrumental, emocional, social y espiritual que requiera para garantizarla. Para efecto del presente artículo se entenderá lo siguiente: Competencia de Cuidador del Cuidador Familiar: Es la capacidad, habilidad y preparación que tiene un cuidador familiar, para ejercer su rol y labor de cuidar en la cotidianidad, garantizando el derecho a la autonomía y a la vida digna, de su familiar. <b>Apoyo Instrumental:</b> Garantizar el acceso a elementos, medios y mecanismos que proporcionen bienestar de la persona que requiere apoyo para realizar las actividades esenciales de su vida diaria. <b>Apoyo Psicosocial y/o Espiritual:</b> Garantizar el acceso a programas de apoyo psicosocial y espiritual que respalden el rol del cuidador familiar y faciliten el enfrentamiento de temores o retos asociados con su función.</p> <p><b>Artículo 7° Derechos en salud del cuidador familiar.</b> El cuidador familiar que por sus propios ingresos no tenga acceso</p>	<p><del>desarrollará programas de capacitación para que fortalezcan las de manera permanente su competencia del cuidado; así como el apoyo asistencial que puede incorporar el apoyo instrumental, emocional, y social y espiritual que requiera para garantizarla.</del> Para efecto del presente artículo se entenderá lo siguiente: <b>a. Competencia de Cuidado del Cuidador Familiar o asistente personal:</b> Es la capacidad, habilidad y preparación que tiene un cuidador familiar o asistente personal, para ejercer su rol y labor de cuidar en la cotidianidad, garantizando el derecho a la autonomía y a la vida digna, de su familiar <u>la persona bajo su cuidado.</u> <b>b. Apoyo Instrumental:</b> Garantizar el acceso a elementos, medios y mecanismos que proporcionen bienestar de la persona que requiere apoyo para realizar las actividades esenciales de su vida diaria, <u>conforme a la reglamentación vigente.</u> <b>c. Apoyo Psicosocial y/o Espiritual:</b> Garantizar el acceso a programas de apoyo psicosocial y espiritual que respalden el rol del cuidador familiar o asistente personal y faciliten el enfrentamiento de temores o retos asociados con su función. <u>Lo anterior, dentro del marco fiscal de mediano plazo y el marco de gasto de las entidades correspondientes y a las capacidades presupuestales.</u></p> <p><b>Artículo 7.5° Derechos en salud del cuidador familiar o asistente personal.</b> El cuidador familiar o asistente personal que por sus</p>	<p>cuidador o asistente personal como lo establece la Convención de las personas con discapacidad. Se incluyen literales al artículo a fin de hacer más ordenado cada párrafo. Se elimina lo referente al apoyo espiritual, en la medida que esa no es una función que deba asumir un Estado Laico. Cambia la numeración del artículo.</p> <p>Se considera pertinente que se establezca solamente la prelación</p>	<p>al sistema contributivo en salud como cotizante, tendrá prelación para su inscripción en el sistema subsidiado de salud. En el caso de que la persona que requiere de apoyo permanente pertenezca al sistema contributivo en salud como cotizante y así tenga inscritos beneficiarios mayores de edad, como cónyuge, compañero permanente, padres o hijos estudiantes, podrá inscribir como beneficiario a su cuidador familiar quedando éste, exento del pago de cuotas que impidan el acceso a los servicios de salud.</p> <p><b>Artículo 8° Beneficio económico.</b> En el evento en que el cuidador familiar no sea pensionado, no cotice al Sistema de Pensiones y no cuente con un ingreso que garantice su mínimo vital, tendrá derecho a ser priorizado y beneficiario del programa Ingreso Solidario creado mediante el Decreto Legislativo 518 de 2020. El gobierno nacional a través del Departamento para la Prosperidad Social en articulación con el Departamento de Planeación Nacional DNP, reglamentarán el procedimiento de inclusión de los cuidadores en el programa ingreso solidario, de acuerdo a lo establecido en el presente artículo. Lo anterior, dentro del marco fiscal de mediano plazo de las entidades correspondientes y a las capacidades presupuestales del programa ingreso solidario.</p>	<p>propios ingresos no tenga acceso al sistema contributivo en salud como cotizante, tendrá prelación para su inscripción en el sistema subsidiado de salud, <u>conforme a la reglamentación vigente.</u> En el caso de que la persona que requiere de apoyo permanente pertenezca al sistema contributivo en salud como cotizante y así tenga inscritos beneficiarios mayores de edad, como cónyuge, compañero permanente, padres o hijos estudiantes, podrá inscribir como beneficiario a su cuidador familiar quedando éste, exento del pago de cuotas que impidan el acceso a los servicios de salud.</p> <p><b>Artículo 8.6° Beneficio económico.</b> En el evento en que el cuidador familiar o asistente personal no sea pensionado, no cotice al Sistema de Pensiones y no cuente con un ingreso que garantice su mínimo vital, tendrá derecho a ser priorizado y beneficiario del programa Ingreso Solidario creado mediante el Decreto Legislativo 518 de 2020 y sus decretos modificatorios, siempre y cuando cumpla con los requisitos establecidos en el mismo. El gobierno nacional a través del Departamento para la Prosperidad Social en articulación con el Departamento de Planeación Nacional DNP, reglamentarán el procedimiento de inclusión de los cuidadores o asistentes personales en el programa ingreso solidario, de acuerdo a lo establecido en el presente artículo. Lo anterior, dentro del marco fiscal de mediano plazo de las entidades correspondientes y a las capacidades</p>	<p>en la inscripción al sistema subsidiado, en la medida que las medidas propuestas para el sistema contributivo podrían generar distorsiones. Cambia la numeración del artículo. Se amplía la denominación de cuidador o asistente personal como lo establece la Convención de las personas con discapacidad. Se ajusta a las consideraciones del Ministerio de Hacienda, con el fin de no generar distorsiones. Cambia la numeración del artículo. Se amplía la denominación de cuidador o asistente personal como lo establece la Convención de las personas con discapacidad.</p>
<p>presupuestales del programa ingreso solidario.</p> <p><b>Artículo 9° Prioridad en los programas sociales del Estado y flexibilidad en horario laboral.</b> Cuando el cuidador familiar y la persona que requiere de su apoyo permanente no tengan ingresos propios, se garantizará la prelación de éstos para ser inscritos en los programas sociales del Estado. Cuando el cuidador familiar trabaje teniendo que cumplir un horario laboral, tendrá derecho, previa certificación de su condición, a contar con flexibilidad en dicho horario de manera que se permita y favorezca el cuidado de la persona que requiere de apoyo permanente.</p> <p>Cuando el cuidador o asistente personal no remunerado de persona con discapacidad, tenga también la calidad de trabajador en cualquier modalidad y deba cumplir con un horario laboral, tendrá derecho, previa certificación de su condición, a flexibilidad horaria, a fin de realizar sus actividades de cuidado o asistencia personal no remunerado.</p>	<p>presupuestales del programa ingreso solidario.</p> <p><b>Artículo 9.7° Prioridad en los programas sociales del Estado y flexibilidad en horario laboral:</b> Cuando el cuidador familiar o asistente personal de la persona que requiere de su apoyo permanente no tengan ingreso propios, <u>ni acceso al Sistema de Seguridad Social en el régimen contributivo,</u> se garantizará la su prelación de éstos para ser inscritos en la inscripción en los programas sociales del Estado y su inscripción en el régimen subsidiado. Cuando el cuidador familiar trabaje teniendo que cumplir un horario laboral, <u>tendrá derecho, previa certificación de su condición, a contar con flexibilidad en dicho horario de manera que se permita y favorezca el cuidado de la persona que requiere de apoyo permanente.</u></p> <p><b>Artículo 10.8°: Flexibilidad en horario laboral:</b> Cuando el cuidador o asistente personal no remunerado de un familiar en primer grado de consanguinidad, tenga también la calidad de trabajador en cualquier modalidad y deba cumplir con un horario laboral, tendrá derecho, <u>previa certificación de su condición de cuidador familiar, gozar de flexibilidad horaria, sea mediante trabajo en casa o trabajo remoto, sin desmedo del cumplimiento de sus funciones, con él a fin de realizar sus actividades de cuidado.</u></p>	<p>Se divide el artículo en dos artículos y se ajusta la redacción. Cambia la numeración del artículo. Se amplía la denominación de cuidador o asistente personal como lo establece la Convención de las personas con discapacidad. Se ajusta la redacción de lo concerniente a flexibilidad laboral. Cambia la numeración del artículo. Se amplía la denominación de cuidador o asistente personal como lo establece la Convención de las personas con discapacidad.</p>	<p><b>Artículo 10° Ampliación del Plan de Beneficios en Salud para la protección de las personas dependientes.</b> El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, o quien haga sus veces, incluirá en el régimen contributivo como en el régimen subsidiado, los insumos y elementos de carácter clínico, psicosocial, familiar, atención primaria en salud, de la persona afiliada que así lo requiera para posibilitar un mejor desarrollo de las actividades del cuidador familiar, respecto al apoyo que presta.</p> <p><b>Artículo 11° Capacitación del talento humano en salud.</b> Las Instituciones de Educación Superior en el marco de su autonomía constitucional y las Instituciones de Trabajo y el Desarrollo Humano, podrán impartir programas de educación enfocados en la atención que el cuidador familiar debe brindar a la persona dependiente y otorgar las certificaciones correspondientes. Los cuidadores que adelanten sus estudios y/o capacitaciones en estos programas educativos, deben registrar las certificaciones mencionadas en el Sistema de Información de Cuidadores Familiares –SICF, como requisito para acceder a los derechos consagrados en la presente ley. <b>Parágrafo 1.</b> Los ministerios establecerán lo reglamentar lo establecido en el presente artículo. <b>Parágrafo 2.</b> Todos los cuidadores familiares de personas con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e</p>	<p><b>Artículo 11° Ampliación del Plan de Beneficios en Salud para la protección de las personas dependientes.</b> El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, o quien haga sus veces, incluirá en el régimen contributivo como en el régimen subsidiado, los insumos y elementos de carácter clínico, psicosocial, familiar, atención primaria en salud, de la persona afiliada que así lo requiera para posibilitar un mejor desarrollo de las actividades del cuidador familiar, respecto al apoyo que presta.</p> <p><b>Artículo 12.9° Capacitación del talento humano en salud.</b> Las Instituciones de Educación Superior en el marco de su autonomía constitucional y las Instituciones de Trabajo y el Desarrollo Humano, podrán impartir programas de educación enfocados en la atención que el cuidador familiar o asistente personal debe brindar a la persona dependiente y otorgar las certificaciones correspondientes. Los cuidadores o asistentes personales que adelanten sus estudios y/o capacitaciones en estos programas educativos, deben registrar las certificaciones mencionadas en el Sistema de Información de Cuidadores Familiares o asistentes personales –SICF, como requisito para acceder a los derechos consagrados en la presente ley. <b>Parágrafo 1.</b> Los ministerios de Salud y Protección Social deberán reglamentar lo establecido en el presente artículo.</p>	<p>Se elimina por concepto del Ministerio de Hacienda y solicitud del autor para viabilidad del PL. Cambia la enumeración y se retiran las palabras: persona dependiente por cuanto de cara a la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad estos no son dependientes sino autónomos. Se amplía la denominación de cuidador o asistente personal como lo establece la Convención de las personas con discapacidad. Se elimina el Parágrafo 2 en la medida que los cuidados paliativos debe ejercerlo un profesional de la salud.</p>

<p>irreversibles que provoquen dolor deberán recibir formación en cuidados paliativos. El Ministerio de Salud reglamentará el tema.</p>	<p><del>Parágrafo 2. Todos los cuidadores familiares de personas con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles que provoquen dolor deberán recibir formación en cuidados paliativos. El Ministerio de Salud reglamentará el tema.</del></p>	
<p><b>Artículo 12° (NUEVO)</b> Las entidades de orden nacional que tienen competencia en la implementación del Sistema Nacional de Cuidado deberán destinar de manera explícita recursos para el funcionamiento de la Política Nacional de Cuidado y diseñar indicadores específicos para hacer seguimiento a las metas de la Política Nacional de Cuidado en cada uno de sus componentes. <b>PARÁGRAFO 1:</b> Las entidades de orden nacional deberán rendir un informe semestral ante la Comisión Legal de Equidad de la Mujer del Congreso de la República sobre la ejecución de recursos para el funcionamiento de la Política Nacional de Cuidado y hacer seguimiento a los indicadores establecidos donde es obligatorio que se cuente con la participación organizaciones de: cuidadoras, cuidadores y organizaciones de la sociedad civil comprometidas con el desarrollo de un Sistema Nacional de Cuidado. <b>PARÁGRAFO 2.</b> La implementación del presente artículo deberá tener en cuenta criterios de sostenibilidad fiscal y priorización en los programas sociales.</p>	<p><del>Artículo 13-10°</del> Las entidades de orden nacional que tienen competencia en la implementación del Sistema Nacional de Cuidado <del>deberán destinar de manera explícita recursos para el funcionamiento de la Política Nacional de Cuidado y diseñarán</del> indicadores específicos para hacer seguimiento a las metas de la Política Nacional de Cuidado en cada uno de sus componentes. <u>Lo anterior, dentro del marco fiscal de mediano plazo y el marco de gasto de las entidades correspondientes v a las capacidades presupuestales.</u> <b>PARÁGRAFO Parágrafo 1:</b> Las entidades de orden nacional deberán rendir un informe semestral ante <u>las Comisiones Séptimas constitucionales</u> y la Comisión Legal de Equidad de la Mujer del Congreso de la República sobre la ejecución de recursos para el funcionamiento de la Política Nacional de Cuidado y hacer seguimiento a los indicadores establecidos donde es obligatorio que se cuente con la participación organizaciones de: cuidadoras, cuidadores, <u>asistentes personales</u> y organizaciones de la sociedad civil comprometidas con el desarrollo de un Sistema Nacional de Cuidado.</p>	<p>Cambia la enumeración. Se ajusta redacción por recomendación del Ministerio de Hacienda y el autor del PL.</p>

	<p><b>PARÁGRAFO 2.</b> La implementación del presente artículo deberá tener en cuenta criterios de sostenibilidad fiscal y priorización en los programas sociales.</p>	
<p><b>Artículo 13° Vigencia.</b> La presente ley rige a partir de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias.</p>	<p><b>Artículo 44 11° Vigencia.</b> La presente ley rige a partir de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias.</p>	<p>Cambia la enumeración.</p>

**VII. POSIBLES CONFLICTOS DE INTERÉS**

Con base en el artículo 3° de la Ley 2003 de 2019, según el cual “*El autor del proyecto y el ponente presentarán en el cuerpo de la exposición de motivos un acápite que describa las circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto, de acuerdo al artículo 286. Estos serán criterios guías para que los otros congresistas tomen una decisión en torno a si se encuentran en una causal de impedimento, no obstante, otras causales que el Congresista pueda encontrar*”.

A continuación, se pondrán de presente los criterios que la Ley 2003 de 2019 contempla para hacer el análisis frente a los posibles impedimentos que se puedan presentar en razón a un conflicto de interés en el ejercicio de la función congresional, entre ellas la legislativa.

“Artículo 1°. El artículo 286 de la Ley 5 de 1992 quedará así:

(...)

a) *Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado.*

b) *Beneficio actual: aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión.*

**VIII. IMPACTO FISCAL**

En lo referente al cumplimiento de lo ordenado en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003, en correspondencia con las precisiones de la Sentencia C-051 del año 2018, el presente proyecto de ley no ordena un gasto específico, ni otorga un beneficio tributario a cargo de la nación que obligue a incluir expresamente en la exposición de motivos el análisis de costos fiscales de la iniciativa y la fuente de ingreso adicional generada para el financiamiento de tales costos.

**IX. PROPOSICIÓN**

Considerando los argumentos expuestos y en cumplimiento de los requisitos establecidos en la Ley 5 de 1992, presentamos ponencia favorable y, en consecuencia, solicitamos a la mesa directiva de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes dar debate al proyecto de ley No.264 de 2021 Cámara – 009 de 2020 Senado “**POR LA CUAL SE GARANTIZAN LOS DERECHOS DE LOS CUIDADORES FAMILIARES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y ADULTOS MAYORES, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES**”.

Respetuosamente,

  
**ÁNGELA SÁNCHEZ LEAL**  
 Representante a la Cámara  
 Coordinadora Ponente

  
**MAURICIO ANDRÉS TORO ORJUELA**  
 Representante a la Cámara  
 Ponente

Teniendo en cuenta lo anterior, se propone el siguiente articulado.

**TEXTO PROPUESTO**

<p><b>TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NO 264 DE 2021 CÁMARA – 009 DE 2020 SENADO “POR LA CUAL SE GARANTIZAN LOS DERECHOS DE LOS CUIDADORES O ASISTENTES PERSONALES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y ADULTOS MAYORES, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”</b></p> <p><b>Artículo 1°</b> Objeto: La presente ley tiene por objeto reconocer y garantizar los derechos que tienen los cuidadores o asistentes personales de las personas con discapacidad y adultos mayores que así lo requieran, respetando sus preferencias y autonomía.</p> <p><b>Artículo 2°</b> Definiciones</p> <p>a) Cuidador o Asistente personal: Se entiende por asistente personal una persona, profesional o no, que apoya a realizar las tareas básicas de la vida cotidiana de una persona con discapacidad quien, sin la asistencia de la primera, no podría realizarlas. El servicio de cuidado o asistencia personal estará siempre supeditado a la autonomía, voluntad y preferencias de la persona con discapacidad a quien se presta la asistencia.</p> <p>b) Cuidado o asistencia personal no remunerado de personas con discapacidad o adultos mayores: es la atención prestada por familiares u otra persona, sin remuneración, a personas con discapacidad, de manera permanente.</p> <p>c) Cuidado o asistencia personal remunerado de personas con discapacidad o adultos mayores: es la atención prestada por familiares u otra persona, con remuneración, a personas con discapacidad, de manera permanente.</p> <p>d) Persona con discapacidad: Son aquellas personas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con el entorno, encuentran diversas barreras, que pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás ciudadanos.</p> <p>e) Personas Adultas mayores: Son sujetos de derecho, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones. Las personas envejecen de múltiples maneras dependiendo de las experiencias, eventos cruciales y transiciones afrontadas durante sus cursos de vida, es decir, implica procesos de desarrollo y de deterioro. Una persona adulta mayor es una persona de 60 años o más de edad.</p> <p>f) Autonomía: Se entiende como la capacidad de tomar decisiones para proteger y preservar la vida, de acuerdo con las posibilidades.</p> <p>g) Vida digna: Es la condición que garantiza el ejercicio de los derechos humanos que incluyen la completa satisfacción de las necesidades básicas.</p> <p><b>Parágrafo.</b> Para efectos de la protección derivada de la presente ley no se podrá reconocer más de un cuidador por persona.</p> <p><b>Artículo 3°</b> Sistema de Información de Cuidadores o asistentes personales: El Ministerio de Salud y Protección Social creará el Sistema de Información de Cuidadores o asistentes personales, a través del cual se identificará</p>	<p>el cuidador o asistente personal, el lugar de residencia, tipo de apoyo que presta, entre otra información relevante, con el fin de que éstos puedan acceder a los programas sociales del Estado.</p> <p><b>Parágrafo 1.</b> El proceso de verificación del cuidador o asistente personal de la persona mayor o con discapacidad, se realizará a través del sistema de información de atención de las EPS del sistema contributivo y/o subsidiado.</p> <p><b>Parágrafo 2.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social realizará un seguimiento al cuidador o asistente personal, con el fin de verificar la protección del derecho de la persona a la que le brinda el cuidado.</p> <p><b>Artículo 4°</b> Derechos del cuidador o asistente personal. El Gobierno Nacional en el marco de la política de salud y a través de los programas de promoción y prevención desarrollará programas de capacitación para fortalecer las competencias del cuidado; así como el apoyo asistencial que puede incorporar el apoyo instrumental, emocional y social. Para efecto del presente artículo se entenderá lo siguiente:</p> <p>a) Competencia de Cuidado del Cuidador o asistente personal: Es la capacidad, habilidad y preparación que tiene un cuidador o asistente personal, para ejercer su rol y labor de cuidar en la cotidianidad, garantizando el derecho a la autonomía y a la vida digna, de la persona bajo su cuidado.</p> <p>b) Apoyo Instrumental: Acceso a elementos, medios y mecanismos que proporcionen bienestar de la persona que requiere apoyo para realizar las actividades esenciales de su vida diaria, conforme a la reglamentación vigente.</p> <p>c) Apoyo Psicosocial: Acceso a programas de apoyo psicosocial que respalden el rol del cuidador o asistente personal y faciliten el enfrentamiento de temores o retos asociados con su función.</p> <p>Lo anterior, dentro del marco fiscal de mediano plazo y el marco de gasto de las entidades correspondientes y a las capacidades presupuestales.</p> <p><b>Artículo 5°</b> Derechos en salud del cuidador o asistente personal. El cuidador o asistente personal que por sus propios ingresos no tenga acceso al sistema contributivo en salud como cotizante, tendrá prelación para su inscripción en el sistema subsidiado de salud, conforme a la reglamentación vigente.</p> <p><b>Artículo 6°</b> Beneficio económico. El cuidador o asistente personal tendrá derecho a ser priorizado y beneficiario del programa Ingreso Solidario creado mediante el Decreto Legislativo 518 de 2020 y sus decretos modificatorios, siempre y cuando cumpla con los requisitos establecidos en el mismo. Lo anterior, dentro del marco fiscal de mediano plazo de las entidades correspondientes y a las capacidades presupuestales del programa ingreso solidario.</p> <p><b>Artículo 7°</b> Prioridad en los programas sociales del Estado. Cuando el cuidador o asistente personal de la persona que requiere apoyo permanente no cuente con ingresos propios, ni acceso al Sistema de Seguridad Social en el régimen contributivo, se garantizará su prelación para ser inscrito en los programas sociales del Estado y su inscripción en el régimen subsidiado.</p> <p><b>Artículo 8°</b> Flexibilidad en horario laboral: Cuando el cuidador o asistente personal no remunerado, tenga también la calidad de trabajador en cualquier modalidad y deba cumplir con un horario laboral, tendrá derecho,</p>
--	--

previa certificación de su condición, gozar de flexibilidad horaria, sea mediante trabajo en casa o trabajo remoto, sin desmedro del cumplimiento de sus funciones, con el fin de realizar sus actividades de cuidado.

