



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5a. de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XVI - Nº 290

Bogotá, D. C., miércoles 28 de mayo de 2008

EDICION DE 28 PAGINAS

DIRECTORES:

EMILIO RAMON OTERO DAJUD

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

www.secretariasenado.gov.co

JESUS ALFONSO RODRIGUEZ CAMARGO

SECRETARIO GENERAL (E) DE LA CÁMARA

www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PUBLICO

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PONENCIAS

PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 090 DE 2007 CÁMARA ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NUMERO 142 DE 2007

por la cual se establecen las acciones para la Atención Integral del Cáncer en Colombia.

Bogotá, D. C., mayo 15 de 2008

Doctor

JORGE ENRIQUE ROZO RODRIGUEZ

Presidente

Comisión Séptima Cámara

Ciudad

Respetado doctor:

En cumplimiento de la designación que nos fue encomendada, presentamos el informe de ponencia para segundo debate al Proyecto de ley número 090 de 2007 Cámara, acumulado con el Proyecto número 142 de 2007, por la cual se establecen las acciones para la Atención Integral del Cáncer en Colombia.

OBJETIVO DEL PROYECTO

El proyecto objeto de análisis, establece las acciones para el control integral del cáncer en la población colombiana, de manera que se reduzca la mortalidad y la morbilidad por cáncer, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, a través de la garantía por parte del Estado y de los actores que intervienen en el Sistema General vigente, todos los servicios que requieren para su prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo, bajo los principios de continuidad, longitudinalidad, integralidad, oportunidad, accesibilidad y coordinación.

ORIGEN DEL PROYECTO

El Proyecto de ley número 090 de 2007 fue presentado en Cámara por la honorable Representante Sandra Ceballos con el título "Por la cual se adoptan normas, guías de práctica clínica y modelos de gestión programática para mejorar la atención integral, relativa a promoción, prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación, de la po-

blación con Cáncer por parte del Estado colombiano y el Proyecto de ley número 142 de 2007 Cámara, presentado por el honorable Representante Jorge Morales Gil, con el título, "por medio de la cual se establecen las acciones para la promoción y prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación del cáncer en Colombia. Los mencionados proyectos fueron presentados ante la Secretaría General de la Cámara de Representantes. Fue publicado en la *Gaceta* número 401 del 23 de agosto de 2007 y en la *Gaceta* número 479 del 27 de septiembre de 2007, respectivamente.

Fundamento Constitucional

El artículo 48 de la CN determina el concepto de seguridad social e introduce la participación de los particulares en la prestación de los servicios:

"La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio 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. Se garantiza a todos los colombianos el derecho irrenunciable a la seguridad social. El Estado con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la seguridad social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que lo determine la Ley. La seguridad social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la Ley".

"No se podrán utilizar los recursos de las instituciones de seguridad social para fines diferentes a Ella. La Ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante".

El artículo 49 de la CN establece:

"La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También establecer las políticas para la prestación de los servicios de salud por entidades privadas y ejercer

su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

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

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

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad“.

Se debe destacar del mandato constitucional, el capítulo sobre la finalidad social del Estado y de los servicios públicos como dice el artículo 365:

“Los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado. Es deber del Estado asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional”.

Y el artículo 366:

“El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son las finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable”.

“Para tales efectos, en los planes y presupuestos de la Nación y de las entidades territoriales, el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación”.

MARCO CONCEPTUAL Y DESARROLLO DEL TEMA

Epidemiología del cáncer

El cáncer no es un fenómeno de la era moderna. Se ha observado un tumor en el tejido óseo de un faraón de 14 años que murió, fue momificado y sólo 3.000 años más tarde recibió un diagnóstico acertado.

Así mismo, en las escrituras médicas chinas y árabes aparecen casos clínicos tan bien documentados que hoy día algunos de ellos se pueden reconocer claramente como cánceres a partir de las descripciones.

El cáncer es un problema que aumenta rápidamente en los países en desarrollo, según indican las estadísticas. El número de casos ha pasado de dos millones en 1985 a cinco millones en 2000 y se prevé que alcance los 10 millones en 2015.

En los países desarrollados, donde se registraron cinco millones de casos en 1985, así como en 2000, no se espera aumento hasta 2015. Pese a las altas tasas de enfermedades infecciosas como la tuberculosis y el paludismo que se registran en los países en desarrollo, este rápido aumento de la incidencia del cáncer ha llevado a las naciones a reconocer cada vez más la necesidad de que se suministre orientación sobre los aspectos clínicos y de física médica de la radioncología para mejorar sus normas de atención del cáncer.

El acelerado aumento del cáncer en los países en desarrollo es atribuible principalmente al incremento de la esperanza de vida. Este grupo de población de más edad es el más proclive a contraer cáncer. La posibilidad de enfermar de cáncer varía sin duda entre los países desarrollados y los países en desarrollo, pero la variación es mucho menor de lo que corrientemente se percibe.

Lo que se observa es que el espectro de los cánceres que ocurren entre las personas ricas es diferente al de las poblaciones desfavorecidas. Para los hombres de países en desarrollo, los tumores en el hígado y el esófago ocupan los lugares tercero y cuarto entre los cánceres más comunes. En cambio, son relativamente poco comunes en los países desarrollados, donde ocupan un lugar inferior al décimo. (Véase el cuadro de la ...