**Artículo 9°** Capacitación del talento humano en salud. Las Instituciones de Educación Superior en el marco de su autonomía constitucional y las Instituciones de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano, podrán impartir programas de educación enfocados en la atención que el cuidador o asistente personal debe brindar y otorgar las certificaciones correspondientes.

Los cuidadores o asistentes personales que adelanten sus estudios y/o capacitaciones en estos programas educativos, deben registrar las certificaciones mencionadas en el Sistema de información de Cuidadores o asistentes personales, como requisito para acceder a los derechos consagrados en la presente ley.

**Parágrafo 1.** El ministerio de Salud y Protección Social deberán reglamentar lo establecido en el presente artículo.

**Parágrafo 2.** Todos los cuidadores o asistentes personales de personas con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles que provoquen dolor deberán recibir formación en cuidados paliativos. El Ministerio de Salud reglamentará el tema.

**Artículo 10°** Las entidades de orden nacional que tienen competencia en la implementación del Sistema Nacional de Cuidado diseñarán indicadores específicos para hacer seguimiento a las metas de la Política Nacional de Cuidado en cada uno de sus componentes.

Lo anterior, dentro del marco fiscal de mediano plazo y el marco de gasto de las entidades correspondientes y a las capacidades presupuestales.

**Parágrafo 1.** Las entidades de orden nacional deberán rendir un informe semestral ante las Comisiones Séptimas constitucionales y la Comisión Legal de Equidad de la Mujer del Congreso de la República sobre la ejecución de recursos para el funcionamiento de la Política Nacional de Cuidado y hacer seguimiento a los indicadores establecidos donde es obligatorio que se cuente con la participación organizaciones de: cuidadoras, cuidadores, asistentes personales y organizaciones de la sociedad civil comprometidas con el desarrollo de un Sistema Nacional de Cuidado.

**Artículo 11°** Vigencia. La presente ley rige a partir de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias.

Respetuosamente,



**ÁNGELA SÁNCHEZ LEAL**  
Representante a la Cámara  
Coordinadora Ponente



**MAURICIO ANDRÉS TORO ORJUELA**  
Representante a la Cámara  
Ponente

## INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE DEL PROYECTO DE LEY NÚMERO 417 DE 2021 CÁMARA Y 283 DE 2020 SENADO

*por medio de la cual se crea el Registro Nacional Público de Donantes de células progenitoras hematopoyéticas, se dictan medidas sobre donación y trasplante de células madre de médula ósea, y se dictan otras disposiciones - Ley Jerónimo.*

<p><b>INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE DEL PROYECTO DE LEY PROYECTO DE LEY No. 417/2021 Cámara y 283/2020 Senado</b> "Por medio de la cual se crea el registro nacional público de donantes de células progenitoras hematopoyéticas, se dictan medidas sobre donación y trasplante de células madre de médula ósea, y se dictan otras disposiciones - Ley Jerónimo"</p> <p>La presente Ponencia consta de las siguientes secciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Objeto del Proyecto de Ley.</b></li> <li>● <b>Trámite del proyecto de Ley</b></li> <li>● <b>Argumentos de la Exposición de Motivos.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Justificación legal.</b></li> <li>• <b>Pertinencia del proyecto de ley.</b></li> <li>• <b>Antecedentes.</b></li> </ul> </li> <li>● <b>Pliego de Modificaciones.</b></li> <li>● <b>Contenido del Proyecto de Ley</b></li> <li>● <b>Proposición.</b></li> <li>● <b>Conclusión.</b></li> </ul> <p><b>OBJETIVO DEL PROYECTO DE LEY</b></p> <p>El presente proyecto de ley tiene por objeto crear el Registro Nacional Público de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas – RNDCHP y establecer un marco normativo que regule las actividades relacionadas con la obtención, extracción, procesamiento, preservación, almacenamiento, donación y trasplante de células progenitoras hematopoyéticas o células madre de médula ósea, de sangre periférica y de cordón umbilical y de los productos terapéuticos elaborados con ellas o derivados de ellas.</p> <p><b>TRÁMITE DEL PROYECTO DE LEY</b></p> <p>Esta iniciativa es de autoría de la senadora Nadia Blei Scaf y la Fundación "Vamos Jero". Fue radicada el 15 de septiembre de 2020 ante la secretaría del Senado de la República y publicada en la Gaceta 920 de 2020. Su ponencia en primer debate en la Comisión Séptima del Senado fue publicada en la Gaceta 229 del 2021 y aprobada por esta Comisión el 9 de junio de 2021. Su ponencia para segundo debate en la Plenaria del Senado fue publicada en la Gaceta 885 del 2021 y aprobada el 2 de diciembre de 2021. Posteriormente se asignó la ponencia para primer debate en la Cámara de Representantes a los HH.RR. Jorge Alberto Gómez Gallego y Norma Hurtado Sánchez.</p> <p><b>ARGUMENTOS DE LA EXPOSICIÓN DE MOTIVOS</b></p>	<p>Dentro de estas falencias institucionales que enfrentan los pacientes con necesidad de trasplantes de células progenitoras hematopoyéticas se encuentra la carencia de un robusto registro nacional de naturaleza pública de potenciales donantes de células progenitoras hematopoyéticas o células madre de médula ósea, de sangre periférica, con la capacidad institucional y los recursos que permitan adelantar los procedimientos médicos y administrativos necesarios para un trasplante exitoso, incluyendo prever las condiciones de histocompatibilidad entre los donantes y receptores y así promover la eficiencia en el procedimiento de donación y trasplante de estas células regeneradoras de sangre.</p> <p>Los pacientes que requieren estos tratamientos dependen de los registros de donantes de células hematopoyéticas y de los bancos de médula ósea que existen a nivel mundial, enfrentados a enormes barreras derivadas de las diferencias étnicas y genéticas entre los países latinoamericanos y los países desarrollados que cuentan con estas herramientas, así como las dificultades y costos propios del comercio internacional para el acceso de estos elementos vitales.</p> <p>En ese sentido, la iniciativa pretende establecer normas que promuevan la donación de células progenitoras hematopoyéticas o células madre (provenientes de médula ósea, de sangre periférica y de cordón umbilical) y la reglamentación del registro nacional de posibles donantes que permita facilitar el acceso a tratamientos efectivos que materialicen el derecho a la salud y promuevan el derecho a la vida en condiciones de dignidad de aquellos que se encuentran en la lista de espera para un tratamiento.</p> <p><b>Diferencia entre trasplante de órganos y trasplante de células progenitoras hematopoyéticas</b></p> <p>En Colombia la legislación sobre trasplante de tejidos humanos no contempla las especificidades de los trasplantes de células progenitoras hematopoyéticas, pues se concentra en las donaciones de órganos y otros tejidos. Este vacío normativo hace necesario dejar claras dos diferencias de los trasplantes de células hematopoyéticas que son significativas a la hora de regular la materia. En primer lugar, los trasplantes de órganos en la mayoría de casos provienen de donantes cadavéricos (fallecidos). Los donantes de células hematopoyéticas, por el contrario, son donantes vivos y voluntarios; para el caso de un registro, se trata además de donantes no emparentados con los pacientes. Esto hace mucho más importante la confidencialidad de la información de los donantes, la cual debe ser resguardada sin perder la trazabilidad de las muestras y los registros.</p> <p>La segunda diferencia importante es que en las donaciones de células progenitoras hematopoyéticas no existe una lista de espera, como la hay en las donaciones de órganos. El problema principal en este tipo de trasplantes no es la disponibilidad de un donante sino la compatibilidad de las células a donar: en general la dificultad de encontrar un donante compatible es muy alta, razón por la cual es necesario la creación de registros nacionales robustos y la solidaridad internacional, así como la compatibilidad de registros entre distintos países. Así lo definen Bergstrom y Garratt<sup>1</sup> para el caso de Estados Unidos:</p> <p style="font-size: small;">1 Trasplantes de células madre formadoras de sangre- INC <a href="https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos/trasplante-de-celulas-madre/hoja-informativa-medula-osea-trasplante">https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos/trasplante-de-celulas-madre/hoja-informativa-medula-osea-trasplante</a></p>
<p><i>"Para los pacientes con leucemias u otras enfermedades de la sangre, un trasplante de CPH ofrece a menudo las mejores probabilidades de tratamiento. Más aún, dicho trasplante puede ser el evento que salvará sus vidas. Lamentablemente, encontrar un donante compatible para un trasplante es mucho más complicado que, por ejemplo, hallar uno para una transfusión de sangre. El mejor prospecto de donante en estos casos resulta siendo un hermano o hermana del paciente, aunque la probabilidad de resultar compatible es sólo de 1/4 o 25%. En los Estados Unidos, la probabilidad que dos personas al azar y de descendencia caucásica resulten compatibles, es menor de 1 en 10.000 y baja a 1:100.000 para los pacientes afroamericanos"</i></p> <p>Las complejidades derivadas de estos requisitos hacen que un registro de CHP requiera para su adecuado funcionamiento recursos humanos y tecnológicos altamente especializados, así como procedimientos estandarizados siguiendo los más altos estándares internacionales que garanticen su utilidad para donaciones a pacientes por fuera del país. Un registro de células progenitoras hematopoyéticas no es una simple base de datos: es una institución con capacidades científicas, informáticas y administrativas suficientes para garantizar esos altos estándares internacionales en todo el proceso de donación. Lo anterior implica una serie de requisitos que se mencionan en el apartado sobre antecedentes.</p> <p><b>1. JUSTIFICACIÓN LEGAL Y CONSTITUCIONAL</b></p> <p>La creación y conformación de registros de las actividades básicas, comunes e indispensables de la sociedad son responsabilidad del Estado, por lo que la actividad de registro es por naturaleza un servicio público que garantiza la efectividad de principios y derechos constitucionales de los que gozan todos los ciudadanos. Los servicios registrales, como lo dice el Artículo 131 de la C. P., competen a la Ley, por lo que sus fines, formas, efectos, calidad, idoneidad y organización general no pueden ser establecidos por órganos diferentes al Congreso de la República, y su desarrollo y ejecución está a cargo de quien se le delegue legalmente.</p> <p>En el ámbito del Sistema de Seguridad Social en Salud, la Ley 9 de 1979, Artículo 8, estableció que el Gobierno Nacional en un solo texto reglamentaría la donación y trasplante de órganos y componentes anatómicos, como el funcionamiento de los bancos de órganos. En 1988, la Ley 73 reitera que le corresponde al Gobierno reglamentar "la donación y trasplante de órganos y componentes anatómicos, así como el funcionamiento de bancos de órganos, comprendiendo en un solo texto dichos reglamentos". En 1989 el Gobierno Nacional dicta el Decreto 1172, que establece la obligación del Ministerio de Salud de llevar un registro nacional que consolide la información en los distintos bancos existentes de órganos que funcionen en el país, utilizando formularios unificados para todo el territorio nacional, según un modelo oficial.</p> <p>Casi diez años después, Decreto 1546 de 1998, se hace intervenir en el Registro de donación y trasplante de órganos y componentes anatómicos al coordinador de la Red Nacional de Donación y Trasplante de</p>	<p>Componentes Anatómicos y se da aceptación a los registros en medio magnético, que garanticen su conservación y su disponibilidad oportuna</p> <p>Posteriormente, con la normativa derivada de la Constitución de 1991 y las normas expedidas en el siglo XXI se ha precisado la materia. Los antecedentes legales más recientes de la iniciativa son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Ley 100 de 1993 "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones".</li> <li>● Ley 1751 de 2015 "Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones".</li> <li>● Ley 1805 de 2016 Se modifican la Ley 73 de 1988 y la Ley 919 de 2004 en materia de donación de componentes anatómicos y se dictan otras disposiciones.</li> <li>● Ley 919 de 2004 "Por medio del cual se prohíbe la comercialización de componentes anatómicos humanos para trasplantes y se tipifica como delito su tráfico".</li> <li>● Ley 73 de 1988 "Por la cual se adiciona la Ley 09 de 1979 y se dictan otras disposiciones en materia de donación y trasplante de órganos y componentes anatómicos para fines de trasplantes y otros usos terapéuticos".</li> <li>● Ley 9 de 1979 "Por la cual se dictan Medidas Sanitarias".</li> <li>● Decreto 2493 de 2004 "Por el cual se reglamentan parcialmente las leyes 9ª de 1979 y 73 de 1988, en relación con los componentes anatómicos. Se aplica a todos los bancos de tejidos y médula ósea.</li> <li>● Resolución 3200 de 1998 "Por la cual se establecen los requisitos para la legalización de la donación de Componentes Anatómicos y se dictan otras disposiciones".</li> <li>● Resolución 3199 de 1998 "Por la cual se establecen las normas técnicas, científicas y administrativas para el funcionamiento de los Bancos de Componentes Anatómicos, de las Unidades de Biomedicina Reproductiva. Centros o similares y se dictan otras disposiciones".</li> <li>● Resolución 5108 de 2005 "Por la cual se establece el Manual de Buenas Prácticas para Bancos de Tejidos y de Médula Ósea y se dictan otras disposiciones".</li> <li>● Resolución 02640 de 2005 del Ministerio de Salud para "Establecer los requisitos de inscripción de los Bancos de Tejidos y de Médula Ósea y de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (...)"</li> <li>● Resolución 1043 de 2006 "Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones".</li> <li>● Resolución 0481 de 2018 "Por la cual se modifica el Artículo 3 de la Resolución 2640 de 2005 en relación con los requisitos que deben cumplir los bancos de tejidos y de médula ósea y las IPS habilitadas con programa de trasplante".</li> <li>● Resolución 3100 de 2019 "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud</li> </ul>

**2. PERTINENCIA DEL PROYECTO**

Los avances científicos y tecnológicos, así como el desarrollo de las especializaciones médicas y científicas, acompañadas por el propio desarrollo del Sistema de salud, ha diversificado y especializado los bancos de órganos, tejidos y fluidos con fines terapéuticos, ampliándose las posibilidades de trasplantes y requiriéndose de nuevos y más complejos procesos y procedimientos de regulación de estas actividades, máxime cuando se observa a nivel nacional un desarrollo desigual de la oferta de atención, que requiere de pronta intervención, para garantizar el cumplimiento de los principios y fines del sistema de salud, enunciados en la Ley estatutaria. La comunidad médica internacional ha identificado como uno de los tratamientos efectivos para la cura contra el cáncer la donación de células progenitoras hematopoyéticas o células madre (provenientes de médula ósea, de sangre periférica y de cordón umbilical), procedimiento del que son pioneros países del primer mundo como Alemania, España, Estados Unidos, y en Latinoamérica Chile y Argentina, respaldados por organizaciones de Europa. De acuerdo con el INC<sup>2</sup>:

*"el trasplante de médula ósea (bone marrow transplantation, BMT) y el trasplante de células madre de sangre periférica (peripheral blood stem cell transplantation, PBSCT) son procedimientos que restauran las células madre que se destruyeron por las dosis elevadas de 2 quimioterapia o de radioterapia; se usan más comúnmente en el tratamiento de la leucemia y del linfoma. El BMT y el PBSCT se usan también para tratar otros cánceres como el neuroblastoma (cáncer que surge en células nerviosas, inmaduras, y afecta principalmente a bebés y a niños) y el mieloma múltiple. Los investigadores están evaluando el BMT y el PBSCT en estudios clínicos (estudios de investigación) para el tratamiento de varios tipos de cáncer".*

Se estima que cada cuatro minutos una persona es diagnosticada con un cáncer de la sangre en el mundo y cada diez minutos alguien muere por esa misma causa. Colombia se ubica en los países con mayor prevalencia de leucemia aguda pediátrica, acompañada de países como Alemania, Canadá, Noruega y Australia; el cáncer infantil es una de las enfermedades que más tiene posibilidad de cura si se detecta a tiempo y si su tratamiento se ofrece oportunamente. Se calcula que en países desarrollados la tasa de supervivencia a cinco años es el del 80%. A diferencia de ello, según cifras del Observatorio Interinstitucional de Cáncer Infantil (OICI), poco más del 50 % de los niños diagnosticados en el país con esta enfermedad supera los 5 y 10 años.

2.3 Informe anual Red de Donación y Trasplantes 2017 <https://www.ins.gov.co/Direcciones/RedesSaludPublica/DonacionOrganosYTejidos/Estadisticas/INFORME%20ANUAL%20RED%20DE%20DONACION%20Y%20TRASPLANTES%202017.pdf>.

Es decir, de cada diez niños con cáncer infantil solo cinco sobrevivirán. Esto representa una cifra muy baja si se tiene en cuenta que, en Estados Unidos, por ejemplo, ocho de cada nueve pacientes lo hacen. Los pacientes que padecen de estas enfermedades dependen de los Registros de Donantes de Células Hematopoyéticas que le permitan identificar el nivel de compatibilidad con los potenciales donantes. Solamente entre el 25 y el 30% de los pacientes candidatos a trasplante alogénico (cuando el donante es alguien diferente al mismo paciente) encuentran en su familia un hermano compatible para trasplante; así, el 70% restante depende de encontrar un donante compatible en la población. A menos que se cuente con un sistema para facilitar la ubicación de dicha persona, es altamente improbable que el paciente consiga dar con el donante que requiere.

El informe anual de la Red de Donación y Trasplantes del Instituto Nacional de Salud reportó un total de 481 trasplantes de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH) efectuados por trece instituciones del país durante 2013. Aunque la cifra representó un incremento con respecto a 2012 (428 TCPH), la cantidad de trasplantes alogénicos realizados a partir de donante no familiar o no relacionado sigue siendo muy baja, con tan solo ocho procedimientos (excluyendo trasplantes realizados con sangre de cordón umbilical).

En contraste, España reportó durante 2012 un total de 2699 TCPH de los cuales 367 corresponden a trasplantes alogénicos de donante no familiar (excluyendo cordón umbilical). El déficit de la realización del tratamiento en Colombia obedece a la inexistencia de un registro de donantes de células progenitoras hematopoyéticas o células madre de médula ósea, de sangre periférica y de cordón umbilical, que imposibilita la realización de trasplantes alogénicos, dada la complejidad de la búsqueda de donantes hemocompatibles. Sin lugar a duda, la cercanía étnica y genética de las poblaciones dentro del país o en regiones específicas amplía la probabilidad de que un paciente halle un donante compatible dentro de un registro nacional.

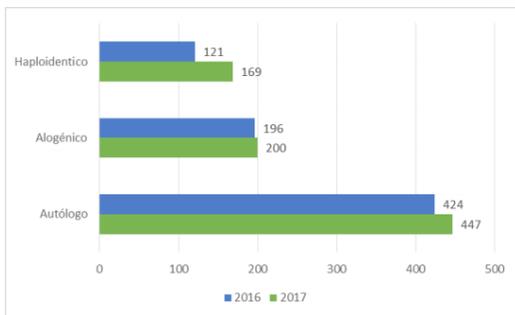
Por otra parte, los costos actuales para el sistema de salud de un trasplante alogénico a partir de donante no relacionado vivo o de células de cordón son muy altos, debido al cargo generado por la consecución de células provenientes de donantes del exterior y a las labores de gestión de los registros internacionales por la inexistencia de bancos de conservación de naturaleza pública o privada en el territorio nacional.

De acuerdo con el Informe Anual de la Red de Donación y Trasplantes para el año 2017<sup>3</sup>, en Colombia se evaluaron 974 pacientes de las IPS de la red para servicios de progenitores hematopoyéticos, de los cuales 825 (85%) presentaron diagnóstico principal para trasplante.

Para 2017 se reportaron 816 trasplantes de progenitores hematopoyéticos en el año, lo que representa una tasa de trasplantes de progenitores hematopoyéticos por millón de población de 17 (DANE, población proyectada 2017: 49.291.609). Con respecto al año 2016 se presentó un incremento del 10% en el número de trasplantes de progenitores hematopoyéticos de ese año (741). Del total de trasplantes, el 55% fueron trasplantes autólogos, el 25% trasplantes alogénicos y el 21%

3 "One Chance in a Million: Altruism and the Bone Marrow Registry". Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/227354545\\_One\\_Chance\\_in\\_a\\_Million\\_Altruism\\_and\\_the\\_Bone\\_Marrow\\_Registry](https://www.researchgate.net/publication/227354545_One_Chance_in_a_Million_Altruism_and_the_Bone_Marrow_Registry)

trasplantes con donante HLA haploidéntico (Gráfico 35). De los trasplantes autólogos realizados, 21 fueron a menores de 18 años (5%), mientras que, del total de trasplantes alogénicos, 69 (35%), fueron a receptores menores de edad. En total se realizaron siete trasplantes a extranjeros no residentes.



Fuente: Sistema Nacional de Información en Donación y Trasplantes

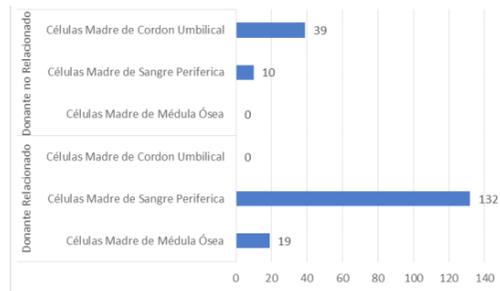
Tomado de: Informe anual Red de Donación y Trasplantes 2017.

Tabla 38. Trasplantes de progenitores hematopoyéticos por prestador y tipo de trasplante, Colombia 2017

IPS Trasplantadoras/No. Trasplantes	No. Trasplantes autólogos	No. Trasplantes alogénicos	HLA haploidéntico	TOTAL
Clinica De Marly	73	35	26	134
Hospital Universitario San Ignacio	72	17	0	89
Clinica Las Américas	58	18	25	101
Centro Medico Imbanaco	35	10	33	78
Fundación Valle De Lili	44	16	42	102
Fundación Oftalmológica de Santander - FOSCAL	24	14	8	46
Instituto Nacional De Cancerología	46	0	0	46
Fundación Santa Fe De Bogotá	16	0	0	16
Hospital Pablo Tobón Uribe	16	13	25	54
Instituto de Trasplante de Médula Ósea de la Costa	9	5	4	18
Hospital De La Misericordia	11	47	3	61
Clinica San Diego	12	9	0	21
IPS Universitaria	13	11	0	24
Clinica Somer	10	5	3	18
IMAT Oncoméica	8	0	0	8
<b>TOTAL</b>	<b>447</b>	<b>200</b>	<b>169</b>	<b>816</b>

Tomado de: Informe anual Red de Donación y Trasplantes 2017.

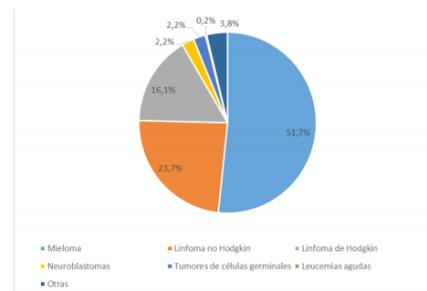
La fuente celular de los trasplantes autólogos corresponde en el 100% a trasplantes realizados a partir de sangre periférica; en trasplantes alogénicos, el mayor porcentaje fue también a partir de sangre periférica con el 71%.



Fuente: Sistema Nacional de Información en Donación y Trasplantes

Tomado de: Informe anual Red de Donación y Trasplantes 2017.

El mieloma (231 casos) fue el diagnóstico principal para los trasplantes autólogos con progenitores hematopoyéticos. En el caso de trasplantes alogénicos fue la leucemia linfocítica aguda (73 casos).



Fuente: Sistema Nacional de Información en Donación y Trasplantes

Tomado de: Informe anual Red de Donación y Trasplantes 2017

En consecuencia, este proyecto de ley se propone atender las siguientes problemáticas:

- La necesidad de iniciar la formación de un registro público nacional de donantes de células madre formadoras de sangre, que incluya dentro de su base de datos información de histocompatibilidad. El registro sirve como una plataforma de compatibilización entre los pacientes y los donantes registrados.
- Ausencia de una normativa que regule el funcionamiento de Bancos de Sangre de Cordon Umbilical o su inclusión dentro de la de Componentes Anatómicos actualmente vigente: Decreto 2493 de 2004 y Resolución 5108 de 2005, dado que de manera literal se excluye de la aplicación de las disposiciones.
- Falta de educación y promoción frente a la donación. Pese a que el proceso de donación en Colombia lleva más de 20 años, las acciones institucionales orientadas a promover la donación de células madre formadoras de sangre que no hagan parte de un núcleo familiar de pacientes con cáncer es bastante baja. Si bien existen campañas para alfabetizar a la población y acceder a los procedimientos, son mínimos los esfuerzos destinados a la promoción de la donación de órganos. Aunado a ello, no se relaciona específicamente la donación de médula y células, frente a las cuales se ha adelantado una serie de mitos sociales.

3. ANTECEDENTES

Un antecedente relevante en la construcción del Registro Nacional de Donantes es el trabajo adelantado por el Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud (IDCBIS), una entidad de carácter mixto, sin ánimo de lucro, vinculada a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Desde el año 2017, esta institución ha venido ejecutando el proyecto "Estudios técnicos para el establecimiento y organización de un Registro Nacional de Donantes de células progenitoras hematopoyéticas en Colombia", con recursos de regalías. El proyecto incluye un estudio administrativo, financiero y de lineamientos normativos para la implementación y operaciones de un Registro Nacional de Donantes en Colombia, y Estudio técnico y de demanda insatisfecha para el establecimiento de una unidad de trasplante de CPH (Células Progenitoras Hematopoyéticas) en la red pública del Distrito Capital.

Como resultado de ese estudio se ha desarrollado el programa DarCélula. Este programa se ha desarrollado por el IDCBIS y financiado con recursos del Fondo de Ciencia, Tecnología e Innovación del Sistema General de Regalías y de la Administración Distrital de Bogotá. Cuenta, entre otros, con los siguientes resultados:

- 8.849 personas preinscritas en el programa Dar Células.
- 2.198 personas inscritas en el programa Dar Células.
- 1.280 donantes tipificados en alta resolución para los loci A, B, C, DR y DQ.

4 <https://idcbis.org.co/banco-de-sangre-cordon-umbilical-investigacion/>

Pese a tener como fin la construcción de esta vital herramienta, esta institución no se encuentra articulada a la Red Nacional de Donación y Trasplante de órganos y deja en cabeza del Distrito de Bogotá desarrollar una labor que corresponde al Instituto Nacional de Salud INS, de acuerdo con las competencias asumidas en calidad de coordinador de la red (Decreto 2493 de 2004).

4. PLIEGO DE MODIFICACIONES

TEXTO APROBADO EN SENADO	TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE	JUSTIFICACIÓN
<p><b>Título</b> "POR MEDIO DEL CUAL SE CREA EL REGISTRO NACIONAL PÚBLICO DE DONANTES DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS, SE DICTAN MEDIDAS SOBRE DONACIÓN Y TRASPLANTE Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES - LEY JERÓNIMO"</p>	<p>"POR MEDIO DEL CUAL SE CREA EL REGISTRO NACIONAL PÚBLICO OFICIAL DE DONANTES DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS, SE REGULA LA CREACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE REGISTROS DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS, SE DICTAN MEDIDAS SOBRE DONACIÓN Y TRASPLANTE Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES - LEY JERÓNIMO"</p>	<p>Se modifica para evitar conflicto con la creación y operación de otros registros de CHP. También se agrega la regulación en la creación e implementación de otros registros.</p>
<p><b>Artículo 1° Objeto</b> La presente ley tiene por objeto crear el Registro Nacional Público de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas - RNDCHP y establecer un marco normativo que regule las actividades relacionadas con la obtención, donación y trasplante de células progenitoras hematopoyéticas o células obtenidas por aspiración de médula ósea, movilización de sangre periférica y de sangre cordón umbilical y de los productos terapéuticos elaborados con ellas o derivados de ellas.</p>	<p><b>Artículo 1° Objeto</b> La presente ley tiene por objeto crear el REGISTRO NACIONAL PÚBLICO OFICIAL de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas - RNDCHP y establecer un marco normativo que regule las actividades relacionadas con la creación e implementación de registros de donantes de células progenitoras hematopoyéticas - CPH obtenidas por aspiración de médula ósea, movilización de sangre periférica y de sangre cordón umbilical u otras medicamente validadas y de los productos terapéuticos elaborados con ellas o derivados de ellas. También pretende crear una</p>	<p>Se modifica para dar mayor claridad y evitar conflicto con la creación y operación de otros registros de CHP.</p> <p>Se elimina la alusión a los productos terapéuticos por recomendación de la ACHO, dado que el funcionamiento de los Bancos de Células de Sangre de Cordón Umbilical es bastante distinto al de un registro de donante voluntarios y al incluirlos en esta ley quedan por fuera muchas de las normativas que se requieren para estos que deben ser regidos por las normas para bancos de tejidos.</p>

	<p><u>coordinación nacional de registros y centralización de información a cargo del Instituto Nacional de Salud (INS).</u></p>	
<p><b>Artículo 2°. Principios.</b> Para la aplicación de la presente ley, se deberán tener en cuenta los siguientes principios:</p> <p><b>Solidaridad:</b> El RNDCHP es un instrumento efectivo de la solidaridad humana, para el mutuo apoyo y garantía de acceso y sostenibilidad del sistema de salud; es una forma de integración entre personas, generaciones, sectores económicos y regiones. Todo paciente que requiera un procedimiento que incluya células progenitoras hematopoyéticas, con la respectiva valoración y solicitud médica especializada tendrá acceso al Registro Nacional, conforme con los protocolos pertinentes. Los bancos de sangre de Progenitores Hematopoyéticos públicos y privados deberán compartir sus respectivas bases de datos y registro, para ser incluidos en RNDCHP, para lo cual será solicitada autorización a los respectivos donantes de los Bancos Públicos y a los usuarios de los Bancos privados Autólogos, en los términos de la Ley 1581 de 2012.</p> <p>Toda persona inscrita como donante en el Registro Nacional Público de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas - RNDCHP quedará a disposición para donar conforme a los protocolos pertinentes, sus células progenitoras hematopoyéticas (CPH) para cualquier persona o paciente compatible que las necesite de la red pública o privada de salud.</p> <p><b>Reciprocidad.</b> La información de histocompatibilidad de los posibles donantes de Células</p>	<p><b>Artículo 2°. Principios.</b> Para la aplicación de la presente ley, se deberán tener en cuenta los siguientes principios:</p> <p><b>Solidaridad:</b> Los registros de donantes de CPH son organizaciones solidarias con conexión internacional responsables de coordinar la promoción, la búsqueda y reclutamiento de donantes de CPH así como la distribución de las células progenitoras donantes y la gestión de personas donantes no familiares o no relacionados compatibles con el potencial receptor en el ámbito nacional e internacional. Esto para incrementar las posibilidades de estos pacientes de encontrar un donante con compatibilidad adecuada bajo criterios de calidad global.</p> <p>El RNDCHP es un instrumento efectivo. Los registros parten del principio de la solidaridad humana, para el mutuo apoyo y garantía de acceso y sostenibilidad del sistema de salud; es una forma de integración entre personas, generaciones, sectores económicos y regiones. Todo paciente que requiera un trasplante alométrico de progenitores hematopoyéticos, después de procedimiento que incluya células progenitoras hematopoyéticas con la respectiva valoración y solicitud médica especializada tendrá acceso al Registro Nacional derecho sin ninguna dilación, a que se realice un estudio de compatibilidad a sus familiares cercanos y en caso</p>	<p>Se adiciona al principio de solidaridad la condición de que los datos incluidos en el RNDCHP sean compatibles con los estándares internacionales y con la regulación que sobre la materia expida el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Se mejora la redacción y complementa la normatividad relativa a los principios de confidencialidad y gratuidad.</p> <p>Los últimos dos párrafos del principio de solidaridad pasan, con modificaciones, a ser el parágrafo tercero y cuarto del artículo 4.</p> <p>En el principio de gratuidad se hacen precisiones técnicas y se eliminan las responsabilidades que se le corresponden al trasplante y no al registro.</p> <p>El principio de confidencialidad se complementa determinando las características de los centros que pueden tener acceso a la información.</p> <p>Las referencias a la Red Nacional de Trasplante de Órganos se eliminaron por la naturaleza diferente con las CPH.</p> <p>Finalmente los pacientes no son quienes acceden a los registros, sino sus tratantes. Los pacientes tienen derecho a que su posible</p>

<p>Progenitoras Hematopoyéticas (CPH) será recíproca entre los registros público-privados del territorio nacional y los internacionales con los que se suscriban convenios.</p> <p><b>Gratuidad.</b> Se prohíbe todo acto o contrato que a título oneroso contenga la promesa de venta o enajenación de células, para efectos de investigación científica, trasplante, elaboración de productos terapéuticos u otras actividades de similar naturaleza; no pudiéndose percibir contraprestación económica o cualquier tipo de compensación ni por el donante, receptor ni otra persona natural o jurídica relacionada. Se exceptúan los costos ocasionados por la captación y gestión del donante, el diagnóstico, la extracción, la preservación, las pruebas o exámenes requeridos previamente para la donación o el suministro, el transporte, el trasplante, el suministro de medicamentos y los controles subsiguientes a dicho procedimiento, en los términos del Decreto 2493 de 2004 o la disposición que haga sus veces.</p> <p><b>Confidencialidad.</b> No podrá divulgarse información alguna que permita la identificación del donante y del receptor de sus células progenitoras hematopoyéticas (CPH), de médula ósea o de sangre periférica o los familiares de estos, en los términos de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, la Resolución 1995 de 1991 y el Artículo 36 del Decreto 2493 de 2004 o las disposiciones que hagan sus veces; esta limitación no es aplicable a los directamente interesados en el trasplante de órganos de donante vivo entre personas relacionadas por</p>	<p><u>de no tener un donante adecuado, a que se inicie inmediatamente la búsqueda a que su posible donante sea buscado y tipificado en todos los registros de donantes de CPH existentes en el país y disponibles internacionalmente</u> conforme con los protocolos pertinentes. Los bancos de sangre de Progenitores Hematopoyéticos públicos y privados deberán compartir sus respectivas bases de datos y registro, para ser incluidos en RNDCHP. Esta inclusión se dará solo cuando los datos y bancos cumplan con los estándares de calidad requeridos por las normas internacionales para uso clínico en receptor no relacionado y la regulación establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social, de manera que se garantice el principio de reciprocidad. Para la inclusión de sus datos en el registro será solicitada autorización a los respectivos donantes de los Bancos Públicos y a los usuarios de los Bancos privados Autólogos, en los términos de la Ley 1581 de 2012 y la Ley 527 de 1990 de Comercio Electrónico.</p> <p>Toda persona inscrita como donante en el Registro Nacional Público de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas - RNDCHP quedará a disposición para donar conforme a los protocolos pertinentes, sus células progenitoras hematopoyéticas (CPH) para cualquier persona o paciente compatible que las necesite de la red pública o privada de salud.</p> <p><b>Reciprocidad.</b> La información de histocompatibilidad de los posibles donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas (CPH) será recíproca entre los registros público-privados del territorio nacional y los</p>	<p>donante sea buscado en todos los registros.</p>
---	--	--

<p>parentesco o vínculo afectivo.</p> <p><b>Fomento de la donación.</b> El fomento de la conciencia solidaria, la promoción y publicidad de la donación de células progenitoras hematopoyéticas (CPH), se realizará de forma general, señalando su carácter voluntario, altruista, sin fines de lucro y desinteresado. El Ministerio de Salud y Protección Social y las entidades territoriales de salud, en coordinación con la Red Nacional de Donación y Trasplantes, desarrollarán actividades orientadas al cumplimiento de dicho principio, mediante estrategias de información, educación y de comunicación. Las instituciones promotoras y prestadoras de salud, públicas y privadas, se integrarán a las actividades de promoción y educación de conformidad con sus perfiles y fines dentro del sistema de salud, como integrantes de la Red y del Registro de Donantes.</p>	<p>internacionales con los que se suscriban convenios.</p> <p><b>Gratuidad.</b> Se prohíbe todo acto o contrato que a título oneroso contenga la promesa de venta o enajenación de células <u>de progenitores hematopoyéticos</u>, para efectos de investigación científica, trasplante, elaboración de productos terapéuticos u otras actividades de similar naturaleza; no pudiéndose percibir contraprestación económica o cualquier tipo de compensación ni por el donante, receptor ni otra persona natural o jurídica relacionada. Se exceptúan los costos ocasionados por la captación y gestión del donante, el diagnóstico, la <u>obtención</u> extracción, la preservación, las pruebas o exámenes requeridos previamente para la donación o el suministro, el transporte, el trasplante, el suministro de medicamentos y los controles subsiguientes a dicho procedimiento, en los términos de la <u>normatividad que rija la materia</u> Decreto 2493 de 2004 o la disposición que haga sus veces.</p> <p><b>Confidencialidad.</b> No podrá divulgarse información alguna que permita la identificación del donante y del receptor de sus células progenitoras hematopoyéticas (CPH), de médula ósea o de sangre periférica o los familiares de estos. <u>Únicamente se podrá compartir la información indispensable para gestionar la búsqueda y distribución de las células progenitoras, entre el registro, los centros de donantes y los centros de trasplante, siempre bajo los términos en los términos de la Ley 1581 de 2012, la Ley 527 de 1999, el Decreto 1377 de 2013, la Resolución 1995 de</u></p>	
<p>mediante el cual se posibilita la localización e incorporación de donante voluntario no familiar de CPH para ser utilizadas en trasplante con paciente compatible determinado.</p> <p><b>CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS (CPH):</b> Son las encargadas de producir los componentes de la sangre. Se pueden donar en vida y se utilizan en pacientes con indicación de trasplante. Son encargadas de producir: x Glóbulos rojos, que transportan el oxígeno a los tejidos; x Glóbulos blancos, que combaten las infecciones en el organismo y se ocupan de la vigilancia inmunológica; x y plaquetas, que participan del proceso de coagulación de la sangre.</p> <p><b>HISTOCOMPATIBILIDAD O HLA:</b> Prueba mediante la cual se determina el grado de compatibilidad que exhibe la pareja receptora/donador para un trasplante.</p> <p>Evaluación útil para conocer el grado de aloimmunización humoral del paciente (sensibilización) y se expresa como un porcentaje de reactividad de anticuerpos (%PRA). Esta prueba también permite conocer la especificidad del anticuerpo anti HLA presente, y así evaluar el estatus inmunológico del paciente y la selección del donante.</p>	<p><u>son organizaciones solidarias con conexión internacional responsables de coordinar la búsqueda de donantes de CPH y la gestión de donantes no familiares o no relacionados compatibles con el potencial receptor en el ámbito nacional e internacional para incrementar las posibilidades de los pacientes de encontrar un donante con compatibilidad adecuada bajo criterios de calidad global. Los registros también están encargados de la captación de nuevos donantes, la gestión de las búsquedas, el relacionamiento con los centros de trasplante, la gestión del donante compatible una vez sea localizado, para la obtención y transporte de sus células para la infusión en los pacientes, así como el posterior seguimiento al donante. Los registros de donantes voluntarios deben solicitar al centro de trasplante, periódicamente información sobre el desenlace de los receptores que reciben células progenitoras de sus donantes, según las normas internacionales.</u></p> <p><u>Podrán existir distintos registros en el país, operados por instituciones públicas o privadas que cumplan con lo dispuesto en la presente ley y la reglamentación que sobre la materia expida el Ministerio de Salud y Protección Social.</u></p> <p><b>REGISTRO NACIONAL PÚBLICO OFICIAL DE DONANTES DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS - RNDCHP - RNDCPH : Es el registro de donantes de</b></p>	<p>Se modifica la definición del RNDCHP para adecuarla a la adición anterior y para asignarle la función de articular y coordinar la labor de los demás registros.</p> <p>Se ajusta redacción y se hacen precisiones técnicas según las recomendaciones de la Asociación Colombiana de Hematología y Oncología.</p>
<p><b>Artículo 3°: Definiciones.</b> Para efectos de la presente ley se entenderá por:</p> <p><b>REGISTRO NACIONAL PÚBLICO DE DONANTES DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS - RNDCHP:</b> Es el mecanismo</p>	<p>1991 y el Artículo 36 del Decreto 2493 de 2004 o las disposiciones que <u>rijan la materia</u> hagan sus veces</p> <p><u>Esta limitación no es aplicable a los directamente interesados en el trasplante de órganos de donante vivo entre personas relacionadas por parentesco o vínculo afectivo.</u></p> <p><u>Esta limitación es aplicable solo a donantes no familiares o no relacionados.</u></p> <p>Fomento de la donación. Los registros y el Gobierno Nacional tendrán la función de <u>promover la donación y fomentar el fomento</u> de la conciencia solidaria, la promoción y publicidad de la donación de células progenitoras hematopoyéticas (CPH). <u>Este fomento</u> se realizará de forma general, señalando su carácter voluntario, altruista, sin fines de lucro y desinteresado. El Ministerio de Salud y Protección Social y las entidades territoriales de salud, en coordinación con la Red Nacional de Donación y Trasplantes, desarrollarán actividades orientadas al cumplimiento de dicho principio, mediante estrategias de información, educación y de comunicación. Las instituciones promotoras y prestadoras de salud, públicas y privadas, se integrarán a las actividades de promoción y educación de conformidad con sus perfiles y fines dentro del sistema de salud, como integrantes de la Red y del Registro de Donantes.</p> <p><b>Artículo 3°: Definiciones.</b> Para efectos de la presente ley se entenderá por:</p> <p><b>REGISTRO DE DONANTES DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS: Los registros de donantes de CPH</b></p>	<p>Se adiciona la definición genérica de Registro de donantes de células progenitoras hematopoyéticas, así como la obligación de que estos registros cumplan con la normatividad derivada de esta ley.</p>
<p><b>células progenitoras hematopoyéticas</b> desarrollado y operado por el Instituto Nacional de Salud articulado con las entidades territoriales que tengan adelantos y experiencia en la realización de Registros de CPH.</p> <p>Sin perjuicio de los existentes, se tendrá en cuenta y se articulará la experiencia científica de la Secretaría de Salud de Bogotá y su entidad vinculada Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud.</p> <p>Además de las funciones propias de un registro de CPH, el Instituto Nacional de Salud con el RNDCHP tendrá la misión de articular y coordinar la labor de los registros de CPH existentes en el país, así como centralizar su información. Lo anterior sin perjuicio de la autonomía de estos registros y de las instituciones que los operen. Las características de esa coordinación y articulación serán definidas por la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p><b>CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS (CPH):</b> Son las encargadas de producir los componentes de la sangre. Se pueden donar en vida y se utilizan en pacientes con indicación de trasplante. Son encargadas de producir un número determinado de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Glóbulos rojos, que transportan el oxígeno a los tejidos;</li> <li>● Glóbulos blancos, que</li> </ul>		