Igualmente, entre las mujeres el cáncer de mama es el más común para ambos grupos de población. Sin embargo, entre las mujeres des-

favorecidas el cáncer cervicouterino es casi igualmente común y representa el 17% de todos los cánceres en mujeres. En países muy desarrollados, el cáncer cervicouterino representa sólo el 4% del cáncer entre las mujeres.

Hoy en día, el cáncer causa 7 millones de muertes cada año, lo que corresponde a 12.5% del total de defunciones en el mundo. Además, más de 11 millones de personas son diagnosticadas de cáncer cada año, la mayoría en los países en desarrollo. Se estima que esta cifra se incrementará alarmantemente hasta 16 millones de personas en el año 2020. El cáncer en Colombia es un problema de Salud Pública, por su frecuencia que va en aumento, por el daño que ocasiona en hombres y mujeres al causar muertes y discapacidades y porque muchos de esos casos pueden ser prevenidos o detectados y tratados tempranamente. El propósito del proyecto de ley es, entonces, reducir la carga del cáncer en la población, con un planteamiento integral que vaya desde la promoción de la salud y la prevención del cáncer, detección temprana, tratamiento adecuado, rehabilitación y cuidados paliativos, que constituyen la forma más efectiva de atacar el problema.

Lamentablemente, no siempre el extenso conocimiento existente sobre la prevención del cáncer se traduce en una práctica efectiva, por diferentes razones:

- Apoyo político limitado.
- Decisiones inadecuadas, al ponerse poca atención en el costo-efectividad y en la accesibilidad de las intervenciones.
- Sistemas de información en cáncer inadecuados, que con frecuencia no proveen ayuda para la toma de decisiones.
- Falta de integración y coordinación de los esfuerzos para el control del cáncer a nivel intra e intersectorial.
- Escaso apoyo a la investigación, debido a los trámites administrativos y a la falta de suficiente financiación.
- Falta de monitoreo y evaluación de las intervenciones.
- Iniquidad social, al estar los grupos de más bajos ingresos mayormente expuestos a factores de riesgo evitables, tales como los carcinógenos ambientales, el consumo de tabaco, abuso de alcohol y agentes infecciosos. Estos grupos, además, tienen menos acceso a los servicios de salud y educación que podrían empoderarlos para tomar decisiones y proteger su propia salud.

Este plan pretende contribuir a la reducción de la incidencia, morbilidad y mortalidad del cáncer y mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos en Colombia. Las actividades deberán estar encaminadas a la promoción de la salud en la población saludable, prevención del cáncer, detección temprana mediante el tamizaje de personas asintomáticas, diagnóstico más temprano en aquellas que presentan síntomas y signos, tratamiento de lesiones diagnosticadas tempranamente o de aquellas en estadios avanzados y rehabilitación y cuidados paliativos para aliviar los sufrimientos o enfrentar la fase terminal de la enfermedad.

El cáncer en el mundo. Según la OMS, en el año 2002 el cáncer mató a más de 6.7 millones de personas en todo el mundo y es la segunda causa de muerte en los países desarrollados, en tanto en los países en vías de desarrollo figura entre las tres primeras causas de muerte de los adultos. De todas las causas de muerte en el mundo, un 12.5% son atribuidas al cáncer. El cáncer es entonces un problema de salud pública a nivel global y afecta a las personas de diferentes edades y condiciones.

El total de casos nuevos de cáncer en el mundo se estima en 11 millones al año 2002, número que aumentaría a 16 millones en el año 2020, de seguir las cosas como están. De otro lado, en la actualidad viven 24.6 millones de personas con cáncer, lo que pudiera aumentar si no se actúa.

Factores de riesgo para el cáncer. No existe una causa única para el cáncer; por el contrario, se sabe hoy en día que existen factores que incrementan el riesgo de padecer cáncer en diferentes lugares del cuerpo. Su naturaleza es heterogénea, como la predisposición genética, el consumo del tabaco, una dieta poco sana e inactividad física, exposición a infecciones, factores cancerígenos y una esperanza de vida más larga.

Ciertos factores son capaces de originar cáncer en un porcentaje de los individuos expuestos a ellos. Entre estos se encuentran la herencia, los productos químicos, las radiaciones ionizantes, las infecciones o virus y traumas. Los investigadores estudian cómo estos diferentes factores pueden interactuar de una manera multifactorial y secuencial para producir tumores malignos.

a) Herencia: Se calcula que de un 5 a un 10% de los cánceres tienen un origen hereditario. Algunas formas de cáncer son más frecuentes en algunas familias: el cáncer de mama es un ejemplo de ello. El cáncer de colon es más frecuente en las familias con tendencia a presentar pólipos de colon. Una forma de retinoblastoma sólo aparece cuando está ausente un gen específico. Estos genes, denominados genes supresores tumorales o antioncogenes, previenen en condiciones normales la replicación celular. Su ausencia elimina el control normal de la multiplicación celular. En algunos trastornos hereditarios, los cromosomas tienen una fragilidad intrínseca; estos procesos conllevan un riesgo elevado de cáncer;

b) Sustancias Químicas: El alquitrán de hulla y sus derivados se consideran altamente cancerígenos. Sus vapores en algunas industrias (ej. Refinerías) se asocian con la elevada incidencia de cáncer del pulmón entre los trabajadores, hoy en día se sabe que el benzopireno, sustancia química presente en el carbón, provoca cáncer de la piel en personas cuyo trabajos tienen relación con la combustión del carbón.