	<p>combaten las infecciones en el organismo y se ocupan de la vigilancia inmunológica;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• y plaquetas, que participan del proceso de coagulación de la sangre</li> </ul> <p><b>HISTOCOMPATIBILIDAD O HLA:</b> Prueba mediante la cual se determina el grado de compatibilidad que exhibe la pareja receptor/<u>donante</u> para un trasplante.</p> <p><u>Evaluación útil para conocer el grado de aoinmunización humoral del paciente (sensibilización) y se expresa como un porcentaje de reactividad de anticuerpos (%PRA). Esta prueba también permite conocer la especificidad del anticuerpo anti HLA presente, y así evaluar el estatus inmunológico del paciente y la selección del donante.</u></p>	
<p><b>Artículo 4°.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social a través del Instituto Nacional en Salud en el término de un año contado a partir de la expedición de la presente Ley, creará el Registro Nacional Público de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas RNDCHP, como sección especial del Registro Nacional de Donantes RND.</p> <p>Al RNDCHP se incorporarán los resultados de los análisis de antígenos leucocitarios humanos o antígenos HLA que correspondan a las muestras de sangre o células y los resultados de las pruebas de histocompatibilidad realizados por los laboratorios certificados, previo consentimiento informado de los donantes o usuarios de los Bancos de Células autólogas.</p>	<p><b>Artículo 4°.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social a través del Instituto Nacional en Salud en el término de <del>un año</del> <u>dos años</u> contados a partir de la expedición de la presente Ley, creará el Registro Nacional Público de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas <u>RNDCHP - RNDCPH, el cual estará articulado con el Registro Nacional de Donantes con la consideración de que la donación de órganos y tejidos tiene un funcionamiento distinto a la de CPH.</u></p> <p><u>Para su entrada en funcionamiento, el RNDCHP deberá contar con los recursos y capacidades científicas, técnicas y de personal que le permitan garantizar el cumplimiento de</u></p>	<p>Se adiciona un inciso para establecer como condición de funcionamiento del RNDCHP el contar con los recursos y capacidades para dar cumplimiento pleno a los principios establecidos en el artículo 2° de esta ley.</p> <p>Se elimina la relación de sección especial del Registro Nacional de Donantes dado que la donación de órganos tiene un funcionamiento distinto a la donación de CPH. Se reemplaza por una articulación.</p> <p>Se agrega un párrafo en donde se adiciona un Equipo Asesor Permanente de personas e instituciones expertas, en donde se incluye al IDCBS como pionero, secretarías de salud, asociaciones médicas para trazar una hoja de ruta para el registro público y la coordinación de registros.</p>
<p>recursos necesarios tanto al Ministerio de Salud y Protección Social como al Instituto Nacional de Salud. Para tal fin el Ministerio de Hacienda y Crédito Público realizará las gestiones presupuestales que corresponden con el fin de garantizar esta financiación.</p> <p><u>Parágrafo tercero. Los bancos de sangre de Progenitores hematopoyéticos de sangre de cordón umbilical públicos y privados deberán compartir sus respectivas bases de datos y registro para ser incluidos en RNDCHP. Esta inclusión se dará solo cuando los datos y bancos cumplan con los estándares de calidad requeridos por las normas internacionales para uso clínico en receptor no familiar o no relacionado y la regulación establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social, de manera que se garantice el principio de reciprocidad. Para la inclusión de sus datos en el registro será solicitada autorización a los respectivos potenciales donantes de los Bancos Públicos y a los usuarios de los Bancos privados Autólogos, en los términos de la Ley 1581 de 2012.</u></p> <p><u>Parágrafo cuarto. La información de toda persona inscrita como donante en el Registro Nacional Público de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas - RNDCHP quedará a disposición para ser revisada por entes estipulados en esta ley y, según la voluntad del potencial donante, se adelantarán los pasos para donar conforme a los protocolos pertinentes, sus células progenitoras hematopoyéticas (CPH) para cualquier persona o paciente compatible que las necesite de</u></p>		
<p><b>Parágrafo primero.</b> La información personal y de compatibilidad previstas en esta norma será recogida, tratada y custodiada con la más estricta confidencialidad y se considerará un dato sensible bajo las normas de protección de datos personales Ley 1581 de 2012 o las disposiciones que haga sus veces.</p> <p><b>Parágrafo segundo.</b> Para el cabal cumplimiento de lo establecido en la presente ley, se deberán apropiarse de los recursos necesarios tanto al Ministerio de Salud y Protección Social como al Instituto Nacional de Salud. Para tal fin el Ministerio de Hacienda y Crédito Público realizará las gestiones presupuestales que corresponden con el fin de garantizar esta financiación.</p>	<p><u>los principios de solidaridad, reciprocidad, gratuidad y confidencialidad establecidos en el artículo 2°, además de un sistema informático que permita mantener la trazabilidad y garantizar la confidencialidad de la información de los potenciales donantes y receptores a lo largo de todas las fases del proceso de donación.</u></p> <p>Al RNDCHP - RNDCPH se incorporarán los resultados de los análisis de antígenos leucocitarios humanos o antígenos HLA que correspondan a las muestras de sangre o células y los resultados de las pruebas de histocompatibilidad realizados por los laboratorios certificados <u>y que cumplan las condiciones estipuladas en la presente ley</u>, previo consentimiento informado de los donantes o usuarios de los Bancos de Células autólogas.</p> <p><u>Bajo ninguna circunstancia podrá incorporarse al RNDCHP o a algún otro registro, ni presentarse como disponible para donación, algún resultado que no sea autorizado para los fines específicos de la donación por la persona o acudiente que a quien corresponda dicho resultado.</u></p> <p><b>Parágrafo primero.</b> La información personal y de compatibilidad previstas en esta norma será recogida, tratada y custodiada con la más estricta confidencialidad y se considerará un dato sensible bajo las normas de protección de datos personales Ley 1581 de 2012 o las disposiciones que haga sus veces.</p> <p><b>Parágrafo segundo.</b> Para el cabal cumplimiento de lo establecido en la presente ley, se deberán apropiarse de los</p>	
<p><b>Artículo 5°.</b> El Registro Nacional Público de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas - RNDCHP, podrá articularse con Registros Internacionales de la misma naturaleza, para el intercambio de información de los posibles donantes. Lo anterior, con miras a garantizar una eficiente y amplia cobertura de la red de donantes.</p>	<p><u>la red pública o privada de salud.</u></p> <p><u>Parágrafo quinto. Para realizar su labor de coordinación de los registros de donantes voluntarios de progenitores hematopoyéticos, conocer, recoger y aplicar las experiencias ya surtidas con Registros de CPH en el país, el Instituto Nacional de Salud conformará un Equipo Asesor Técnico Permanente de personas e instituciones expertas, asociaciones médicas, entes territoriales de salud que tengan adelantos y experiencia en la realización de Registros de CPH e institutos de investigación, centros de trasplante, centros de donación y aféresis, entre otros, con el objetivo de establecer una hoja de ruta para la creación, organización, estructuración e implementación tanto del RNDCHP como de la coordinación de registros que le corresponde en el país.</u></p> <p><u>Sin perjuicio de los existentes, se tendrá en cuenta la experiencia científica de la Secretaría de Salud de Bogotá y su entidad vinculada, el Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud.</u></p>	<p>Por recomendación del IDCBS, se complementan las tareas conjuntas que puede adelantar el RNDCHP con otros registros por fuera del país, de manera que se garantice plenamente el principio de reciprocidad.</p>

	<p><u>biológicos, el trámite de las respectivas autorizaciones y los demás procedimientos necesarios para el proceso de donación internacional.</u> Lo anterior, con miras a garantizar una eficiente y amplia cobertura de la red de donantes.</p>		<p><u>posibles donantes registrados en el país.</u></p> <p><u>Parágrafo primero. Los costos de la tipificación inicial deberán ser asumidos por los registros en los que se inscriba el donante.</u></p>		
<p><b>Artículo 6°.</b> Los laboratorios clínicos que acrediten cumplir con las condiciones y requisitos establecidos por las normas de salud y sanitarias vigentes podrán realizar las pruebas para determinar la histocompatibilidad respecto de los tipos de antígenos leucocitarios humanos HLA de los donantes. Los resultados de la muestra analizada deberán ser incluidas en el RNDCHP. Los gastos en que incurran por concepto de confirmación de la compatibilidad entre posibles donantes y el receptor, formarán parte de los gastos propios del trasplante y serán imputables al sistema de salud del receptor, de acuerdo con las normas legales y reglamentarias del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social, en el término de un año, contados a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, reglamentará los protocolos y manuales de buenas prácticas para la realización de las pruebas de compatibilidad.</p>	<p><b>Artículo 6°.</b> Los laboratorios clínicos que acrediten cumplir con las condiciones y requisitos establecidos por las normas de salud y sanitarias vigentes <u>así como con los estándares de calidad requeridos por normas internacionales para uso clínico en receptor no familiar o no relacionado</u> podrán realizar las pruebas <u>de tipificación</u> para determinar la histocompatibilidad respecto de los tipos de antígenos leucocitarios humanos HLA de los donantes. Los resultados de la muestra analizada deberán ser incluidas en el RNDCHP. Los gastos en que incurran por concepto de confirmación de la compatibilidad entre posibles donantes y el receptor, formarán parte de los gastos propios del trasplante y serán imputables al sistema de salud del receptor, de acuerdo con las normas legales y reglamentarias del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social, en el término de un año, contados a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, reglamentará los protocolos y manuales de buenas prácticas <u>para los procedimientos que sea pertinente para la realización de las pruebas de compatibilidad. El INS propenderá para que las bases de datos de los registros existentes en el país estén intercomunicadas, para permitir que al iniciarse una búsqueda en un registro, se tenga acceso a todos los</u></p>	<p>Se especifican las condiciones que deben tener los laboratorios de tipificación para poder incluir a las personas en los registros y se cambia la reglamentación que debe emitir el Ministerio de Salud sobre los procedimientos de compatibilidad ya que esto está reglamentado por estándares internacionales. Sin embargo se deja la potestad de emitir protocolos para lo que sea menester.</p>	<p><b>Artículo 7°.</b> Del ingreso de información. Las instituciones, como Bancos de Sangre y Laboratorios con capacidad tecnológica, habilitados para el procedimiento de registro de donantes de células progenitoras, con los estándares de habilitación definidos por el Ministerio de Salud, harán el estudio de potenciales donantes y registrarán en el Sistema de Información RedData-INS y SIHEVI-INS, la información que defina el Instituto Nacional de Salud.</p>	<p><b>Artículo 7°.</b> Del ingreso de información. <u>Las instituciones, como Bancos de Sangre y Laboratorios con capacidad tecnológica, habilitados para el procedimiento de registro de donantes de células progenitoras, con los estándares de habilitación definidos por el Ministerio de Salud, harán el estudio de potenciales donantes y registrarán en el Sistema de Información RedData-INS y SIHEVI-INS, la información que defina el Instituto Nacional de Salud.</u></p> <p><u>Quedan facultadas para proporcionar la información de histocompatibilidad que arrojen las pruebas de los potenciales donantes al REGISTRO NACIONAL PÚBLICO OFICIAL de Donantes de Células Progenitoras RNDCHP, las instituciones que para tal fin determine el Instituto Nacional de Salud - INS, conforme a los estándares de calidad y capacidad instalada que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. El ingreso de la información estará a cargo del RNDCHP.</u></p>	<p>Se modifica la redacción para dar mayor claridad y ajustarse a los cambios en el resto del articulado.</p>
			<p><b>Artículo 8° Incentivos.</b> El Gobierno Nacional en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social en el término de seis (6) meses contado a partir de la expedición de la presente ley, reglamentará un programa de incentivos en favor de las personas naturales o jurídicas que contribuyan en las</p>	<p><b>Artículo 8° Incentivos.</b> El Gobierno Nacional en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social en el término de seis (6) meses contado a partir de la expedición de la presente ley, reglamentará un programa de incentivos en favor de las personas naturales o jurídicas que contribuyan en las</p>	<p>Se elimina la proveniencia de fetos abortados porque no tiene sentido ni es viable en el procedimiento técnico de donación de CPH.</p>
<p>actividades relacionadas con la obtención, extracción, procesamiento, preservación, almacenamiento, donación y trasplante de células progenitoras hematopoyéticas y cordón umbilical que no provengan de fetos abortados.</p>	<p>actividades relacionadas con la obtención, extracción, procesamiento, preservación, almacenamiento, donación y trasplante de células progenitoras hematopoyéticas y cordón umbilical. <u>que no provengan de fetos abortados.</u></p>			<p><u>materia y sean aplicables a la sangre y a los componentes sanguíneos.</u></p> <p><u>Parágrafo primero. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará en un plazo de 6 meses los procedimientos de obtención, procesamiento, manipulación y utilización de células progenitoras hematopoyéticas y de cordón umbilical que sea necesario reglamentar para ingresar en donantes en los registros.</u></p> <p><u>Parágrafo segundo. Se prohíbe el uso de células progenitoras hematopoyéticas y cordón umbilical de fetos abortados.</u></p>	<p>legislación para órganos y tejidos dado que por ser una donación tan particular es requerido que se maneje su obtención, procesamiento y utilización de forma distinta y con nuevas normas distintas a las de tejidos.</p>
<p><b>Artículo 9°.</b> De los receptores. Tendrá derecho a ser receptor de células progenitoras hematopoyéticas (CPH), de cordón umbilical y de los productos terapéuticos elaborados con ellas o derivados de ellas, toda persona cuyo estado de salud lo requiera. Serán sujetos prioritarios de esta atención los menores de 18 años diagnosticados o en presunción de cáncer, en concordancia con los términos de la Ley 2026 de 2020.</p>	<p>Sin modificaciones.</p>		<p><b>Artículo 11° Deberes de los potenciales donantes.</b> Son deberes de quienes de manera libre y voluntaria adquieren la calidad de potenciales donantes:</p> <p>a. Poner a disposición del Registro Nacional Público de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas RNDCHP información básica personal, comprendiendo nombres y apellidos, documento de identidad, edad, domicilio, teléfono, correo electrónico e historia clínica.</p> <p>b. Permitir la extracción de una muestra de sangre o de células de la mucosa bucal para estudiar sus características de histocompatibilidad, respecto de los tipos de antígenos leucocitarios humanos HLA.</p> <p>Los demás que se establezcan en los protocolos médicos de donación y trasplante de células progenitoras hematopoyéticas y de cordón umbilical, de acuerdo con el método de donación</p>	<p><b>Artículo 11° Deberes de los potenciales donantes.</b> Son deberes de quienes de manera libre y voluntaria adquieren la calidad de potenciales donantes:</p> <p>a. Poner a disposición del REGISTRO NACIONAL PÚBLICO OFICIAL de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas RNDCHP <u>RNDCHP</u> la información <u>necesaria para su adecuado registro</u>, básica personal, <u>comprendiendo nombres y apellidos, documento de identidad, edad, domicilio, teléfono, correo electrónico e historia clínica.</u></p> <p>b. Permitir la extracción de una muestra de sangre o de células de la mucosa bucal para estudiar sus características de histocompatibilidad, respecto de los tipos de antígenos leucocitarios humanos HLA.</p> <p>c. Los demás que se establezcan en los protocolos médicos de donación y trasplante de células</p>	<p>Se da una redacción más general a la información requerida para que esta sea determinada según las necesidades del RNDCHP.</p> <p>Se adiciona el literal d para dar la posibilidad al Ministerio de Salud y Protección Social y al INS de establecer los deberes adicionales que resulten necesarios.</p>
<p><b>Artículo 10°.</b> De los donantes. Puede ser donante de células progenitoras hematopoyéticas (CPH), toda persona civilmente capaz mayor de dieciocho años de edad.</p> <p><b>Parágrafo primero.</b> Para la donación de células progenitoras hematopoyéticas y de cordón umbilical, se aplicarán los requisitos exigidos para la utilización de componentes anatómicos para fines de trasplante cuando se trate de donante vivo en los términos del Decreto 2493 de 2004 o las disposiciones que haga sus veces y sean aplicables a la sangre y a los componentes sanguíneos</p> <p><b>Parágrafo segundo.</b> Se prohíbe el uso de células progenitoras hematopoyéticas y cordón umbilical de fetos abortados.</p>	<p><b>Artículo 10°.</b> De los donantes. Puede ser donante de células progenitoras hematopoyéticas (CPH), toda persona civilmente capaz mayor de dieciocho años de edad. <u>Se autorizará de manera excepcional la donación por parte de menores de edad con la autorización de su acudiente o tutor legal y de los profesionales médicos a cargo del procedimiento.</u></p> <p><u>Parágrafo primero.</u> Para la donación <u>de células progenitoras hematopoyéticas y de cordón umbilical, se aplicarán los requisitos exigidos para la utilización de componentes anatómicos para fines de trasplante cuando se trate de donante vivo en los términos del Decreto 2493 de 2004 o de las disposiciones que haga sus veces <u>flan la</u></u></p>	<p>Se ajusta la redacción sobre la normativa aplicable para dar un alcance más general.</p> <p>Por recomendación del IDCBSIS, se autoriza la donación excepcional por parte de menores de edad, toda vez que hay casos en que los registros internacionales admiten donantes menores, dado que esto mejora el período en que el donante puede permanecer dentro del registro y así optimizar todos los análisis que deben realizarse.</p> <p>Se elimina la proveniencia de fetos abortados porque no tiene sentido ni es viable en el procedimiento técnico de donación de CPH.</p> <p>Se modifica el parágrafo primero para dar orden al Ministerio de Salud de reglamentar los procedimientos que haga falta para manipulación y obtención de células de los donantes.</p> <p>Se elimina la aplicación de la</p>	<p><b>Artículo 11° Deberes de los potenciales donantes.</b> Son deberes de quienes de manera libre y voluntaria adquieren la calidad de potenciales donantes:</p> <p>a. Poner a disposición del Registro Nacional Público de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas RNDCHP información básica personal, comprendiendo nombres y apellidos, documento de identidad, edad, domicilio, teléfono, correo electrónico e historia clínica.</p> <p>b. Permitir la extracción de una muestra de sangre o de células de la mucosa bucal para estudiar sus características de histocompatibilidad, respecto de los tipos de antígenos leucocitarios humanos HLA.</p> <p>Los demás que se establezcan en los protocolos médicos de donación y trasplante de células progenitoras hematopoyéticas y de cordón umbilical, de acuerdo con el método de donación</p>	<p><b>Artículo 11° Deberes de los potenciales donantes.</b> Son deberes de quienes de manera libre y voluntaria adquieren la calidad de potenciales donantes:</p> <p>a. Poner a disposición del REGISTRO NACIONAL PÚBLICO OFICIAL de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas RNDCHP <u>RNDCHP</u> la información <u>necesaria para su adecuado registro</u>, básica personal, <u>comprendiendo nombres y apellidos, documento de identidad, edad, domicilio, teléfono, correo electrónico e historia clínica.</u></p> <p>b. Permitir la extracción de una muestra de sangre o de células de la mucosa bucal para estudiar sus características de histocompatibilidad, respecto de los tipos de antígenos leucocitarios humanos HLA.</p> <p>c. Los demás que se establezcan en los protocolos médicos de donación y trasplante de células</p>	<p>Se da una redacción más general a la información requerida para que esta sea determinada según las necesidades del RNDCHP.</p> <p>Se adiciona el literal d para dar la posibilidad al Ministerio de Salud y Protección Social y al INS de establecer los deberes adicionales que resulten necesarios.</p>

definido por el médico tratante.	progenitoras hematopoyéticas y de cordón umbilical, de acuerdo con el método de donación definido por el médico tratante.  <b>d. Los demás que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, bajo recomendación del Instituto Nacional de Cancerología y el Instituto Nacional de Salud en conjunto con el Equipo Asesor Permanente determinado en el artículo 4 de la presente Ley.</b>	
<b>Artículo 12°. Revocatoria del consentimiento.</b> El consentimiento para donar células progenitoras hematopoyéticas y de cordón, podrá ser revocado en cualquier momento anterior al inicio del procedimiento de extracción. La revocación no generará responsabilidad de ninguna especie.	<b>Artículo 12°. Revocatoria del consentimiento.</b> El consentimiento para donar células progenitoras hematopoyéticas y de cordón umbilical, podrá ser revocado en cualquier momento anterior al inicio del procedimiento de extracción. La revocación no generará responsabilidad de ninguna especie.	Se adiciona la palabra <i>umbilical</i> .
<b>Artículo 13°.- Segunda donación.</b> La realización de una segunda donación de progenitores hematopoyéticos dependerá de los criterios técnicos establecidos por el REGISTRO NACIONAL PÚBLICO OFICIAL de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas RNDCHP y la decisión manifiesta del potencial donante de hacer una nueva donación.  Los protocolos médicos para segundas donaciones deberán ser diseñados teniendo como principio orientador la protección de la salud y la vida del donante.	Sin cambios.	
<b>Artículo 14°. Regulación de los bancos de sangre de cordón umbilical.</b> Son Bancos de Sangre de Cordón Umbilical (BSCU) las instituciones privadas sin ánimo de lucro o instituciones de naturaleza	<b>Artículo 14°. Regulación de los bancos de sangre de cordón umbilical.</b> Son Bancos de Sangre de Cordón Umbilical (BSCU) las instituciones privadas sin ánimo de lucro o instituciones de naturaleza	

pública encargadas de la obtención, extracción, procesamiento, preservación y almacenamiento de las células progenitoras hematopoyéticas (CPH) provenientes de la sangre del cordón umbilical y de placenta de los recién nacidos con el propósito de conservarlos y suministrarlos con fines de investigación científica o tratamientos terapéuticos. Los BSCU harán parte de la Red Nacional de Donación y Trasplante y les serán aplicables las disposiciones y reglamentaciones expedidas con ocasión a la donación de componentes anatómicos.	pública encargadas de la obtención, extracción, procesamiento, preservación y almacenamiento de las células progenitoras hematopoyéticas (CPH) provenientes de la sangre del cordón umbilical y de placenta de los recién nacidos con el propósito de conservarlos y suministrarlos con fines de investigación científica o tratamientos terapéuticos. Los BSCU harán parte de la Red Nacional de Donación y Trasplante y les serán aplicables las disposiciones y reglamentaciones expedidas <b>por el Ministerio de Salud a las que hace referencia el artículo 10 de la presente Ley, con ocasión a la donación de componentes anatómicos.</b>	
<b>Parágrafo.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social en el término de un año contado a partir de la expedición de la presente Ley, reglamentará los procedimientos de apertura y funcionamiento y el Manual de buenas prácticas de los BSCU. En todo caso, hasta ser expedida reglamentación especial por parte del Ministerio, le serán aplicables las disposiciones que regulan los Bancos de Tejidos y Médula Ósea en lo que sea pertinente.	<b>Parágrafo.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social en el término de un año contado a partir de la expedición de la presente Ley, reglamentará los procedimientos de apertura y funcionamiento y el Manual de buenas prácticas de los BSCU. En todo caso, hasta ser expedida reglamentación especial por parte del Ministerio, le serán aplicables las disposiciones que regulan los Bancos de Tejidos y Médula Ósea en lo que sea pertinente.	
<b>Artículo 15°. De las campañas regionales de donación.</b> El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, promoverá la realización de campañas regionales de donación de células progenitoras hematopoyéticas (CPH) con enfoque étnico. La financiación de dichas campañas se someterá a marco fiscal de mediano plazo y marco de gasto de mediano plazo del sector salud.	<b>Artículo 15°. De las campañas nacionales y regionales de donación.</b> El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, promoverá la realización de campañas regionales de donación de células progenitoras hematopoyéticas (CPH) con enfoque étnico. La financiación de dichas campañas se someterá a marco fiscal de mediano plazo y marco de gasto de mediano plazo del sector salud.  <b>Será función de los registros</b>	Se modifica para adjudicar la función de las campañas de fomento a la donación a los registros, pero también dar la función de apoyo y campañas propias al gobierno nacional.  Se elimina el condicionamiento del MFMP porque todo el financiamiento de rubros en el país está sometido a esa norma.

	<b>la realización de campañas nacionales y regionales de donación de células progenitoras hematopoyéticas (CPH), en la cual deberán contar con el apoyo del Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social. Estas campañas de donación deberán contener estrategias de información, educación y de comunicación y deberán estar contempladas en la organización y gestión organizativa de cada registro. En ellas debe existir un enfoque poblacional significativo que permita obtener registros de personas indígenas, afro, palenqueras y raizales.</b>  <b>Parágrafo primero.</b> En el caso del RNDCHP la financiación de dichas campañas deberá incluirse en su planeación y el presupuesto otorgado por el Gobierno Nacional para su puesta en marcha y funcionamiento.  <b>Parágrafo segundo.</b> El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud también deberá hacer campañas propias para promover la donación de CPH en el territorio nacional.  <b>Parágrafo tercero.</b> Las instituciones promotoras y prestadoras de salud, públicas y privadas, se integrarán a las actividades de promoción y educación de conformidad con sus perfiles y fines dentro del sistema de salud.	
<b>Artículo 16°. Seguimiento y Monitoreo.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social realizará seguimiento al cumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente Ley. Para tal efecto,	Sin cambios.	

rendirá informe a las Comisiones Séptimas del Congreso de la República en el segundo mes de la legislatura de cada año.		
<b>Artículo 17°. Inspección y vigilancia.</b> Corresponde al Invima, Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Direcciones Territoriales de Salud y a la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus atribuciones, ejercer la función pública de inspección y vigilancia de lo dispuesto en la presente ley.	Sin cambios.	
<b>Artículo 18°. Fuentes de financiación.</b> El Registro Nacional Público de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas – RNDCHP podrá tener como fuentes de financiación los recursos provenientes de:  1. Las partidas específicas del Presupuesto General de la Nación. 2. Recursos de cooperación internacional. 3. Las donaciones de personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras y organismos internacionales. 4. Los recursos de libre inversión del componente de Propósito General del Sistema General de Participaciones. 5. Las demás fuentes de financiación de origen lícito que contribuyan de manera directa y exclusiva a la sostenibilidad del Registro.	<b>Artículo 18°. Fuentes de financiación.</b> El REGISTRO NACIONAL PÚBLICO OFICIAL de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas – RNDCHP – RNDCHP podrá tener como fuentes de financiación los recursos provenientes de:  1. Las partidas específicas del Presupuesto General de la Nación. 2. Recursos de cooperación internacional. 3. Las donaciones de personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras y organismos internacionales. 4. Los recursos de libre inversión del componente de Propósito General del Sistema General de Participaciones. 5. Las demás fuentes de financiación de origen lícito que contribuyan de manera directa y exclusiva a la sostenibilidad del Registro.	
<b>Parágrafo.</b> El Gobierno Nacional apropiará en la Ley del	<b>Parágrafo primero.</b> El Gobierno	

<p>Presupuesto General de la Nación, para cada vigencia fiscal, los recursos necesarios para la operación y sostenibilidad del Registro.</p>	<p>Nacional apropiará en la Ley del Presupuesto General de la Nación, para cada vigencia fiscal, los recursos necesarios para la operación y sostenibilidad del Registro <u>incluyendo la labor de coordinación de los registros que se creen en el país asignada en la presente ley.</u></p> <p><u>Parágrafo segundo. La estimación de las condiciones de funcionamiento con calidad deberá partir de estudios ya realizados y futuros que contemplen la inversión para ampliar constantemente la base de datos de donantes; para el diseño, actualización y mejora de los sistemas de información (bases de datos, sistemas de comunicación, protección de los mismos) y para el sostenimiento del equipo de personas altamente capacitado que se requiere. También se debe contemplar un plan de capacitación constante de personal y la financiación de futuros productos de I+D+I que genere la actividad del registro. Teniendo en cuenta estos mismos factores deberán planificarse todos los registros de CHP que existan en el país.</u></p>	
<p><b>Artículo 19°</b> El Ministerio de Salud y Protección Social con el apoyo de la Agencia Presidencial de Cooperación Internacional, podrá gestionar cooperación internacional pública, privada, técnica y financiera que posibilite el cumplimiento de las disposiciones de la presente ley.</p>	<p>Sin modificaciones.</p>	
<p><b>ARTÍCULO NUEVO</b></p>	<p><b>Artículo 20. El Ministerio de Salud y Protección Social y Protección Social junto al Instituto Nacional de Salud – INS establecerán en el proceso de implementación y</b></p>	<p>Se establecen instancias de participación a fin de consultar con entidades que ya han trabajado en este campo y permiten tener una visión de los registros desde la experiencia</p>

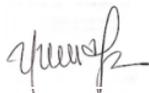
	<p><u>reglamentación de las disposiciones contenidas en la presente ley, instancias de participación y concertación con las entidades territoriales, institutos científicos, universidades que hayan realizado proyectos y/o investigaciones relacionadas con los registros de CHP, para obtener experiencias y recomendaciones pertinentes.</u></p>	<p>práctica. Un ejemplo es el Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud de Bogotá, que ha realizado esfuerzos a lo largo de más de 10 años de investigaciones, con la inversión de casi cincuenta y cinco millones de pesos de recursos del sistema general de regalías, en las diferentes estructuras orgánicas que se requiere para la gestión eficiente de donantes no relacionados de CPH.</p>
<p><b>Artículo 20° Vigencia y derogatoria.</b> La presente Ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones contrarias.</p>	<p><b>Artículo 21° Vigencia y derogatoria.</b> La presente Ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones contrarias.</p>	<p>Se modifica la numeración.</p>

**PROPOSICIÓN**

Manifestado el beneficio que tiene esta iniciativa para la población colombiana, rendimos ponencia positiva sobre el presente proyecto de ley y, en consecuencia, proponemos a la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes dar primer debate al Proyecto de ley número 417 de 2021 Cámara y 283/2020 Senado "Por medio de la cual se crea el registro nacional público de donantes de células progenitoras hematopoyéticas, se dictan medidas sobre donación y trasplante de células madre de médula ósea, y se dictan otras disposiciones - Ley Jerónimo", conforme al texto propuesto para primer debate.



**JORGE ALBERTO GÓMEZ GALLEGO**  
 Coordinador ponente  
 Representante a la Cámara por Antioquia  
 Partido DIGNIDAD



**NORMA HURTADO SÁNCHEZ**  
 Representante a la Cámara Valle del Cauca  
 Ponente  
 Partido de la U

**TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE**  
**PROYECTO DE LEY NÚMERO 417 DE 2021 CÁMARA Y 283 DE 2020 SENADO**

"POR MEDIO DEL CUAL SE CREA EL REGISTRO NACIONAL PÚBLICO OFICIAL DE DONANTES DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS. SE REGULA LA CREACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE REGISTROS DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES - LEY JERÓNIMO"

*El Congreso de la República de Colombia*

**DECRETA:**

**Artículo 1° Objeto.** La presente ley tiene por objeto crear el Registro Nacional Público Oficial de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas – RNDCPH y establecer un marco normativo que regule las actividades relacionadas con la creación e implementación de registros de donantes de células progenitoras hematopoyéticas – CPH obtenidas por aspiración de médula ósea, movilización de sangre periférica y de sangre cordón umbilical u otras médicamente validadas y de los productos terapéuticos elaborados con ellas o derivados de ellas.  
 También pretende crear una coordinación nacional de registros y centralización de información a cargo del Instituto Nacional de Salud (INS).

**Artículo 2°. Principios.** Para la aplicación de la presente ley, se deberán tener en cuenta los siguientes principios:

**Solidaridad:** Los registros de donantes de CPH son organizaciones solidarias con conexión internacional responsables de coordinar la promoción, la búsqueda y reclutamiento de donantes de CPH así como la distribución de las células progenitoras donantes y la gestión de personas donantes no familiares o no relacionados compatibles con el potencial receptor en el ámbito nacional e internacional. Esto para incrementar las posibilidades de estos pacientes de encontrar un donante con compatibilidad adecuada bajo criterios de calidad global.

Los registros parten del principio de la solidaridad humana, para el mutuo apoyo y garantía de acceso y sostenibilidad del sistema de salud; es una forma de integración entre personas, generaciones, sectores económicos y regiones. Todo paciente que requiera un trasplante allogenico de progenitores hematopoyéticos, después de la respectiva valoración y solicitud médica especializada tendrá derecho sin ninguna dilación, a que se realice un estudio de compatibilidad a sus familiares cercanos y en caso de no tener un donante adecuado, a que se inicie inmediatamente la búsqueda a que su posible donante sea buscado y tipificado en todos los registros de donantes de CPH existentes en el país y disponibles internacionalmente, conforme con los protocolos pertinentes.

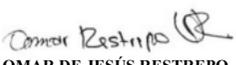
**Reciprocidad.** La información de histocompatibilidad de los posibles donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas (CPH) será recíproca entre los registros del territorio nacional y los internacionales con los que se suscriban convenios.

**Gratuidad.** Se prohíbe todo acto o contrato que a título oneroso contenga la promesa de venta o enajenación de células de progenitores hematopoyéticos, para efectos de investigación científica, trasplante, elaboración de productos terapéuticos u otras actividades de similar naturaleza; no pudiéndose percibir contraprestación económica o cualquier tipo de compensación ni por el donante, receptor ni otra persona natural o jurídica relacionada. Se exceptúan los costos ocasionados por la captación y gestión del donante, la obtención, la preservación, las pruebas o exámenes requeridos previamente para la donación o el suministro, el transporte, en los términos de la normatividad que rija la materia.

<p><b>Confidencialidad.</b> No podrá divulgarse información alguna que permita la identificación del donante y del receptor de sus células progenitoras hematopoyéticas (CPH), de médula ósea o de sangre periférica o los familiares de estos. Únicamente se podrá compartir la información indispensable para gestionar la búsqueda y distribución de las células progenitoras, entre el registro, los centro de donantes y los centros de trasplante, siempre bajo los términos en los términos de la Ley 1581 de 2012, la Ley 527 de 1999, el Decreto 1377 de 2013, la Resolución 1995 de 1991 y las disposiciones que rijan la materia.</p> <p>Esta limitación es aplicable solo a donantes no familiares o no relacionados.</p> <p><b>Fomento de la donación.</b> Los registros y el Gobierno Nacional tendrán la función de promover la donación y fomentar la conciencia solidaria, la promoción y publicidad de la donación de células progenitoras hematopoyéticas (CPH). Este fomento se realizará de forma general, señalando su carácter voluntario, altruista, sin fines de lucro y desinteresado.</p> <p><b>Artículo 3°. Definiciones.</b> Para efectos de la presente ley se entenderá por:</p> <p><b>REGISTRO DE DONANTES DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS:</b> Los registros de donantes de CPH son organizaciones solidarias con conexión internacional responsables de coordinar la búsqueda de donantes de CPH y la gestión de donantes no familiares o no relacionados compatibles con el potencial receptor en el ámbito nacional e internacional para incrementar las posibilidades de los pacientes de encontrar un donante con compatibilidad adecuada bajo criterios de calidad global. Los registros también están encargados de la captación de nuevos donantes, la gestión de las búsquedas, el relacionamiento con los centros de trasplante, la gestión del donante compatible una vez sea localizado, para la obtención y transporte de sus células para la infusión en los pacientes, así como el posterior seguimiento al donante. Los registros de donantes voluntarios deben solicitar al centro de trasplante, periódicamente información sobre el desenlace de los receptores que reciben células progenitoras de sus donantes, según las normas internacionales.</p> <p>Podrán existir distintos registros en el país, operados por instituciones públicas o privadas que cumplan con lo dispuesto en la presente ley y la reglamentación que sobre la materia expida el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p><b>REGISTRO NACIONAL PÚBLICO OFICIAL DE DONANTES DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS – RNDCPH:</b> Es el registro de donantes de células progenitoras hematopoyéticas desarrollado y operado por el Instituto Nacional de Salud articulado con las entidades territoriales que tengan adelantos y experiencia en la realización de Registros de CPH.</p> <p>Sin perjuicio de los existentes, se tendrá en cuenta y se articulará la experiencia científica de la Secretaría de Salud de Bogotá y su entidad vinculada Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud.</p> <p>Además de las funciones propias de un registro de CPH, el Instituto Nacional de Salud con el RNDCPH tendrá la misión de articular y coordinar la labor de los registros de CPH existentes en el país, así como centralizar su información. Lo anterior sin perjuicio de la autonomía de estos registros y de las instituciones que los operen. Las características de esa coordinación y articulación serán definidas por la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p><b>CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS (CPH):</b> Son las encargadas de producir los componentes de la sangre. Se pueden donar en vida y se utilizan en pacientes con indicación de trasplante. Son encargadas de producir un número determinado de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Glóbulos rojos, que transportan el oxígeno a los tejidos;</li> <li>● Glóbulos blancos, que combaten las infecciones en el organismo y se ocupan de la vigilancia inmunológica;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● y plaquetas, que participan del proceso de coagulación de la sangre</li> </ul> <p><b>HISTOCOMPATIBILIDAD O HLA:</b> Prueba mediante la cual se determina el grado de compatibilidad que exhibe la pareja receptor/donante para un trasplante.</p> <p><b>Artículo 4°.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social a través del Instituto Nacional en Salud en el término de dos años contados a partir de la expedición de la presente Ley, creará el Registro Nacional Público de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas RNDCPH, el cual estará articulado con el Registro Nacional de Donantes con la consideración de que la donación de órganos y tejidos tiene un funcionamiento distinto a la de CPH.</p> <p>Para su entrada en funcionamiento, el RNDCHP deberá contar con los recursos y capacidades científicas, técnicas y de personal que le permitan garantizar el cumplimiento de los principios de solidaridad, reciprocidad, gratuidad y confidencialidad establecidos en el artículo 2°, además de un sistema informático que permita mantener la trazabilidad y garantizar la confidencialidad de la información de los potenciales donantes y receptores a lo largo de todas las fases del proceso de donación.</p> <p>Al RNDCPH se incorporarán los resultados de los análisis de antígenos leucocitarios humanos o antígenos HLA que correspondan a las muestras de sangre o células y los resultados de las pruebas de histocompatibilidad realizadas por los laboratorios certificados y que cumplan las condiciones estipuladas en la presente ley, previo consentimiento informado de los donantes o usuarios de los Bancos de Células autólogos.</p> <p>Bajo ninguna circunstancia podrá incorporarse al RNDCPH o a algún otro registro, ni presentarse como disponible para donación, algún resultado que no sea autorizado para los fines específicos de la donación por la persona o acudiente que a quien corresponda dicho resultado.</p> <p><b>Parágrafo primero.</b> La información personal y de compatibilidad previstas en esta norma será recogida, tratada y custodiada con la más estricta confidencialidad y se considerará un dato sensible bajo las normas de protección de datos personales Ley 1581 de 2012 o las disposiciones que haga sus veces.</p> <p><b>Parágrafo segundo.</b> Para el cabal cumplimiento de lo establecido en la presente ley, se deberán apropiarse de los recursos necesarios tanto al Ministerio de Salud y Protección Social como al Instituto Nacional de Salud. Para tal fin el Ministerio de Hacienda y Crédito Público realizará las gestiones presupuestales que corresponden con el fin de garantizar esta financiación.</p> <p><b>Parágrafo tercero.</b> Los bancos de sangre de Progenitores hematopoyéticos de sangre de cordón umbilical públicos y privados deberán compartir sus respectivas bases de datos y registro, para ser incluidos en RNDCPH. Esta inclusión se dará solo cuando los datos y bancos cumplan con los estándares de calidad requeridos por las normas internacionales para uso clínico en receptor no familiar o no relacionado y la regulación establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social, de manera que se garantice el principio de reciprocidad. Para la inclusión de sus datos en el registro será solicitada autorización a los respectivos potenciales donantes de los Bancos Públicos y a los usuarios de los Bancos privados Autólogos, en los términos de la Ley 1581 de 2012.</p> <p><b>Parágrafo cuarto.</b> La información de toda persona inscrita como donante en el Registro Nacional Público de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas - RNDCPH quedará a disposición para ser revisada por entes estipulados en esta ley y, según la voluntad del potencial donante, se adelantarán los pasos para donar conforme a los protocolos pertinentes, sus células progenitoras hematopoyéticas (CPH) para cualquier persona o paciente compatible que las necesite de la red pública o privada de salud.</p> <p><b>Parágrafo quinto.</b> Para realizar su labor de coordinación de los registros de donantes voluntarios de progenitores hematopoyéticos, conocer, recoger y aplicar las experiencias ya surtidas con Registros de CPH en el país, el Instituto Nacional de Salud conformará un Equipo Asesor Técnico Permanente de personas e instituciones expertas, asociaciones médicas, entes territoriales de salud que tengan adelantos y experiencia en la realización de Registros de CPH e institutos de investigación, centros de trasplante, centros de donación y aféresis, entre otros, con el objetivo de establecer una hoja de ruta para la creación, organización, estructuración e implementación tanto del RNDCHP como de la coordinación de registros que le corresponde en el país.</p>
<p>Sin perjuicio de los existentes, se tendrá en cuenta la experiencia científica de la Secretaría de Salud de Bogotá y su entidad vinculada, el Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud.</p> <p><b>Artículo 5°.</b> El Registro Nacional Público Oficial de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas –RNDCPH y los registros existentes en el país, podrán articularse con Registros Internacionales de la misma naturaleza, para el intercambio de información de histocompatibilidad de los posibles donantes, la realización de operaciones conjuntas para la gestión de donaciones, el transporte de biológicos, el trámite de las respectivas autorizaciones y los demás procedimientos necesarios para el proceso de donación internacional. Lo anterior, con miras a garantizar una eficiente y amplia cobertura de la red de donantes.</p> <p><b>Artículo 6°.</b> Los laboratorios clínicos que acrediten cumplir con las condiciones y requisitos establecidos por las normas de salud y sanitarias vigentes así como con los estándares de calidad requeridos por normas internacionales para uso clínico en receptor no familiar o no relacionado podrán realizar las pruebas de tipificación para determinar la histocompatibilidad respecto de los tipos de antígenos leucocitarios humanos HLA de los donantes. Los resultados de la muestra analizada deberán ser incluidas en el RNDCHP. Los gastos en que incurran por concepto de confirmación de la compatibilidad entre posibles donantes y el receptor, formarán parte de los gastos propios del trasplante y serán imputables al sistema de salud del receptor, de acuerdo con las normas legales y reglamentarias del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social, en el término de un año, contados a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, reglamentará los protocolos y manuales de buenas prácticas para los procedimientos que sea pertinente.</p> <p>El INS propenderá para que las bases de datos de los registros existentes en el país estén intercomunicadas, para permitir que al iniciarse una búsqueda en un registro, se tenga acceso a todos los posibles donantes registrados en el país.</p> <p><b>Parágrafo primero.</b> Los costos de la tipificación inicial deberán ser asumidos por los registros en los que se inscriba el donante.</p> <p><b>Artículo 7°.</b> Del ingreso de información. Quedan facultadas para proporcionar la información de histocompatibilidad que arrojen las pruebas de los potenciales donantes al REGISTRO NACIONAL PÚBLICO OFICIAL de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas RNDCHP, las instituciones que para tal fin determine el Instituto Nacional de Salud - INS, conforme a los estándares de calidad y capacidad instalada que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. El ingreso de la información estará a cargo del RNDCHP.</p> <p><b>Artículo 8° Incentivos.</b> El Gobierno Nacional en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social en el término de seis (6) meses contado a partir de la expedición de la presente ley, reglamentará un programa de incentivos en favor de las personas naturales o jurídicas que contribuyan en las actividades relacionadas con la obtención, extracción, procesamiento, preservación, almacenamiento, donación y trasplante de células progenitoras hematopoyéticas y cordón umbilical.</p> <p><b>Artículo 9°. De los receptores.</b> Tendrá derecho a ser receptor de células progenitoras hematopoyéticas (CPH), de cordón umbilical y de los productos terapéuticos elaborados con ellas o derivados de ellas, toda persona cuyo estado de salud lo requiera. Serán sujetos prioritarios de esta atención los menores de 18 años diagnosticados o en presunción de cáncer, en concordancia con los términos de la Ley 2026 de 2020.</p> <p><b>Artículo 10°. De los donantes.</b> Puede ser donante de células progenitoras hematopoyéticas (CPH), toda persona civilmente capaz mayor de dieciocho años de edad. Se autorizará de manera excepcional la donación por parte de menores de edad con la autorización de su acudiente o tutor legal y de los profesionales médicos a cargo del procedimiento.</p> <p><b>Parágrafo primero.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará en un plazo de 6 meses los procedimientos de obtención, procesamiento, manipulación y utilización de células progenitoras</p>	<p>hematopoyéticas y de cordón umbilical que sea necesario reglamentar para ingresar en donantes en los registros.</p> <p><b>Artículo 11° Deberes de los potenciales donantes.</b> Son deberes de quienes de manera libre y voluntaria adquieren la calidad de potenciales donantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Poner a disposición del REGISTRO NACIONAL PÚBLICO OFICIAL de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas RNDCHP la información necesaria para su adecuado registro.</li> <li>b. Permitir la extracción de una muestra de sangre o de células de la mucosa bucal para estudiar sus características de histocompatibilidad, respecto de los tipos de antígenos leucocitarios humanos HLA.</li> <li>c. Los demás que se establezcan en los protocolos médicos de donación y trasplante de células progenitoras hematopoyéticas y de cordón umbilical, de acuerdo con el método de donación definido por el médico tratante.</li> <li>d. Los demás que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, bajo recomendación del Instituto Nacional de Cancerología y el Instituto Nacional de Salud en conjunto con el Equipo Asesor Permanente determinado en el artículo 4 de la presente Ley.</li> </ol> <p><b>Artículo 12°. Revocatoria del consentimiento.</b> El consentimiento para donar células progenitoras hematopoyéticas y de cordón umbilical, podrá ser revocado en cualquier momento anterior al inicio del procedimiento de extracción. La revocación no generará responsabilidad de ninguna especie.</p> <p><b>Artículo 13°.- Segunda donación.</b> La realización de una segunda donación de progenitores hematopoyéticos dependerá de los criterios técnicos establecidos por el REGISTRO NACIONAL PÚBLICO OFICIAL de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas RNDCHP y la decisión manifiesta del potencial donante de hacer una nueva donación.</p> <p>Los protocolos médicos para segundas donaciones deberán ser diseñados teniendo como principio orientador la protección de la salud y la vida del donante.</p> <p><b>Artículo 14°. Regulación de los bancos de sangre de cordón umbilical.</b> Son Bancos de Sangre de Cordón Umbilical (BSCU) las instituciones privadas sin ánimo de lucro o instituciones de naturaleza pública encargadas de la obtención, extracción, procesamiento, preservación y almacenamiento de las células progenitoras hematopoyéticas (CPH) provenientes de la sangre del cordón umbilical y de placenta de los recién nacidos con el propósito de conservarlos y suministrarlos con fines de investigación científica o tratamientos terapéuticos. Los BSCU harán parte de la Red Nacional de Donación y Trasplante y les serán aplicables las disposiciones y reglamentaciones expedidas por el Ministerio de Salud a las que hace referencia el artículo 10 de la presente Ley.</p> <p><b>Parágrafo.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social en el término de un año contado a partir de la expedición de la presente Ley, reglamentará los procedimientos de apertura y funcionamiento y el Manual de buenas prácticas de los BSCU. En todo caso, hasta ser expedida reglamentación especial por parte del Ministerio, le serán aplicables las disposiciones que regulan los Bancos de Tejidos y Médula Ósea en lo que sea pertinente.</p> <p><b>Artículo 15°. De las campañas nacionales y regionales de donación.</b> Será función de los registros la realización de campañas nacionales y regionales de donación de células progenitoras hematopoyéticas (CPH), en la cual deberán contar con el apoyo del Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social. Estas campañas de donación deberán contener estrategias de información, educación y de comunicación y deberán estar contempladas en la organización y gestión organizativa de cada registro. En ellas debe existir un enfoque poblacional significativo que permita obtener registros de personas indígenas, afro, palenqueras y raizales.</p> <p><b>Parágrafo primero.</b> En el caso del RNDCHP la financiación de dichas campañas deberá incluirse en su planeación y el presupuesto otorgado por el Gobierno Nacional para su puesta en marcha y funcionamiento.</p>