El arsénico se asocia con cáncer del pulmón, pues los trabajadores de minas de cobre y cobalto, fundiciones y fábricas de insecticidas presentan una incidencia de este tipo de cáncer mayor de lo normal. En los trabajadores de las industrias relacionadas con el asbesto, la incidencia es de hasta 10 veces más que lo normal.

Una sustancia producida por el hongo *Aspergillus flavus*, llamada aflatoxina, y que contamina alimentos mal conservados, ocasiona cáncer de hígado en algunos animales. Se ha encontrado que en países donde la contaminación de alimentos por mohos es frecuente, la incidencia de cáncer del hígado y estómago es alta.

El cigarrillo es otro agente cancerígeno, se ha determinado que la muerte por cáncer del pulmón es 6 veces mayor entre fumadores que entre no fumadores. El cigarrillo es tan pernicioso debido a las sustancias que contiene; nicotina, ácidos y óxidos de carbono y alquitrán; El alcohol es también un importante promotor; su abuso crónico incrementa de manera importante el riesgo de cánceres que son inducidos por otros agentes;

c) Radiaciones: Las radiaciones ionizantes son uno de los factores causales más reconocidos. La radiación produce cambios en el ADN, como roturas o trasposiciones cromosómicas en las que los cabos rotos de dos cromosomas pueden intercambiarse. La radiación actúa como un iniciador de la carcinogénesis, induciendo alteraciones que progresan hasta convertirse en cáncer después de un periodo de latencia de varios años. Los rayos ultravioletas del sol y los rayos X aumentan la propensión a adquirir cáncer de la piel y leucemia. La excesiva exposición a los rayos solares, por parte de personas de piel blanca, aumenta el riesgo;

d) Infecciones o virus: Existen cada vez más evidencias de que algunas infecciones pueden llegar a provocar cáncer y, en concreto, aquellas relacionadas con los cánceres de estómago, hígado, cérvix y con el sarcoma de Kaposi. Se ha relacionado la bacteria *Helicobacter pylori*

con el cáncer de estómago. Distintos estudios demuestran que personas infectadas con esta bacteria tienen cuatro veces más probabilidad de desarrollar este tipo de cáncer. Los virus son la causa de muchos cánceres en animales. En el ser humano, el virus de Epstein-Barr se asocia con el linfoma de Burkitt y los linfopiteliomas, el virus de la hepatitis con el hepatocarcinoma, y el virus herpes tipo II o virus del herpes genital con el carcinoma de cérvix. Todos estos virus asociados a tumores humanos son del tipo ADN. El virus HTLV, sin embargo, es del tipo ARN, o retrovirus, como la mayor parte de los virus asociados a tumores en animales. Produce una leucemia humana. En presencia de una enzima denominada transcriptasa inversa, induce a la célula infectada a producir copias en ADN de los genes del virus, que de esta manera se incorporan al genoma celular. Estos virus del tipo ARN contienen un gen denominado oncogén viral capaz de transformar las células normales en células malignas. Distintas investigaciones han demostrado que los oncogenes virales tienen una contrapartida en las células humanas normales: es el protooncogén, u oncogén celular. Los productos de los oncogenes (las proteínas que producen) son factores de crecimiento (o proteínas necesarias para la acción de tales factores de crecimiento), que estimulan el crecimiento de las células tumorales;

e) Traumas: Se considera perjudicial la irritación mecánica producida sobre una porción de la piel y la fricción ejercida sobre lunares. El cáncer de labio en los fumadores de pipa se asocia con la irritación crónica producida por la pipa sobre un grupo de células en el labio. En la India, una alta incidencia de cáncer del abdomen y la ingle se relaciona con la vestimenta (una especie de guayuco) de uso muy generalizado.

Acerca de los factores infecciosos como la presencia de *Helicobacter pylori*, relacionado con el cáncer de estómago, el virus de la hepatitis B y la contaminación de alimentos por aflatoxinas relacionados con el cáncer de hígado, el virus del papiloma humano, relacionado con el cáncer de cuello uterino, el *Schistosoma* relacionado con el cáncer de vejiga y el virus del SIDA, relacionado con el sarcoma de Kaposi y linfomas, no podemos mencionar una frecuencia conocida en Colombia. Pero es claro que su erradicación significaría la reducción de estos tipos de cáncer en una proporción importante.

Es importante tener en cuenta que el consumo de alcohol está relacionado con varios tipos de cáncer, así como la exposición a rayos ultravioletas o radiación ionizante, agentes químicos como el asbesto, arsénico, benzopireno, dioxinas y otros, incrementan la posibilidad de neoplasias.

Panorama Actual del Cáncer

Estos cambios demográficos, económicos y ambientales han repercutido en todos los aspectos de nuestra vida, y entre ellos en la incidencia de enfermedades como el cáncer. La Agencia Internacional para Investigación en Cáncer (IARC) ha estimado que en el año 2002 hubo 10.9 millones de casos nuevos de cáncer y 6.723.887 muertes por cáncer en todo el globo. Estas cifras representan un incremento de 22% en la incidencia y mortalidad por cáncer en comparación con las cifras del año 1990. Y según la OMS el número de casos se elevará a 15 millones para el año 2020 ⁽²⁾

Las formas más frecuentes de presentación de cáncer también han cambiado en el espacio y en el tiempo.