<p><b>Parágrafo segundo.</b> El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud también deberá hacer campañas propias para promover la donación de CPH en el territorio nacional.</p> <p><b>Parágrafo tercero.</b> Las instituciones promotoras y prestadoras de salud, públicas y privadas, se integrarán a las actividades de promoción y educación de conformidad con sus perfiles y fines dentro del sistema de salud.</p> <p><b>Artículo 16°. Seguimiento y Monitoreo.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social realizará seguimiento al cumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente Ley. Para tal efecto, rendirá informe a las Comisiones Séptimas del Congreso de la República en el segundo mes de la legislatura de cada año.</p> <p><b>Artículo 17°. Inspección y vigilancia.</b> Corresponde al Invima, Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Direcciones Territoriales de Salud y a la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus atribuciones, ejercer la función pública de inspección y vigilancia de lo dispuesto en la presente ley.</p> <p><b>Artículo 18°. Fuentes de financiación.</b> El REGISTRO NACIONAL PÚBLICO OFICIAL de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas – RNDCHP podrá tener como fuentes de financiación los recursos provenientes de:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Las partidas específicas del Presupuesto General de la Nación.</li> <li>2. Recursos de cooperación internacional.</li> <li>3. Las donaciones de personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras y organismos internacionales.</li> <li>4. Los recursos de libre inversión del componente de Propósito General del Sistema General de Participaciones.</li> <li>5. Las demás fuentes de financiación de origen lícito que contribuyan de manera directa y exclusiva a la sostenibilidad del Registro.</li> </ol> <p><b>Parágrafo primero.</b> El Gobierno Nacional apropiará en la Ley del Presupuesto General de la Nación, para cada vigencia fiscal, los recursos necesarios para la operación y sostenibilidad del Registro incluyendo la labor de coordinación de los registros que se creen en el país asignada en la presente ley.</p> <p><b>Parágrafo segundo.</b> La estimación de las condiciones de funcionamiento con calidad deberá partir de estudios ya realizados y futuros que contemplen la inversión para ampliar constantemente la base de datos de donantes; para el diseño, actualización y mejora de los sistemas de información (bases de datos, sistemas de comunicación, protección de los mismos) y para el sostenimiento del equipo de personas altamente capacitado que se requiere. También se debe contemplar un plan de capacitación constante de personal y la financiación de futuros productos de I+D+i que genere la actividad del registro. Teniendo en cuenta estos mismos factores deberán planificarse todos los registros de CHP que existan en el país.</p> <p><b>Artículo 19°</b> El Ministerio de Salud y Protección Social con el apoyo de la Agencia Presidencial de Cooperación Internacional, podrá gestionar cooperación internacional pública, privada, técnica y financiera que posibilite el cumplimiento de las disposiciones de la presente ley.</p> <p><b>Artículo 20.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social junto al Instituto Nacional de Salud – INS establecerán en el proceso de implementación y reglamentación de las disposiciones contenidas en la presente ley, instancias de participación y concertación con las entidades territoriales, institutos científicos, universidades que hayan realizado proyectos y/o investigaciones relacionadas con los registros de CHP, para obtener experiencias y recomendaciones pertinentes.</p> <p><b>Artículo 21° Vigencia y derogatoria.</b> La presente Ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones contrarias.</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p><b>JORGE ALBERTO GÓMEZ GALLEGO</b> Coordinador ponente Representante a la Cámara por Antioquia Partido DIGNIDAD</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p><b>NORMA HURTADO SÁNCHEZ</b> Representante a la Cámara Valle del Cauca Ponente Partido de la U</p> </div> </div>
---	---

**PONENCIA PARA PRIMER DEBATE EN LA CÁMARA DE REPRESENTANTES  
AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 397 DE 2021 CÁMARA**  
*por medio del cual se fija el salario mínimo profesional y técnico en Colombia.*

<div style="text-align: center;">  </div> <p>Bogotá, D.C., abril 20 de 2021</p> <p><b>JAIRO HUMBERTO CRISTO</b> Presidente Comisión Séptima Constitucional Cámara de Representantes</p> <p><b>Referencia:</b> Ponencia para primer debate en la Cámara de Representantes al Proyecto de Ley N° 397 de 2021 Cámara <i>“Por medio del cual se fija el Salario Mínimo profesional y técnico en Colombia”</i>.</p> <p>Cumpliendo con la designación y las instrucciones dispuestas por la Honorable Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes y de conformidad con los artículos 174 y 175 de la Ley 5ª de 1992, me permito, rendir informe de ponencia, al <b>Proyecto de Ley No.397 de 2021 Cámara</b>, <i>“Por medio del cual se fija el salario mínimo profesional y técnico en Colombia”</i></p> <p>Atentamente,</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;">  <p><b>OMAR DE JESÚS RESTREPO</b> Representante Cámara de Representantes Coordinador Ponente</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p><b>JOHN ARLEY MURILLO BENÍTEZ</b> Representante Cámara de Representantes Ponente</p> </div> </div>	<p style="text-align: center;"><b>CONTENIDO DE LA PONENCIA</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>I. Trámite Legislativo 2</li> <li>II. Objeto y contenido del proyecto 2</li> <li>III. Marco Legal 2</li> <li>IV. Consideraciones del autor/ponente 5</li> <li>V. Justificación de la iniciativa 7</li> <li>VI. Concepto de las entidades 8</li> <li>VII. Conflicto de interés</li> <li>VIII. Proposición 10</li> <li>IX. Texto propuesto 12</li> </ol> <p><b>I. Trámite Legislativo</b></p> <p>El proyecto de ley fue radicado el 24 de noviembre de 2021 ante la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes.</p> <p><b>II. Objeto y contenido del proyecto</b></p> <p>El proyecto de ley tiene como objeto garantizar la fijación de un salario mínimo profesional y técnico en Colombia a fin de que estos trabajadores tengan un pago digno acorde al tiempo, esfuerzos y conocimientos adquiridos durante la formación profesional y técnica.</p> <p><b>III. Marco legal</b></p> <p>Para dar mayor firmeza y validez a lo pretendido en este proyecto de ley se hará una breve exposición de normas constitucionales que dan cabida a esta iniciativa, además de las recomendaciones que la Organización Internacional del Trabajo extiende a los Estados para actualizar su legislación en materia laboral y ofrecer un marco real de garantías de acuerdo con los contextos sociales y económicos que se viven en la actualidad.</p>
---	---

**ARTICULO 25 DE LA CONSTITUCION POLITICA**

El trabajo es un derecho y una obligación social y goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado. Toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas.

Frente al artículo mencionado se debe resaltar en primer lugar que el trabajo se entenderá desde una perspectiva de derecho; cada ciudadano tiene la oportunidad de acceder a un empleo de acuerdo a sus capacidades sean físicas o intelectuales, y desde la óptica de la obligación; refiere el constituyente que en la medida en que se accede a un empleo formal en condiciones dignas y justas; el trabajador de realizar unos aportes económicos que ayudaran a fortalecer y darle solidez al sistema de seguridad social integral, lo anterior con la premisa de ofrecer garantías a quienes no pueden acceder un empleo formal pero que tienen necesidades de atención integral en seguridad social, El sentido de la figura es propender por la protección de la parte débil de dicha relación; ósea quien no se le ha garantizado ese derecho al trabajo.

Todo lo anterior se debe recoger en la premisa que es el Estado el que protege y garantiza este derecho, situación que en el contexto actual no se da a plenitud, es el caso del alto porcentaje de colombianos que consiguen su sustento en la informalidad, no cuentan con las garantías de un empleo estable con una asignación básica mínima; aun en este momento estamos refiriéndonos simplemente a la población que no acredita su capacidad profesional o técnica, y la realidad en el escenario que vivimos se enfrenta con un panorama de extrema competencia para acceder a un trabajo.

La misma situación se vive en el ámbito laboral de técnicos y profesionales, es muy alta la competencia que existe de profesionales y técnicos en muchas materias y la demanda de empleos y oportunidades laborales no es tan amplia, definir un salario mínimo para los profesionales, es importante porque ya que se daría una regulación de base por las capacidades formativas que adquiere el profesional o el técnico; no permite el abuso por parte de las empresas en el momento de la contratación y la guerra entre los profesionales por prestar sus servicios, además, que un salario mínimo profesional, como característica principal debe reconocer el esfuerzo previo, que el profesional hizo en su formación, para poder prestar el servicio propio de cada oficio, y adicionalmente, el efecto que produce en la sociedad y la comunidad.

los beneficios mínimos establecidos en normas laborales; facultades para transigir y conciliar sobre derechos inciertos y discutibles; situación más favorable al trabajador en caso de duda en la aplicación e interpretación de las fuentes formales de derecho; primacía de la realidad sobre formalidades establecidas por los sujetos de las relaciones laborales; garantía a la seguridad social, la capacitación, el adiestramiento y el descanso necesario; protección especial a la mujer, a la maternidad y al trabajador menor de edad.

Del anterior postulado se debe manifestar que la constitución política ordena al congreso de la república expedir el estatuto del trabajo en donde se aclara cuáles deben ser los principios mínimos que debe contener el mismo, siendo la igualdad de oportunidades la primera premisa, toda vez que el artículo 25 menciona que el trabajo es un derecho de todos los ciudadanos, se debería propender por garantizar que el acceso a condiciones formales y dignas de empleo sea de fácil acceso para todos los ciudadanos.

Menciona que debe haber una remuneración proporcional a la cantidad y calidad del trabajo; esta norma refiere de nuevo la necesidad que exista un marco mínimo que establezca de acuerdo a la formación profesional o técnica de cada uno cual es la asignación mínima que debería recibir por la prestación de sus servicios y capacidad laboral.

**IV. Consideraciones del ponente**

El proyecto de ley tiene varios efectos virtuosos en el empleo, ya que permite la dignificación de las condiciones salariales de quienes después de haber culminados sus estudios se ven obligados a insertarse en el mercado laboral con asignaciones salariales paupérrimas que desencadenan en la precarización laboral.

En Antioquia existe una Red de Enlace Profesional, integrada por 24 Instituciones de Educación Superior en Antioquia la cual ha construido una escala mínima de remuneración que ha servido como referencia para enlazar a los graduados en el mundo laboral por medio de una concertación de los salarios mínimos para los profesionales y técnicos.

Para el año 2021 esta organización da cuenta que un técnico con experiencia inferior a un año en el área de formación devengaba como mínimo un salario mensual de Un Millón Quince Mil Pesos (\$1.015.000); un tecnólogo con experiencia inferior a un año en el área de formación devengaba como mínimo Un Millón Doscientos Ochenta y Tres Mil

**ARTICULO 26 CONSTITUCIÓN POLITICA**

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 éstos deberán ser democráticos, la ley podrá asignarles funciones públicas y establecer los debidos controles.

De lo anterior se desglosan más argumentos que sustentan la viabilidad de la presente iniciativa, en conexidad con el artículo anterior se reitera que cada ciudadano tiene derecho a trabajar y del mismo modo a escoger una profesión u oficio en donde dependiendo cual sea su elección habrá requisitos por cumplir que acrediten a una persona como un técnico o un profesional en un área determinada.

También este artículo refiere que las profesiones legalmente reconocidas pueden organizarse, en la actualidad conocemos diferentes sectores laborales los cuales se han venido agremiando y realizando diferentes luchas reivindicando los derechos y las garantías de sus profesiones. Sin embargo cada año el tema de la definición del salario mínimo, el cual según la ley se debe concertar entre los gremios empleadores y los representantes de los trabajadores; finalmente es el Presidente de la Republica quien por medio de decreto ajusta cual es el incremento salarial, de lo anterior se debe analizar que si bien dicho trámite se hace para estipular cual es la asignación salarial mínima; no se piensa más allá la situación que en Colombia existe un panorama de ciudadanos que han venido invirtiendo tiempo y dinero en la preparación de sus conocimientos sean profesionales o técnicos lo cual influye en precarización de las oportunidades laborales de los profesionales y técnicos, puesto que un empleador por optimización de gastos va preferir contratar una persona que tenga una aspiración salarial inferior al promedio situación que degenera en poca oferta laboral y mal remunerada.

**ARTICULO 53 DE LA CONSTITUCION POLITICA**

El Congreso expedirá el estatuto del trabajo. La ley correspondiente tendrá en cuenta por lo menos los siguientes principios mínimos fundamentales:

Igualdad de oportunidades para los trabajadores; remuneración mínima vital y móvil, proporcional a la cantidad y calidad de trabajo; estabilidad en el empleo; irrenunciabilidad a

Cuatrocientos Pesos (\$1.283.400) y un profesional con experiencia inferior un año devengaba Dos Millones Ciento Setenta y un Mil Setecientos Cincuenta Pesos (\$2.171.750).

NIVEL EDUCATIVO	ESPECIFICACIONES DEL PERFIL GRADUADO	SALARIOS MÍNIMOS (2021) (Cantón General por prestación de servicios)	HONORARIOS 2021 (Cantón General por prestación de servicios)
NIVEL DE FORMACIÓN TÉCNICO (1)	Técnico con experiencia en el área de formación (0 - 1 año)	\$ 1.015.000	\$ 1.502.200
	Técnico con experiencia en el área de formación (1 - 3 años)	\$ 1.250.000	\$ 1.806.000
	Técnico con experiencia superior a 3 años	\$ 1.293.750	\$ 1.914.750
NIVEL DE FORMACIÓN TECNÓLOGO (2)	Tecnólogo con experiencia en el área de formación (0 - 1 año)	\$ 1.283.400	\$ 1.899.432
	Tecnólogo con experiencia en el área de formación (1 - 3 años)	\$ 1.443.000	\$ 2.135.640
	Tecnólogo con experiencia superior a 3 años	\$ 1.493.365	\$ 2.216.387
NIVEL DE FORMACIÓN PROFESIONAL - PREGRADO (3)	Profesional con experiencia en el área de formación (0 - 1 año)	\$ 2.121.750	\$ 3.140.190
	Profesional con experiencia en el área de formación (1 - 3 años)	\$ 2.408.000	\$ 3.563.840
	Profesional con experiencia en el área de formación superior a 3 años	\$ 2.452.340	\$ 3.668.574
NIVEL DE FORMACIÓN PROFESIONAL - ESPECIALISTA (4)	Especialista con experiencia en el área de formación (0 - 1 año)	\$ 3.094.650	\$ 4.580.082
	Especialista con experiencia en el área de formación (1 - 3 años)	\$ 3.436.000	\$ 5.076.880
	Especialista con experiencia en el área de formación superior a 3 años	\$ 3.543.919	\$ 5.247.917
NIVEL DE FORMACIÓN PROFESIONAL - MAGISTER (5)	Magister con experiencia en el área de formación (0 - 1 año)	\$ 4.088.230	\$ 6.050.610
	Magister con experiencia en el área de formación (1 - 3 años)	\$ 4.267.000	\$ 6.315.160
	Magister con experiencia en el área de formación superior a 3 años	\$ 4.416.640	\$ 6.536.191

**CRITERIOS TENIDOS EN CUENTA**

Promedios salariales presentados por plataformas de empleo en Colombia, año 2021	\$ 908.520
Incremento del SMMLV para el año 2021 (3,5%)	Subido de noviembre 2021
La diversidad de perfiles	\$ 100.454
Contextualizamos en el tema de salarios y tendencias	Salario Mínimo Integral 2021
Incremento proporcional en aquellos salarios más altos	\$ 11.810.838

**SE ESTABLECERON LAS SIGUIENTES CATEGORIAS PARA HACER EFECTIVO EL INCREMENTO** Esta tabla no aplica para:

- Profesionales de la Salud.
- Derechos en todos los casos ya definidos por el Colegio de Abogados.
- Profesionales de la Educación.

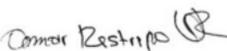
Se toma para las categorías 1 - 1 año, el salario de la Escala Salarial de la REP 2020 y se aumenta el 3,5% correspondiente al incremento del SMMLV para el año 2021.  
Se establece que los promedios salariales consultados desde las plataformas de empleo en Colombia, son tomados para largos con experiencia entre 1 - 3 años, teniendo en cuenta que este requisito es el más representativo entre las vacantes que se ofertan.  
Para las vacantes cuyas experiencias superen los 3 años, se tomaron los salarios entre 1 - 3 años y se aumenta el 3,5% correspondiente al incremento del SMMLV para el año 2021.

<p>Los anteriores datos son una muestra de la precarización en el ingreso de las y los profesionales en el país; precisamente la Organización Internacional del Trabajo en el Convenio 131 y en la Recomendación 135 de 1970 señala la necesidad de establecer unos mínimos de remuneración para eliminar la pobreza, asegurar la satisfacción de las necesidades de todos los trabajadores y sus familias.</p> <p>De otro lado es importante señalar que la fijación de salarios mínimos no genera como consecuencia directa altos niveles de desempleo como suelen afirmar los gremios empresariales pues “...el aumento de la productividad general y del trabajo no se logra pagándole menos a la gente ni menos impuestos a la Estado”<sup>1</sup>.</p> <p>Así mismo, con esta medida se fortalecería el papel de las asociaciones profesionales en Colombia pues en otros países estos gremios en el marco del diálogo social y la negociación colectiva regulan los salarios en las respectivas profesiones, situación que no se presenta en Colombia por la ausencia de marcos reglamentarios para la negociación colectiva sectorial y de industria.</p> <p><b>V. Justificación de la iniciativa:</b></p> <p>Este proyecto de ley consideró que la fijación de unos salarios mínimos profesionales y técnicos busca asegurar la equidad y justicia social, en un contexto de respeto a la dignidad del trabajador y de tal forma acabar con la explotación salarial que sufre gran parte de los profesionales y técnicos colombianos por parte de sus empleadores.</p> <p>La problemática encontrada es que con más frecuencia, los colombianos se enfrentan a la realidad de terminar sus respectivas carreras universitarias, para ganar sueldos que no corresponden con su preparación académica ni con la inversión que realizaron al momento de ingresar a la universidad. Esta problemática lleva consigo a que los egresados no aspiren a aumentar su nivel académico, ya que por un lado su trabajo no le otorga los ingresos suficientes para costearse un posgrado, viéndose obligados a recurrir a créditos y por otra</p> <p><sup>1</sup> Misión Alternativa de Empleo, p. 91.</p>	<p>parte, encuentran que aumentar su nivel académico no va a ser garantía de un mayor ingreso salarial.</p> <p>Al mismo tiempo pretende que al tener un salario que vaya más acorde con sus esfuerzos entregados durante el tiempo de estudio, los colombianos tengan más incentivos para así seguir aumentando su nivel académico, generando así más competitividad.</p> <p>Como se muestra en el articulado del proyecto, el salario mínimo tanto de profesionales como de técnicos, tendrán como base de su cálculo el salario mínimo legal mensual de cada año establecido por el Gobierno nacional. Por un lado los profesionales gozarán de un mínimo de tres (3) salarios mínimos y los técnicos, gozarán de dos (2) salarios mínimos.</p> <p>Este salario mínimo pretende ser solamente una base que garantice a los colombianos un pago digno correspondiente a los esfuerzos entregados durante sus estudios.</p> <p><b>VI. Concepto de las entidades</b></p> <p><b>Concepto Ministerio de Hacienda:</b></p> <p>El Ministerio de Hacienda conceptúa de forma negativa el proyecto de ley con los siguientes argumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) La fijación de un salario mínimo profesional no sería necesaria para el sector público, en razón a que ya existe legislación vigente que obliga a ajustar las remuneraciones de los servidores públicos, esto mediante la Ley 4 de 1992.</li> <li>(ii) La fijación de un salario mínimo en las entidades del Estado podría conllevar un riesgo de generar inflexibilidad que impide la adaptación del programa a las realidades del país; en su sentir, las inflexibilidades no contribuyen a generar capacidad de adaptación del presupuesto anual del Gobierno Central y de las Entidades Territoriales.</li> <li>(iii) La propuesta legislativa corre un riesgo de incurrir en inconstitucional, al menos para la implementación en el sector público toda vez que el artículo 154 y 150 de la Constitución Política, señala que la fijación del régimen salarial y prestacional de los servidores públicos son de iniciativa privativa del ejecutivo.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>(iv) Considera la cartera ministerial que la iniciativa legislativa vulnera el derecho a la igualdad consagrado en el artículo 13 de la Constitución Política “...al establecer un salario mínimo para los profesionales universitarios, desconociendo otros sectores de la sociedad, que eventualmente podrían acudir a la rama judicial para obtener el restablecimiento de sus derechos”.</li> <li>(v) Por último, señala que la fijación de un salario mínimo profesional en el sector privado “...se debe tener en cuenta que la remuneración salarial por nivel educativo debe ser acorde a la productividad y los acuerdos que se establezcan entre empleado y empleador, de tal forma que esta no se represente una rigidez y no resulte en distorsiones del mercado laboral similares a los ocasionados ante aumentos del SMLMV”.</li> </ul> <p><b>VII. Conflictos de interés</b></p> <p>La Ley 2003 del 19 de noviembre de 2019, por la cual se modifica parcialmente la Ley 5 de 1992, establece que se configura o no el conflicto de interés, cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) <i>Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado.</i></li> <li>b) <i>Beneficio actual: aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión</i></li> <li>c) <i>Beneficio directo: aquel que se produzca de forma específica respecto del congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.</i></li> </ul> <p><i>Para todos los efectos se entiende que no hay conflicto de interés en las siguientes circunstancias:</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) <i>Cuando el congresista participe, discuta, vote un proyecto de Ley o de acto legislativo que otorgue beneficios o cargos de carácter general, es decir cuando el interés del congresista coincide o se fusione con los intereses de los electores.</i></li> <li>b) <i>Cuando el beneficio podría o no configurarse para el congresista en el futuro.</i></li> <li>c) <i>Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que establezcan sanciones o disminuyan beneficios, en el cual el congresista tiene un interés particular, actual y directo. El voto negativo no constituirá conflicto de interés cuando mantiene la normatividad vigente.</i></li> <li>d) <i>Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que regula un sector económico en el cual el congresista tiene un interés particular, actual y directo, siempre y cuando no genere beneficio particular, directo y actual.</i></li> <li>e) <i>Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo que tratan sobre los sectores económicos de quienes fueron financiadores de su campaña siempre y cuando no genere beneficio particular, directo y actual para el congresista. El congresista deberá hacer saber por escrito que el artículo o proyecto beneficia a financiadores de su campaña. Dicha manifestación no requerirá discusión ni votación.</i></li> <li>f) <i>Cuando el congresista participa en la elección de otros servidores públicos mediante el voto secreto. Se exceptúan los casos en que se presenten inhabilidades referidas al parentesco con los candidatos.</i></li> </ul> <p>Para el presente caso se informa que no se incurre en ninguna de las causales expresadas en la Ley 2003 del 19 de noviembre de 2019. Se recuerda que la descripción de los posibles conflictos de interés que se puedan presentar frente al trámite del presente proyecto de ley, conforme a lo dispuesto en el artículo 291 de la ley 5 de 1992 modificado por la ley 2003 de 2019, no exime al Congresista de identificar causales adicionales.</p>

**VIII. Proposición**

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, me permito rendir informe de **PONENCIA POSITIVA** y en consecuencia se solicita a los honorables miembros de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes dar primer debate al Proyecto de Ley 397 de 2021 Cámara, “*Por medio de la cual se fija el salario mínimo profesional y técnico en Colombia*” de conformidad con el texto aquí propuesto.

De los honorables Congresistas,

  
**OMAR DE JESÚS RESTREPO**  
Representante Cámara de Representantes  
Coordinador Ponente

  
**JOHN ARLEY MURILLO BENÍTEZ**  
Representante Cámara de Representantes  
Ponente

**IX. Texto propuesto**

**TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY**  
**“Por medio de la cual se fija el salario mínimo profesional y técnico en Colombia”**  
El Congreso de Colombia  
DECRETA:

**Artículo 1°. Objeto, finalidad y alcance de la ley.** La presente ley tiene por objeto la fijación de un salario mínimo profesional y un salario mínimo técnico con el fin de que el campo profesional y técnico en Colombia tengan un pago digno en respuesta al tiempo y esfuerzos dedicados a sus estudios durante su Carrera.

**Artículo 2°. Salario mínimo profesional.** Se entiende por salario mínimo profesional el salario mínimo asignado a los profesionales universitarios de cualquier campo.

**Parágrafo.** El salario mínimo profesional será el equivalente a tres (3) salarios mínimos legales mensuales vigentes de cada año.

**Artículo 3°. Salario mínimo técnico.** Se entiende por salario mínimo técnico al salario mínimo asignado a los graduados con título técnico en cualquier campo.

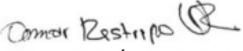
**Parágrafo.** El salario mínimo técnico será el equivalente a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes de cada año.

**Artículo 4°. Cálculo del salario.** Tanto el salario mínimo profesional como el salario mínimo técnico tendrá como base de su cálculo el salario mínimo legal mensual de cada año establecido por el Gobierno nacional.

**Artículo 5°. Condiciones laborales.** La implementación del salario mínimo profesional y salario mínimo técnico no podrá desmejorar las condiciones laborales actuales de los trabajadores.

**Artículo 6° Vigencia y derogatorias.** La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga demás disposiciones legales y reglamentarias que le sean contrarias”.

De los honorables Congresistas,

  
**OMAR DE JESÚS RESTREPO**  
Representante Cámara de Representantes  
Coordinador Ponente

  
**JOHN ARLEY MURILLO BENÍTEZ**  
Representante Cámara de Representantes  
Ponente

# CARTAS DE COMENTARIOS

## CARTA DE COMENTARIOS MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO AL INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 079 DE 2021 CÁMARA ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NÚMERO 220 DE 2021 CÁMARA

*por medio del cual se fomenta el trabajo digno del talento humano en salud en el sector público y se dictan otras disposiciones.*

<p>3. Despacho del Viceministro Técnico</p> <p>Honorable Congresista <b>JAIRO HUMBERTO CRISTO CORREA</b> Comisión Séptima Constitucional Permanente Cámara de Representantes <b>CONGRESO DE LA REPÚBLICA</b> Carrera 7 No. 8-68 Ciudad.</p> <p style="text-align: center;"> Radicado: 2-2022-016657 Bogotá D.C., 22 de abril de 2022 08:24</p> <p style="text-align: right;">Radicado entrada No. Expediente 14096/2022/OFI</p> <p><b>Asunto:</b> Comentarios al informe de ponencia para primer debate al Proyecto de Ley 079 de 2021 Cámara acumulado con el Proyecto de Ley 220 de 2021 Cámara: <i>“Por medio del cual se fomenta el trabajo digno del talento humano en salud en el sector público y se dictan otras disposiciones.”</i></p> <p>Respetado Presidente:</p> <p>De manera atenta, se presentan los comentarios y consideraciones del Ministerio de Hacienda y Crédito Público al informe de ponencia para primer debate al Proyecto de Ley del asunto, en los siguientes términos:</p> <p>Los proyectos de ley del asunto, de iniciativa parlamentaria, tienen por objeto <i>“fomentar el trabajo digno del talento humano en el sector de la salud”</i>.</p> <p>Para cumplir con el objeto propuesto, el artículo 2 establece que los hospitales públicos continuarán funcionando como Empresas Sociales del Estado (ESE) y deberán funcionar en redes integrales de servicios, y en el caso de los municipios más pequeños donde con la venta de servicios no se financie totalmente la prestación de servicios, el Estado concurrirá con subsidio de oferta.</p> <p>El artículo 3 de la iniciativa legislativa consagra la prohibición de suscribir contratos de prestaciones de servicios (CPS) u órdenes de prestación de servicio personales (OPS) de carácter comercial, civil y/o administrativo para la vinculación directa o indirecta del talento humano en el sector salud.</p> <p>Por su parte, el artículo 4 del proyecto de ley señala que los empleadores públicos, privados, mixtos, comunitarios y solidarios deberán suscribir contratos de trabajo y/o relación reglamentaria, según se trate del sector privado o público, respectivamente, para vincular al talento humano en la prestación personal y directa del servicio de salud y bajo esas condiciones se garantizará el pago oportuno del salario, sin que se requiera de la autorización por parte de la EPS para proceder al giro directo a las IPS, siendo suficiente la presentación de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA), que tenga origen exclusivamente en las relaciones contractuales de carácter laboral.</p> <p><small>1 Gaceta del Congreso 1656 de 19 de noviembre de 2021, Página 1.</small></p>	<p>En ese contexto, el artículo 5 de la propuesta legislativa consagra que, a partir de la entrada en vigencia de la iniciativa como ley, los CPS u OPS del sector salud que se encuentren en ejecución, no podrán prorrogarse bajo la misma modalidad, en los casos en los que proceda por mutuo acuerdo, se llevará a cabo la conversión de éstos en contratos de trabajo a término fijo.</p> <p>De otro lado, el artículo 6 del proyecto de ley consagra la prohibición de la intermediación o la tercerización laboral para vincular al talento humano en el sector salud a las EPS, ESE y Empresas de Transporte Especial de Pacientes, sean de carácter públicas, privadas, mixtas, comunitarias o solidarias, siempre y cuando los equipos y/o instalaciones sean de propiedad de las entidades señaladas.</p> <p>Finalmente, el artículo 7 del proyecto de ley crea un bono especial mensual obligatorio equivalente al 10% de su remuneración mensual, para el talento humano en salud que preste sus servicios en zonas de conflicto, sin que constituya factor salarial para la liquidación de prestaciones y cesantías.</p> <p>Expuesta así la iniciativa, sea lo primero señalar en relación con el parágrafo 2 del artículo 2, que no se realiza una distinción de forma precisa entre el nivel nacional y territorial, al señalar que: <i>“en los municipios más pequeños del país donde con la venta de servicios no se financie totalmente la prestación de servicios, el Estado concurrirá con subsidio de oferta.”</i></p> <p>Esta disposición que, en todo caso, debe corresponder a las atribuciones de la Nación y las entidades territoriales en materia de prestación de servicios de salud que se determina en los artículos 42, 16 para la Nación y los artículos 43.2, 1, 44 y 45 para el orden territorial de la Ley 715 de 2001<sup>1</sup>, debe entenderse limitada a los recursos que se autorizan en el numeral 2 del artículo 233 de la Ley 1955 de 2019, modificatorio del artículo 47 de la Ley 715 de 2001 (3% SGP en salud) y no podrá interpretarse como una obligación de concurrencia ligada a la necesidad de la operación de las Empresas Sociales del Estado.</p> <p>Las empresas sociales del Estado del nivel territorial deben, en desarrollo de la autonomía administrativa reconocida por la Ley, propender por la generación de los ingresos que permitan garantizar su funcionamiento. En otras palabras, estas entidades prestan servicios y en esa medida deben generar ingresos de tal manera que se hagan financieramente sostenibles. Si bien se trata de entidades que desarrollan el componente de la prestación de los servicios de salud que corresponde a la seguridad social, no está previsto en las normas que determinan su operación el sostenimiento directo de la operación con recursos asignados por el presupuesto general de la Nación.</p> <p>En lo que respecta a las Empresas Sociales del Estado E.S.E. del orden nacional, cabe advertir que hacen parte del Presupuesto General de la Nación (PGN) los siguientes: los Sanatorios de Agua de Dios y Contratación, y los Institutos Oncológico y Dermatológico, los cuales se rigen por Estatuto Orgánico del Presupuesto y el Decreto 1088 de 2015<sup>2</sup>.</p> <p>Pues bien, en atención a lo dispuesto en el artículo 51 de la Ley 1955 de 2019<sup>3</sup>, las modificaciones a los gastos de personal de las entidades públicas nacionales no podrán afectar programas y servicios esenciales a cargo de la respectiva entidad, y deberán guardar consistencia con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, el Marco de Gasto de</p> <p><small>2 Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 285, 356 y 357 (Año Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. 3 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público. 4 Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 "Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad".</small></p>
<p>Mediano Plazo del respectivo sector, y garantizar el cumplimiento de la regla fiscal establecida en la Ley 1473 de 2011<sup>4</sup>, para lo cual este Ministerio verificará el cumplimiento de estas condiciones y otorgará la viabilidad presupuestal.</p> <p>Asimismo, el artículo 14 de la Ley 2159 de 2021<sup>5</sup> consagra que cualquier modificación a las plantas de personal requerirá la aprobación del Departamento Administrativo de la Función Pública, previo concepto o viabilidad presupuestal de esta Cartera Ministerial. Y en todo caso, de acuerdo con el artículo 2 del Decreto 397 de 2022<sup>6</sup> y las Directivas Presidenciales al respecto, solo están permitidas las modificaciones de plantas de personal de las entidades que hacen parte del Presupuesto General de la Nación y que pertenecen a la Rama Ejecutiva del Poder Público del orden nacional, únicamente cuando dicha reforma sea a costo cero o genere ahorros en los gastos de la entidad, salvo cuando sean consideradas como prioritarias para el cumplimiento de las metas de Gobierno.</p> <p>En consonancia, es preciso recordar que Ley 2155 de 2021<sup>7</sup>, de iniciativa del Gobierno nacional, incluye en el título III el Plan de Austeridad y Eficiencia en el Gasto Público, en el que se contempla cuatro puntos relevantes y que deben ser tenidos en cuenta con el fin de lograr uno de los ahorros más importantes que ha buscado la Nación en los últimos años. En primer lugar, se limita el crecimiento de la burocracia y se mantiene la capacidad adquisitiva de los trabajadores públicos. En segundo punto, se restringen los cambios en la planta de personal y se congelan los vacantes. En tercer lugar, se busca establecer límites de gastos en bienes y servicios del sector público. En cuarto lugar, se busca controlar los contratos de prestación de servicios, salvo aquellos que sean esenciales para el funcionamiento de las entidades. Particularmente, el artículo 19 de la mencionada Ley, consagra:</p> <p><i>“Artículo 19. Plan de austeridad y eficiencia en el gasto público. En desarrollo del mandato del artículo 209 de la Constitución Política y con el compromiso de reducir el Gasto Público, en el marco de una política de austeridad, eficiencia y efectividad en el uso de los recursos públicos, durante los siguientes 10 años contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, el Gobierno nacional anualmente reglamentará mediante decreto un Plan de Austeridad del gasto para cada vigencia fiscal aplicable a los órganos que hacen parte del Presupuesto General de la Nación. Mediante este Plan de Austeridad se buscará obtener para el periodo 2022–2032 gradualmente un ahorro promedio anual de \$1.9 billones de pesos a precios de 2022, mediante la limitación en el crecimiento anual del gasto por adquisición de bienes y servicios, la reducción de gastos destinados a viáticos, gastos de viaje, papelería, gastos de impresión, publicidad, adquisición de vehículos y combustibles que se utilicen en actividades de apoyo administrativo, la reducción en la adquisición y renovación de teléfonos celulares y planes de telefonía móvil, internet y datos, la reducción de gastos de arrendamiento de instalaciones físicas, y, en general, la racionalización de los gastos de funcionamiento. Para el logro de este Plan de Austeridad el Gobierno nacional también propondrá al Congreso de la República una reducción en un porcentaje no inferior al cinco por ciento (5%) anual, durante los próximos cinco (5) años, de las transferencias incorporadas en el Presupuesto General de la Nación. Se exceptúan aquellas transferencias específicas de rango constitucional y aquellas específicas del Sistema General de Participaciones — SGP, así como las destinadas al pago de: i) Sistema de Seguridad Social; ii) los aportes a las Instituciones de Educación Superior Públicas y iii) cumplimiento de fallos judiciales.</i></p> <p><i>Cada uno de los órganos que hacen parte del Presupuesto General de la Nación, de manera semestral, presentarán y enviarán al Ministerio de Hacienda y Crédito Público un informe sobre el recorte y ahorro generado con esta medida.</i></p> <p><i>El Ministerio de Hacienda y Crédito Público deberá presentar junto con el Proyecto de Ley Anual de Presupuesto la propuesta de austeridad consistente con la meta a que se refiere el presente artículo.”</i> (Negrilla y subrayado fuera de texto).</p> <p><small>1 Por medio de la cual se establece una regla fiscal y se dictan otras disposiciones. 2 Por la cual se decreta el presupuesto de rentas y recursos de capital y ley de apropiaciones para la vigencia fiscal del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022. 3 Por la cual se establece el Plan de Austeridad del Gasto 2022 para los órganos que hacen parte del Presupuesto General de la Nación. 4 Por medio de la cual se expide la Ley de Inversión Social y se dictan otras disposiciones.</small></p>	<p>Este artículo fue incorporado desde el texto inicial del proyecto de ley para su trámite legislativo y tuvo amplia divulgación, debate y socialización, hasta su aprobación por parte del Congreso de la República, haciendo del mismo una decisión política institucional tanto de la rama legislativa como ejecutiva, de tal manera que este Ministerio llama la atención para que las iniciativas legislativas que se presenten en adelante guarden armonía en materia de austeridad del gasto, dado que es un tema prioritario tanto político como económico, teniendo en cuenta el contexto derivado de la pandemia y la afectación de las finanzas públicas en un marco de reorientación del gasto social, la reactivación económica y la imperiosa sostenibilidad fiscal.</p> <p>Ahora bien, el numeral 7 del artículo 150 y el artículo 154 de la Constitución Política, establecen:</p> <p>ARTICULO 150. Corresponde al Congreso hacer las leyes. Por medio de ellas ejerce las siguientes funciones: (...) <b>7. Determinar la estructura de la administración nacional y crear, suprimir o fusionar ministerios, departamentos administrativos, superintendencias, establecimientos públicos y otras entidades del orden nacional, señalando sus objetivos y estructura orgánica;</b> reglamentar la creación y funcionamiento de las Corporaciones Autónomas Regionales dentro de un régimen de autonomía; así mismo, crear o autorizar la constitución de empresas industriales y comerciales del estado y sociedades de economía mixta. (...) (Subraya y negrilla fuera de texto)</p> <p>(...) <b>19. Dictar las normas generales, y señalar en ellas los objetivos y criterios a los cuales debe sujetarse el Gobierno para los siguientes efectos:</b> (...) <b>e) Fijar el régimen salarial y prestacional de los empleados públicos, de los miembros del Congreso Nacional y la Fuerza Pública...</b></p> <p>*ARTICULO 154. Las leyes pueden tener origen en cualquiera de las Cámaras a propuesta de sus respectivos miembros, del Gobierno Nacional, de las entidades señaladas en el artículo 156, o por iniciativa popular en los casos previstos en la Constitución.</p> <p>No obstante, <u>sólo podrán ser dictadas o reformadas por iniciativa del Gobierno las leyes a que se refieren los numerales 3, 7, 9, 11 y 22 y los literales a, b y e, del numeral 19 del artículo 150 (...)</u> (Subraya y negrilla fuera de texto)</p> <p>De acuerdo con las normas transcritas, los proyectos de ley que se tramiten en el Congreso de la República relacionados con la determinación de la estructura administrativa del Estado es de exclusiva potestad del Gobierno nacional, lo que implica que cualquier iniciativa que se adelante en el Congreso de la República con dichos fines deberá contar con el aval del Gobierno nacional, tal como lo ha señalado la Corte Constitucional.</p> <p>Al respecto, esa Corporación en sentencia C 251 de 2011<sup>8</sup>, señaló:</p> <p><i>“(...) la Corte ha precisado que corresponde al Legislador la determinación de la estructura de la Administración nacional. En desarrollo de dicha competencia, debe definir los elementos de esa estructura, la tipología de la entidad y sus interrelaciones<sup>9</sup>. Así mismo, el Congreso tiene la potestad consecuente de fusión, transformación y supresión de dichos organismos<sup>10</sup>. No obstante, la competencia a que se refiere el numeral 7º del artículo 150 Superior no supone un ejercicio totalmente independiente por parte del Congreso de la República, pues es necesario contar con la participación gubernamental para</i></p> <p><small>8 COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia C-251 de 2011 M.P. Jorge Ignacio Pretel Chilquichí. 9 COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia C-1150/00 M.P. Alvaro Tafur Galvis. 10 COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia C-259 de 1994. M.P. Asdrúbal Barea Cabral. Ver igualmente la Sentencia C-66 de 1992 M.P. Ciro Angarita Barón.</small></p>