En la Tabla número 1 se presenta la incidencia de las formas de presentación del cáncer en el mundo al comenzar este siglo. Más de un millón de casos nuevos de cáncer de pulmón, cáncer de la mama, cáncer de colon y cáncer del estómago se presentaron al comenzar el siglo XXI; el número de casos nuevos de cáncer de próstata, hepatocarcinoma y cáncer de cuello uterino estuvo en o por encima del medio millón; con menor, pero importante frecuencia se presentaron cáncer de esófago, vejiga, linfoma-leucemia, cáncer de cavidad oral, páncreas, faringe,

riñón y otros que totalizaron los 10.862.496 casos de cáncer registrados en el mundo en el año 2002⁽³⁾.

Tabla 1. Incidencia Mundial de Cáncer, 2002

Sitio	Número	Porcentaje
1. Pulmón	1.352.132	12,44
2. Mama	1.151.298	10,59
3. Colon y Recto	1.023.152	9,42
4. Estómago	933.937	8,58
5. Próstata	679.023	6,25
6. Hígado	626.162	5,76
7. Cuello uterino	493.243	4,53
8. Esófago	462.117	4,25
9. Vejiga	356.567	3,27
11 Linfoma NH	300.571	2,76
11 Leucemia	00.582	2,75
12 Cavidad oral	274.289	2,52
13 Páncreas	232.306	2,13
14. Faringe	210.339	1,93
15 Riñon	208.480	1,91
16. Ovario	198.783	1,82
17. Endometrio	198.783	1,82
18. Sistema Nervioso	189.485	1,74
19 Melanoma	160.177	1,47
20 Laringe	159.241	1,46

M Perkin, F Bray, J Ferlay, P Pisani

IARC Cancer Base N° 5 Version 2, Lyon, France: IARC Press; 2004.

Cáncer en el mundo

El siglo XXI encuentra al mundo claramente dividido en dos: el mundo desarrollado y el que no ha alcanzado el desarrollo. La Agencia Internacional Contra el Cáncer ha determinado que la mayoría (53%) de los casos de cáncer y 60% de las muertes por cáncer, ocurrieron en los países del Tercer mundo. Más aún se han encontrado marcadas diferencias en la incidencia de las diferentes neoplasias en países pobres y países desarrollados.

Cáncer de pulmón, cáncer de colon, cáncer de mama y cáncer de la próstata conforman el 60% de todos los casos de cáncer en el mundo desarrollado; en cambio cáncer del estómago, hepatocarcinoma y cáncer de cuello uterino son tan poco frecuentes que sumados no alcanzan al 10% de los casos de cáncer en los países afluentes (Tabla 2).

Tabla 2. Cáncer en los Países Desarrollados

Tipo	Número de casos*	Porcentaje
1. Pulmón	677,000	13,20
2. Colon y Recto	665,000	13,03
3. Mama	636,000	12,47
4. Próstata	513,000	10,05
5. Estómago	311,000	6,09
6. Vejiga	175,000	3,43
7. Linfoma	151,000	2,96
8. Páncreas	136,000	2,66
9. Endometrio	136,000	2,66
10 Melanoma	131,000	2,56
11. Leucemia	125,000	2,45
12 Riñon	120,000	2,35
13 Hígado	110,000	2,15
14 Ovario	97,000	1,90
15 Cavidad oral	91,000	1,78
16 Cuello uterino	83,000	1,62
17. Esófago	74,000	1,45
18. SNC	74,000	1,45
19 Laringe	63,000	1,23
20 Tiroides	59,000	1,15

En el mundo de los pobres, los cánceres de pulmón, estómago, cáncer de la mama, hepatocarcinoma, cáncer de cuello uterino, esófago,

colon y cavidad oral constituyeron más del 60% de todos los casos ocurridos en el año 2002; con menor frecuencia se presentaron el cáncer de la próstata, ovario, vejiga, páncreas, riñón y endometrio. (Tabla número 3).

Tabla 3. Cáncer en los Países en Vías de Desarrollo

Tipo	Número de Casos	Porcentaje
1. Pulmón	672,000	11,58
2. Estómago	619,000	10,67
3. Mama	514,000	8,86
4. Hígado	513,000	8,84
5. Cuello uterino	409,000	7,05
6. Esófago	386,000	6,65
7. Colon y recto	356,000	6,13
8. Cavidad oral	183,000	3,15
9. Leucemia	176,000	3,03
10 Próstata	165,000	2,84
11 Faringe	155,000	2,67
12 Linfoma	149,000	2,58
13 Vejiga	131,000	2,25
14 SNC	115,000	1,98
15 Ovario	108,000	1,86
16. Páncreas	97,000	1,67
17 Laringe	95,000	1,63
18 Tiroides	88,000	1,41
19 Riñon	68,000	1,17
20 Endometrio	62,000	1,21

Si se comparan las Tablas 2 y 3, se observa que problemas prevalentes en el Tercer mundo, como el cáncer del estómago, cáncer del hígado, cáncer del cuello uterino, cáncer del esófago y cáncer de la cavidad oral se encuentran ya bajo control en los países desarrollados; del mismo modo es posible advertir que problemas como el del cáncer del pulmón, cáncer de la mama y cáncer del colon y recto están en aumento en el Tercer mundo, mientras que problemas como cáncer de la próstata, cáncer de vejiga, cáncer del páncreas y cáncer del endometrio se presentan con mayor frecuencia en países desarrollados que en poblaciones del Tercer mundo.

Patrones de la Enfermedad por tipo de Cáncer

Cáncer de Pulmón

El cáncer de pulmón es la forma más frecuente de presentación del cáncer en el mundo. En el año 2002 hubo 1.350 millones de casos nuevos (12,4% de todos los cánceres) y 1.180 millones de muertes por cáncer de pulmón. El cáncer de pulmón sigue siendo el más frecuente desde la década de los 80; pero en esa época el 69% de los casos se presentaban en los países desarrollados y 41% en los países del Tercer mundo. Un penoso cambio ha ocurrido desde entonces: ahora casi la mitad (49%) de los casos ocurre en los países en vías de desarrollo.

Las más altas tasas de incidencia se observan aún en Norteamérica y Europa; tasas moderadas en China y Japón. El cáncer de pulmón sigue siendo una enfermedad con elevada mortalidad, incluso en EE. UU. donde el programa SEER ha encontrado una sobrevida a 5 años de solo 15%; en los 3 países del Tercer mundo la sobrevida a 5 años del cáncer de pulmón es de 8,9%.

Los países desarrollados tienen tasas de incidencia mucho más altas de cáncer de pulmón que los países en vías de desarrollo, pero como los países pobres representan una proporción más grande de la población mundial, el número absoluto de casos de cáncer de pulmón diagnosticados está distribuido por igual entre ambos mundos. Pero en las próximas décadas la carga global de cáncer de pulmón va a sufrir profundas desviaciones, desde los países desarrollados hacia los países del Tercer mundo. Este año se ha reportado que, por primera vez, después de varias décadas de incremento exponencial, la incidencia de cáncer

de pulmón en varones en USA ha empezado a decrecer confirmando la tendencia de la última década⁽⁵⁾.

El cáncer de pulmón es más probable que ocurra en las personas pobres y menos instruidas. El status socioeconómico se asocia a una constelación de determinantes de riesgo de cáncer de pulmón tales como tabaco, dieta y exposición a carcinógenos en el trabajo y en el ambiente general. Además el estado socioeconómico ha sido también asociado con el diagnóstico tardío⁽⁶⁾.

Las grandes campañas de la industria del tabaco hacia los países en desarrollo tendrán su impacto después de 20 a 40 años de latencia, que es el intervalo entre empezar a fumar y la llegada de todas sus consecuencias (Peter Boyle, Lancet 1997 (suppl.II) 23-26). El hábito de fumar está fuertemente influenciado por campañas millonarias de un insidioso bombardeo de trucos publicitarios dirigidos a mujeres, minorías, adolescentes y hasta niños de los países en vías de desarrollo donde no existen programas de control de consumo de tabaco entre los jóvenes.

Algunos escenarios para la ocurrencia futura de cáncer de pulmón permiten pasar del presentimiento a la predicción. China, la nación más populosa del mundo tiene ahora 350 millones de fumadores; la ubicuidad del hábito de fumar entre los chinos, permite predecir una alarmante cantidad de casos de cáncer de pulmón en el futuro. Se ha reportado que en la China la población de bajos ingresos tuvo un riesgo de cáncer de pulmón 6 veces mayor que el de la clase de altos ingresos⁽⁷⁾.

Cáncer Gástrico

El cáncer gástrico es una de las más comunes formas de presentación de cáncer en el globo; representa el 8.6% de todos los casos nuevos de cáncer con 934.000 casos, y es la segunda causa de muerte por cáncer con 700.000 óbitos al año. Dos tercios del total de casos ocurren en los países en vías de desarrollo, existiendo una gran variación internacional en la incidencia de cáncer gástrico.

Las áreas de alto riesgo (incidencia > 20 por 100.000) están en la China, Japón, Europa Oriental y algunos países de Suramérica, entre ellos Perú, Colombia, Ecuador, son áreas de alto riesgo para cáncer gástrico⁽⁸⁾.

La incidencia de cáncer gástrico en EE. UU. ha sufrido un cambio dramático en la segunda mitad del siglo pasado; en el año 1930 la incidencia era de 32 por 100.000 y representaba el 38% de todas las muertes por cáncer; en el año 2004 el cáncer gástrico representó solo el 1,59% de todos los casos de cáncer, ocupando el 14^{avo} lugar en frecuencia con una tasa de incidencia de 1,4 para los blancos, 4,9 para los afroamericanos y 12 para los americanos de extracción japonesa. Esta declinación puede relacionarse con los progresos en la preservación y conservación de los alimentos y a cambios en la prevalencia de infección por *H. pylori*, tal vez como resultado de menor transmisión en la infancia por mejoras en la higiene y reducción del hacinamiento. No se observa todavía un fenómeno similar en nuestros países.

Cáncer de Cuello Uterino

Es la segunda más frecuente neoplasia de las mujeres. En el año 2002 ocurrieron 493 000 casos nuevos, pero 83% de estos casos se presentaron en los países del Tercer mundo; en los países desarrollados el cáncer de cuello uterino representa menos del 5% de todos los casos nuevos de cáncer. Las altas incidencias de cáncer de cuello uterino se concentran en 4 regiones del globo: África, Centroamérica y el Caribe, Suramérica y la parte sur-central de Asia (India, Pakistán) donde se han encontrado tasas de incidencia de 26, 28, 31 y 34 por cien mil respectivamente.