expedir o reformar las leyes referentes a la estructura de la Administración nacional, toda vez que la iniciativa para su adopción pertenece en forma exclusiva al Gobierno Nacional de conformidad con lo preceptuado en el artículo 154 Superior<sup>12</sup>.

En esa orden de ideas, en la jurisprudencia de la Corporación se ha explicado que “i) la función de determinar la estructura de la administración nacional, no se agota con la creación, supresión o fusión de los organismos que la integran, sino que abarca proyecciones mucho más comprensivas que tienen que ver con el señalamiento de la estructura orgánica de cada uno de ellos, la precisión de sus objetivos, sus funciones generales y la vinculación con otros organismos para fines del control<sup>13</sup>, así como también regular los asuntos relacionados con el régimen jurídico de los trabajadores, con la contratación y con las materias de índole presupuestal y tributario, entre otras (...).” (Negrilla fuera de texto).

Por lo anterior, en caso de insistirse en el trámite legislativo de la iniciativa del asunto sin contar con el aval del Gobierno nacional, representado en el Ministerio de Hacienda en materia fiscal, corre el riesgo de incurrir en un vicio de inconstitucionalidad, toda vez que prohibir la vinculación del talento humano del área de la salud equivale a modificar la estructura de las entidades del Estado del sector de la salud y requeriría apropiaciones por parte de la Nación que están supeditadas a disponibilidad de recursos y adiciones no previstas en el Marco Fiscal de Mediano Plazo, ni en el Marco de Gasto de Mediano Plazo del Sector salud ni en el presupuesto nacional vigente.

Aunado a lo anterior, también resulta importante resaltar que, la incorporación de los trabajadores de la salud a las diferentes Empresas Sociales del Estado mediante contratos de trabajo o vinculaciones legales implicaría la modificación de las plantas de personal de estas Empresas, frente a lo cual, de conformidad con lo dispuesto por la Ley 909 de 2004<sup>14</sup> y el Decreto 1083 de 2015<sup>15</sup>, deberán cumplir con las siguientes condiciones<sup>16</sup>: i) La expedición de la reforma por la autoridad competente, cuya actuación es reglada y no discrecional ni fundada; ii) debe estar motivada, fundada en necesidades del servicio o en razones de modernización de la Administración o basarse en justificaciones o estudios técnicos que así lo demuestren. Para la conformación de la planta de personal, las entidades públicas deben tener en cuenta un análisis de las funciones de las dependencias, los perfiles de los empleos, la nomenclatura (denominación), clasificación (niveles o categorías) y remuneración (asignación básica) de los empleos, entre otros aspectos<sup>17</sup>.

Asimismo, la modificación de la planta de personal de las Empresas Sociales del Estado corresponde a las Juntas Directivas de acuerdo con lo señalado en el Decreto 780 de 2016<sup>18</sup>, para lo cual deberá contar con el respectivo estudio técnico, deberá fundarse en las necesidades del servicio o razones de modernización de la administración, y dar cumplimiento a las condiciones establecidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública. El documento o justificación técnica debe contener como mínimo<sup>19</sup>: i) Análisis de procesos; ii) Evaluación de la prestación de los servicios; y iii) Evaluación de las funciones, los perfiles y las cargas de trabajo de los empleos.

Por lo anterior, se concluye que esta iniciativa legislativa no tiene en cuenta el proceso que deben cumplir las Empresas Sociales del Estado para la modificación de las plantas del personal, esto es: i) la elaboración de un estudio técnico que se fundamente en las necesidades del servicio de la respectiva entidad, o en la modernización de la administración, el cual debería incluir además del análisis de los procesos, la evaluación de la prestación de los servicios, de las

<sup>12</sup> COLOMBIA, CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-012 de 2003 M.P. Clara Inés Vargas Hernández.  
<sup>13</sup> COLOMBIA, CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-239 de 1994 M.P. Antonio Barrera Carbonell.  
<sup>14</sup> Por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones. Artículo 46.  
<sup>15</sup> Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública. Artículo 2.2.12.1.  
<sup>16</sup> Concepto 151381 de 2016 Departamento Administrativo de la Función Pública. Radicado 20160000151381.  
<sup>17</sup> Artículo 2.5.3.8.4.2.2.  
<sup>18</sup> https://www.funcionpublica.gov.co/preguntas-frecuentes/fases\_publicacion\_publicaciones/contenido/articulo-de-personal

funciones, de los perfiles y de las cargas de trabajo de los empleos; ii) un análisis de las posibles fuentes de financiación, de las normas presupuestales vigentes, en particular el artículo 71 del Decreto 111 de 1996<sup>19</sup> o la norma que en aplicación de éste le sea aplicable a la respectiva entidad territorial, así como las medidas de racionalización del gasto, que garantice la sostenibilidad financiera de la Empresa y la prestación del servicio bajo estándares de calidad. En todo caso, el estudio debería garantizar el mínimo legal de recaudo sobre lo facturado que garantice los recursos para el pago de las nóminas.

Frente a lo preceptuado en los artículos 4 y 5 del proyecto de ley, en los que se prohíbe la contratación de los trabajadores de la salud, a través de CPS u OPS y se propone su vinculación, a través de contratos de trabajo o relación reglamentaria, debe señalarse que este tipo de medidas rompen la estructura del aseguramiento y de prestación del servicio.

En efecto, la obligación de pago oportuno al talento humano en salud corresponde de manera exclusiva a su empleador, quien debe ejercer las medidas financieras que requiera para garantizar el cumplimiento de esta obligación. En particular, las EPS deben cancelar, siguiendo las reglas de pago del sistema, un monto determinado a las IPS que depende de los contratos que tengan vigentes y de los servicios prestados por las mismas.

A su vez, una IPS determinada presta servicios a una serie de EPS. En este orden de ideas, no se entiende cómo se distribuirían los pagos entre EPS e IPS, pues conceptualmente son diferentes (i.e., la EPS paga por el servicio contratado, mientras que la IPS paga a su personal de salud).

De igual manera, debe recordarse que el contrato de prestación de servicios de carácter público fue concebido como un contrato estatal que es celebrado por las entidades estatales con personas naturales, para el desarrollo de actividades relacionadas con la administración y funcionamiento de la entidad, siempre que no sea posible desarrollar estas actividades con el personal de planta o sean requeridos conocimientos especializados<sup>20</sup>. Es decir, esta modalidad de contratación es jurídicamente válida y ha sido prevista en nuestro ordenamiento como un mecanismo que permite mejorar la eficiencia, ampliar la cobertura y desarrollar el objeto social y obligaciones de las entidades estatales.

Sin embargo, es menester mencionar que esta modalidad de contratación ha sido limitada, pues en ningún caso podrá ser utilizada para desarrollar funciones permanentes de la administración, ni por un tiempo indeterminado. Es decir, la Constitución, la Ley y la jurisprudencia consideran que es posible suscribir contratos de prestación de servicios, siempre y cuando por medio de esta figura no se encubra una verdadera relación laboral, esto es, que no se presenten los elementos de prestación personal del servicio, condiciones de dependencia o subordinación y un salario, pues de ser así primará la realidad sustancial y el contrato será considerado un contrato de trabajo con todas las implicaciones que este conlleva.

Al respecto, la jurisprudencia ha señalado que los contratos de prestación de servicios solo podrán celebrarse “(i) para aquellas tareas específicas diferentes de las funciones permanentes de la entidad, (ii) en aquellos eventos en que la

<sup>19</sup> Para las modificaciones a las plantas de personal de los órganos que conforman el Presupuesto General de la Nación, que impliquen incremento en los costos actuales, será requisito esencial y previo la obtención de un certificado de viabilidad presupuestal, expedido por la Dirección General del Presupuesto Nacional en que se garantice la posibilidad de atender estas modificaciones.  
<sup>20</sup> Ley 80 de 1993, artículo 32.3. ARTÍCULO 32. DE LOS CONTRATOS ESTATALES. 3. Contrato de prestación de servicios. Son contratos de prestación de servicios los que celebren las entidades estatales para desarrollar actividades relacionadas con la administración o funcionamiento de la entidad. Estos contratos sólo podrán celebrarse con personas naturales cuando dichas actividades no puedan realizarse con personal de planta o requieran conocimientos especializados. En ningún caso estos contratos generan relación laboral ni prestaciones sociales y se celebrarán por el término estrictamente indispensable.”

función de la administración no puede ser suministrada por las personas vinculadas laboralmente a la entidad oficial contratante o (iii) cuando se requieran conocimientos especializados.”<sup>21</sup> Es otras palabras, este tipo de contrato es perfectamente válido y puede ser utilizado siempre que se cumpla con los requisitos y limitantes que han sido establecidos en la ley y en la jurisprudencia. La misma Corte Constitucional, en la sentencia C-171 de 2012, consideró que “la contratación de servicios y la operación con terceros de las entidades estatales no está prohibida constitucionalmente pero sí limitada. (...) siendo la contratación de servicios una figura válida desde el punto de vista constitucional y legal”.

De acuerdo con lo anterior, si bien este contrato debe ser usado de forma excepcional, no puede considerarse que su suscripción implica per se una violación al derecho al trabajo y en consecuencia es excesivo prohibir su uso, toda vez que no toda contratación por medio de este mecanismo encubre un verdadero contrato laboral. Por medio de esta figura es posible que los contratistas sean independientes en el uso de su tiempo, puedan prestar sus servicios en diferentes ESE, se amplíe la cobertura del servicio público de salud y que esta sea más eficiente. Es menester reconocer la necesidad de esta figura, dado que en muchas situaciones es imposible prestar los servicios de salud únicamente por el personal de planta, por motivos como la experticia o tecnicidad requerida, o por motivos de temporalidad.

Sin embargo, si lo que el legislador pretende es impedir la contratación de personal de planta por medio del contrato de prestación de servicios, para el desarrollo de las actividades propias y permanentes de las Empresas Sociales del Estado que se dan bajo condiciones de subordinación, este artículo tampoco tiene razón de ser, toda vez que tanto la Constitución Política, en su artículo 53, como la amplia jurisprudencia de la Corte Constitucional, Corte Suprema de Justicia y Consejo de Estado, han desarrollado y garantizado el principio de primacía de la realidad sobre las formas que permite que se reconozca un contrato de prestación de servicios como un verdadero contrato de trabajo.

Ahora bien, en cuanto a los costos fiscales implícitos en esta prohibición contractual, se evidencia que tiene dos implicaciones: en primer lugar, supone mayores requerimientos de liquidez o de capital trabajo para las ESE, esto con el fin de financiar los mayores costos laborales de la formalización del talento humano en salud, o para financiar las indemnizaciones en caso de supresión del cargo de los trabajadores públicos. En segundo lugar, podría implicar, en caso de que los mayores costos laborales sean transferidos al pagador de los servicios, un aumento de la unidad de pago por capitación – UPC. La cuestión de fondo, que no es explícita en la iniciativa legislativa, es si esta formalización debe hacerse a costo cero, esto es, si la institución prestadora de servicios de salud deberá realizar un ajuste tal que los salarios de los nuevos empleados, así como la carga prestacional asociada, deba cubrirse en su totalidad con los recursos que utiliza en contratos de prestación de servicios, o si la formalización implica un aumento en los gastos de funcionamiento de los prestadores. En este último caso, se recalca la necesidad de mantener la sostenibilidad financiera de las ESE, esto es, que la totalidad de sus gastos se financien con venta de servicios de salud.

Según información del Ministerio de Salud y Protección Social, durante la vigencia 2019 las ESE realizaron contratos de prestación de servicios personales por un monto de \$2,88 billones. Se calcula que alrededor del 60% de este monto corresponde al personal asistencial susceptible de formalización laboral, es decir \$1,73 billones. Si el valor prestacional es de entre 55% y 67%, en las condiciones del proyecto de Ley, las ESE requerirían contar,

<sup>21</sup> COLOMBIA, CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-194 de 1997.

además del mismo valor de la contratación, con alrededor de \$1,33 billones anuales adicionales<sup>22</sup>, para atender los costos de la formalización del personal asistencial. La Tabla 1 muestra, para el sector público, los costos salariales y no salariales, definidos como los costos en que incurre un empleador por cada empleado y que son adicionales al salario mensual. Algunos de estos costos, como el auxilio de transporte, solo aplican para ciertos rangos salariales:

Tabla 1.  
Costos Salariales y no salariales de un Empleado Público.

Salario mínimo	\$ 1.020.000
Auxilio de transporte	\$ 117.172
<b>Total, salario</b>	<b>\$ 1.137.172</b>
Prima de servicios	\$ 93.080
Cesantías	\$ 93.080
Intereses sobre cesantías	\$ 11.167
Vacaciones	\$ 41.700
<b>Total, prestaciones</b>	<b>\$ 239.987</b>
Aportes a salud*	\$ 85.000
Aportes a pensión	\$ 120.000
Riesgos laborales	\$ 5.220
<b>Total, seguridad social</b>	<b>\$ 210.220</b>
Caja de compensación	\$ 40.000
SENA*	\$ 20.000
ICBF*	\$ 30.000
<b>Total, parafiscales</b>	<b>\$ 90.000</b>
<b>Dotación Mensualizada</b>	<b>\$ 15.000</b>
<b>Carga al Empleador Adicional al Salario</b>	<b>\$ 671.380</b>

Elaborado por: Dirección General de la Regulación Económica de la Seguridad Social – Ministerio de Hacienda y Crédito Público

El cálculo anterior no considera la formalización del talento humano en salud del sector privado, sino únicamente en las ESE. Una aproximación al techo del efecto total esperado es tomar los valores del Ingreso Base de Cotización reportado en el Registro del Talento Humano en Salud – RETHUS de los independientes y dividirlos por 0,4 para encontrar el valor total del contrato. Estas operaciones implican un IBC inicial de \$ 4,1 billones y un valor total de los contratos de \$ 10,4 billones. Si a este valor se le aplica un factor de costo no salarial de entre 55% y 67%, se encuentra un posible impacto fiscal de entre \$ 5,5 billones y \$ 6,7 billones anuales.

De manera concluyente, se advierte que la propuesta de prohibición de CPS u OPS y la conversión de estos contratos a laborales o relación reglamentaria generaría costos fiscales que no se encuentran previstos en el Marco Fiscal de Mediano Plazo ni en las proyecciones de gasto de mediano plazo del Sector Salud.

De otra parte, en cuanto a lo dispuesto en el párrafo 2 del artículo 4, relacionado con el giro directo para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), resulta necesario considerar que si bien el artículo 239 de la Ley 1955 de 2019 ya estableció la facultad de realizarlo para la totalidad de instituciones y entidades que presten

<sup>22</sup> En pesos corrientes a 2022.



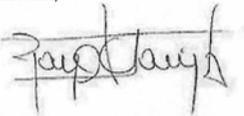
*"(...) Las empresas privadas dentro de su autonomía y libertad económica tienen la posibilidad de reglamentar sus procesos internos de selección de personal, y en el ejercicio de ellos, valorar y cotejar la información que le allegan los postulantes sobre su desempeño profesional, con el objeto de analizar la idoneidad del postulante al cargo respectivo. Igualmente, dentro del margen de apreciación de las empresas que se rigen bajo la autonomía de la voluntad privada, pueden, con la información allegada, no sólo verificar si se cumplen los requisitos profesionales para el cargo, sino, además, tener preferencias sobre los postulantes que consideren más convenientes para conformar su personal, bien sea por antecedentes judiciales, referencias personales, entre otros (...)"*

Así las cosas, respetuosamente, les recomendamos evaluar el carácter obligatorio o facultativo que pretende imponer la norma y así, evitar interpretaciones confusas de la misma.

Por último, es importante informar que respecto a la modificación planteada en el Proyecto de Ley, sobre la exención del pago en la matrícula mercantil y su renovación, consideramos que, por tratarse de un tema sensible para las Cámaras de Comercio, debe tenerse en cuenta las observaciones del Gremio (Confecámaras).

Desde esta Cartera esperamos que estas recomendaciones puedan ser tenidas en cuenta dentro del trámite legislativo de la iniciativa.

Cordialmente,



**JORGE ENRIQUE GONZALEZ GARNICA**  
**VICEMINISTRO DE DESARROLLO EMPRESARIAL**  
**DESPACHO DEL VICEMINISTERIO DE DESARROLLO EMPRESARIAL**

**CONTENIDO**

Gaceta número 387 - Viernes, 29 de abril de 2022  
 CÁMARA DE REPRESENTANTES

	<b>Págs.</b>
<b>PONENCIAS</b>	
Informe de Ponencia para primer debate y texto propuesto al Proyecto de ley número 264 de 2021 Cámara – 009 de 2020 Senado, por la cual se garantizan los derechos de los cuidadores familiares de personas con discapacidad y adultos mayores, y se dictan otras disposiciones. ....	1
Informe de Ponencia para primer debate y texto propuesto del Proyecto de ley número 417 de 2021 Cámara y 283 de 2020 Senado, por medio de la cual se crea el Registro Nacional Público de Donantes de células progenitoras hematopoyéticas, se dictan medidas sobre donación y trasplante de células madre de médula ósea, y se dictan otras disposiciones - Ley Jerónimo.....	13
Ponencia para primer debate en la Cámara de Representantes y texto propuesto al Proyecto de ley número 397 de 2021 Cámara, por medio del cual se fija el salario mínimo profesional y técnico en Colombia. ....	22
<b>CARTAS DE COMENTARIOS</b>	
Carta de comentarios Ministerio de Hacienda y Crédito Público al informe de ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 079 de 2021 Cámara, acumulado con el Proyecto de ley número 220 de 2021 Cámara, por medio del cual se fomenta el trabajo digno del talento humano en salud en el sector público y se dictan otras disposiciones. ....	26
Carta de comentarios Ministerio de Comercio, Industria y Turismo al Proyecto de ley número 090 de 2021 Cámara, por medio de la cual se modifica la Ley 1780 de 2016, se promueven incentivos para la vinculación de jóvenes al sector productivo y se dictan otras disposiciones. ....	28