Las tasas de incidencia son por lo general bajas en los países desarrollados, pero este patrón es relativamente reciente. Antes de la introducción de los programas de tamizaje en la década de los sesentas, la incidencia de cáncer cuello uterino en Europa y Norteamérica era

similar a la que tienen los países subdesarrollados actualmente⁽⁹⁾; en el Survey Nacional Cáncer de USA el año 1959, la incidencia de cáncer de cuello uterino fue de 38,0 por 100,000 por ejemplo y ahora gracias a una intensa y sostenida campaña de despistaje por citología vaginal, la incidencia se ha reducido a menos de 10 por 100 mil de la población. En el año 1994 se practicaron 85 millones de pruebas de Papanicolaou en EE. UU. y el año 2000 el National Health Interview Survey encontró que 82% de las mujeres de más de 25 años de edad había tenido una prueba de Papanicolaou dentro de los últimos 3 años. Estas cifras explican el éxito en el control del cáncer de cuello uterino en ese país.

Está claramente establecido que los agentes etiológicos del cáncer cervical son los subtipos oncogénicos del Papiloma Virus Humano. Pero al margen de la etiología, no hay duda de que una declinación sustancial en la incidencia de cáncer de cuello uterino puede lograrse con programas bien implementados de tamizaje por citología vaginal como ha ocurrido en la China donde la incidencia ha bajado a 6,8:100 000 en el 2002, comparada con 17,8:100,000 en 1985⁽¹⁰⁾.

Cáncer de la Mama

En el año 2002 hubo 1150000 casos nuevos de cáncer mamario en el mundo, siendo esta, la forma más frecuente de cáncer en la mujer, y la segunda en frecuencia del total de casos de cáncer. La mayoría de casos ocurre en los países industrializados: 361 000 en Europa y 211 000 casos nuevos de cáncer mamario (el 32% del total de casos de cáncer en la mujer) en EE. UU. En el mundo subdesarrollado el número de casos nuevos fue 514 000, lo que representa 18,8% del total de casos de cáncer en la mujer.

Las más altas tasas de incidencia de cáncer de la mama se encuentran en los países desarrollados: en América del Norte la tasa es 99,4 y en Europa Occidental 84,6 ; se especula que estas tasas elevadas son la consecuencia de programas de despistaje que han permitido diagnosticar casos tempranos que de otro modo no hubieran sido detectados. Las tasas son más modestas en América del Sur, Sudáfrica y Asia Occidental, a pesar de lo cual el cáncer mamario es la forma más común de cáncer en la mujer de estas regiones. Las tasas inferiores a 30:100 000 se ven en África y el continente asiático; en la China la incidencia es tan baja como 18,7 por 100 mil. Japón es el país desarrollado que tiene una inusitada baja incidencia (32.7) de esta patología.

Las tasas de incidencia del cáncer de la mama están aumentando en muchos países en vías de desarrollo, especialmente en aquellos en los que han ocurrido cambios importantes en el desarrollo socioeconómico, y en el estilo de vida de la mujer, con disminución de la fertilidad e incremento de la masa corporal. Los registros de cáncer de la China han detectado incrementos de la tasa anual hasta de 3 y 4%⁽¹¹⁾, y en el Registro de Cáncer de Lima la tasa encontrada para el periodo 1990-93 fue de 31,88 incrementada a 32,28 en el periodo 1993-97.

Cáncer de la Próstata

En el año 2002 hubo 679 000 casos nuevos de cáncer de la próstata en el mundo; esta cifra lo coloca en el segundo lugar en frecuencia de cáncer en varones. El 75% del total de casos se presentó en los países industrializados donde representó el 19% del total de casos de cáncer; en los países en vías de desarrollo el cáncer de la próstata representa sólo el 5,3% del total de casos.

Tres cuartas partes del total de casos de cáncer de próstata ocurrieron en varones mayores de 65 años de edad. Esto explica en parte la mayor frecuencia de su presentación en los países industrializados en los que la población mayor de 65 años de edad representa el 15% del total, a diferencia de los países del Tercer mundo en los que esta proporción se encuentra alrededor del 6%. Las tasas de incidencia más altas han sido encontradas en EE. UU. (120:100,000) y en Europa (60:100 000). El cáncer de próstata es la neoplasia maligna más frecuente en varones en

Lima: 4 063 casos registrados entre los años 1990 y 1997, 580 casos nuevos por año y una TEE de 28,8:100 000. El envejecimiento de la población es sin duda un factor importante en la etiología del cáncer de próstata.

El cáncer de la próstata es una condición extremadamente ubicua; esta omnipresencia fue advertida ya en 1935 cuando AR Rich, jefe de Patología del Hospital Johns Hopkins, demostró que 14% de varones muertos por otras causas presentaba cáncer de próstata en la autopsia⁽¹²⁾. Recientemente Sakr y colaboradores han demostrado la relación entre la ubicuidad del cáncer de próstata y la edad; estudiando la próstata de 525 varones muertos accidentalmente en las calles de Detroit. Con cortes de próstata de 2 a 3mm, se encontró Neoplasia Intraepitelial de Alto Grado en 8% de los pacientes > 20 años, proporción que se incrementó linealmente en cada década hasta llegar a 80% en los mayores de 70 años⁽¹³⁾. Habría, pues, dos situaciones en el tema del cáncer de próstata, el cáncer patológico y el cáncer clínico.

Es probable que las altas tasas de incidencia de cáncer de próstata reportadas por los países desarrollados estén ahora influenciados por el diagnóstico de los casos de cáncer latente en individuos, asintomático, por los programas de "screening". La variación geográfica en la incidencia de cáncer de próstata sugiere fuertemente que los programas de tamizaje con dosaje de antígeno prostático conducen al sobrediagnóstico; por ejemplo la tasa de incidencia anual de cáncer de próstata en países como Dinamarca, donde el "screening" no es común fue de 31 por 100 000 el año 2000, mientras que en EE. UU. donde 70% de varones mayores de 50 tienen "PSA screening", la incidencia fue de 104 por 100 000. Se podría afirmar también, que una proporción significativa de varones con cáncer de próstata mínimo o precoz, podrían nunca desarrollar enfermedad sintomática, aún sin recibir tratamiento.

Investigación y Educación en Cáncer

El fenómeno de la globalización acelerada de la última década, se ha manifestado también en la investigación clínica y la educación en cáncer. La investigación clínica en cáncer es ahora una empresa transnacional con presencia en cada uno de los continentes. Los ensayos clínicos para registro de drogas incluyen cada vez más pacientes de Europa Oriental, Rusia, China, India y América del Sur. Se ha señalado que un cambio radical ha ocurrido en las acciones regulatorias para la aprobación de nuevas drogas por la "U.S. Food and Drug Administration"⁽¹⁴⁾; en la década que terminó el 2002 el porcentaje de estudios hechos exclusivamente en Estados Unidos disminuyó de un alto 80% a un nivel actual de 24%.

La investigación clínica en cáncer, ya no es más la actividad científica pura, altruista personal o del grupo de profesionales dedicados al estudio de esta enfermedad. Cada vez más, esta actividad se realiza con la intermediación de las C.R.O. (Clínical Research Organizations), una industria que ha tenido una consolidación y globalización cada vez mayor; las CRO vienen a ser una manera costo-eficiente para las empresas farmacéuticas, de realizar los estudios que puedan servir de respaldo para el registro de una droga en múltiples países. Se estima que 8,6 billones de dólares son tercerizados a través de CRO anualmente, y estas organizaciones motivan a sus clientes a realizar investigaciones en otras regiones del globo, donde el reclutamiento de pacientes no es tan competitivo como en EE. UU. En contraste con EE. UU., donde una gran proporción de la investigación clínica en cáncer se hace en la práctica privada, en una amplia base poblacional, la investigación en cáncer en los países subdesarrollados se hace en los institutos y hospitales con presupuesto del gobierno central⁽¹⁵⁾.

Las bien conocidas diferencias regionales en el cáncer, permiten que muchas formas de cáncer, como cáncer de cérvix y hepatoma, sean mejor estudiadas en el Tercer mundo. Hay, sin embargo, argumentos que

podrían tener connotaciones negativas. Uno de ellos es el concepto tan difundido describiendo a los países en vías de desarrollo como que no tienen mecanismos regulatorios o si los tienen son menos estrictos que los de los países industrializados. Por otra parte la investigación en cáncer en los países en vías de desarrollo se asocia con temas éticos, porque la moderna investigación de cáncer representa una completa distorsión de la práctica clínica de un país subdesarrollado. Las drogas estudiadas en un ensayo clínico, una vez completado el estudio, ya no estarán disponibles para la masa de pacientes pobres que fueron ingresados en dichos estudios. No puede tampoco escapar a la percepción, el hecho de que los ensayos en sí pueden tener su ingrediente coercitivo, enfrentado a la disyuntiva entre no recibir tratamiento y recibir un medicamento en investigación, los pacientes en desventaja económica pueden sentir que no tienen otra opción que aceptar ser ingresados al estudio.

Análisis Costo-beneficio

Los costos del manejo del cáncer, gracias a la constante introducción y uso incontrolado de nuevas tecnologías y tratamientos state of the art, han ingresado en una espiral incontenible. El costo aproximado del cuidado médico de los pacientes con cáncer en EE. UU. excede los 35 billones de dólares al año; en una HMO (Health Maintenance Organization) americana el 47% de los pacientes con cáncer eran "enrolados de alto riesgo", es decir, que costaban más de \$4.500,00 por año. Como la inversión en salud de los países en vías de desarrollo es mínima y el porcentaje de la población no asegurada es mayoritario, estas poblaciones reciben lamentablemente una atención por debajo del estándar o no la reciben.

El rubro "farmacia" representa 70-80% del costo del tratamiento del cáncer, y los precios de los medicamentos oncológicos se elevan incontenibles con el ingreso constante de agentes novedosos producidos por la nueva y costosa tecnología. El gasto mundial de medicinas para el cáncer supera los 10 billones de dólares.

El impacto económico de estos tratamientos en la economía del enfermo con cáncer no asegurado, y finalmente en el presupuesto de salud del país, amerita ser analizado, sobre todo considerando que la mayoría son tratamientos paliativos.

La Organización Mundial de la Salud, considerando que la mayoría de estos costosos medicamentos produce solo limitados beneficios, los ha reiterado de sus recomendaciones sobre las drogas esenciales para el tratamiento del cáncer especialmente en los países del Tercer mundo⁽¹⁷⁾.

PROPOSICION

Dese segundo debate al Proyecto de ley número 090 de 2007 Cámara acumulado al Proyecto 142 de 2007, *por la cual se establecen las acciones para la Atención Integral del Cáncer en Colombia* se presenta a consideración el texto propuesto anexo.

Atentamente,

Eduardo Benítez Maldonado, ponente; *Jorge Morales Gil*, *Zaida Marina Yanet Lindarte*, coponentes.

PLIEGO DE MODIFICACIONES AL PROYECTO DE LEY NUMERO 090 DE 2007 CAMARA ACUMULADO AL PROYECTO DE LEY NUMERO 142 DE 2007

por la cual se establecen las acciones para la atención Integral del Cáncer en Colombia.

Se agrega el siguiente párrafo al artículo 9° del resto del texto quedará igual.

Parágrafo 1°. Con el fin de precisar responsabilidades previstas en los artículos 5°, 6°, 8° y 9° y asegurar la atención integral del cáncer en sus diferentes etapas, las entidades responsables lo harán en

una forma eficiente y ágil sin perjuicio de que cuando corresponda hagan los recobros a que haya lugar.

Atentamente,

Eduardo Benítez Maldonado, ponente; *Jorge Morales Gil*, *Zaida Marina Yanet Lindarte*, coponentes.

TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 090 DE 2007 CAMARA ACUMULADO AL PROYECTO DE LEY NUMERO 142 DE 2007

por la cual se establecen las acciones para la atención Integral del Cáncer en Colombia.

Artículo 1°. *Objeto de la ley.* Establecer las acciones para el control integral del cáncer en la población Colombiana, de manera que se reduzca la mortalidad y la morbilidad por cáncer, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, a través de la garantía por parte del Estado y de los actores que intervienen en el Sistema General vigente, todos los servicios que requieren para su prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo, bajo los principios de continuidad, longitudinalidad, integralidad, oportunidad, accesibilidad y coordinación.

Artículo 2°. *Principios.* El contenido de la presente ley y de las disposiciones que las complementen o adicionen, se interpretarán y ejecutarán teniendo presente el respeto y garantías al derecho a la vida, preservando el criterio según el cual, la tarea fundamental de las autoridades de salud será lograr el tratamiento y rehabilitación del paciente y evitar el aumento en el número de casos nuevos de colombianos con esta enfermedad.

Artículo 3°. *Campo de aplicación.* Los beneficiarios de la presente ley será toda la población colombiana, residente en el territorio nacional.

Artículo 4°. *Definiciones.* Las siguientes definiciones se aplican a esta ley.

a) **Control Integral del cáncer.** Acciones destinadas a disminuir la incidencia, morbilidad, mortalidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer;

b) **Cuidado paliativo.** Atención brindada para mejorar la calidad de vida de los pacientes que tienen una enfermedad grave o que puede ser mortal. La meta del cuidado paliativo es prevenir o tratar lo antes posible los síntomas de la enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento de la enfermedad y los problemas psicológicos, sociales y espirituales relacionados con la enfermedad o su tratamiento. También se llama cuidado de alivio, cuidado médico de apoyo y tratamiento de los síntomas;

c) **Unidades funcionales.** Son unidades clínicas conformadas por profesionales de diferentes disciplinas para la atención integral del cáncer, su función es evaluar la situación de salud del paciente y definir su manejo, garantizando la calidad, oportunidad y pertinencia del diagnóstico y el tratamiento. Sus integrantes varían dependiendo del tipo de patología oncológica de que se trate;

d) **Nuevas tecnologías en cáncer.** Se entiende por nuevas tecnologías, la aplicación del conocimiento empírico y científico a una finalidad práctica, para lo cual se requieren nuevos medicamentos, equipos y dispositivos médicos, procedimientos médicos y quirúrgicos, y modelos organizativos y sistemas de apoyo “necesarios para su empleo en la atención a los pacientes”. “Nuevas tecnologías deben considerar también incluir todas las tecnologías que se aplican en la atención a las personas (sanas o enfermas)”, así como las habilidades personales y el conocimiento necesario para su uso.

Artículo 5°. *Control integral del cáncer.* Declárese el cáncer como una enfermedad de interés en salud pública y prioridad nacional en salud para la República de Colombia.

El control integral del cáncer de la población Colombiana, considerará los aspectos contemplados por el Instituto Nacional de Cancerología y avalado por el Ministerio de la Protección Social, que determina acciones de promoción y prevención, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

Parágrafo 1°. Las entidades promotoras de salud de ambos regímenes, y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, deben garantizar el acceso, la oportunidad y la calidad a las acciones contempladas para el control del cáncer adulto y cáncer pediátrico; así, por ningún motivo negarán la participación de la población colombiana, residente en el territorio nacional en actividades o acciones de promoción y prevención, así como tampoco la asistencia necesaria en detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo.

Parágrafo 2°. Los entes territoriales deberán incluir en su plan de desarrollo el cáncer como prioridad, así como una definición clara de los indicadores de cumplimiento de las metas propuestas para el control en cada uno de los territorios.

Parágrafo 3°. El Ministerio de la Protección Social con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología definirá los indicadores para el monitoreo de los resultados de las acciones en el control del cáncer, desarrolladas por las entidades promotoras de salud de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada. Estos indicadores serán incluidos en el Plan Nacional de Salud Pública.

Artículo 6°. *Acciones de promoción y prevención para el control del cáncer.* Las entidades promotoras de salud, los regímenes de exención y especiales y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, deben garantizar acciones de promoción y prevención de los factores de riesgo para cáncer.

Parágrafo 1°. El Ministerio de la Protección Social, con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología, definirá dentro de los 6 meses siguientes a la promulgación de esta ley, los lineamientos técnicos, los contenidos, las estrategias, el alcance y la evaluación de impacto de las acciones de promoción y prevención. Los lineamientos técnicos, los contenidos, las estrategias, el alcance y la evaluación de impacto de las acciones de promoción y prevención, serán actualizados de manera permanente en concordancia con el plan nacional de salud pública.

Artículo 7°. *Prestación de Servicios Oncológicos.* La prestación de servicios oncológicos en Colombia seguirá de manera obligatoria los parámetros establecidos en las guías de práctica clínica y los protocolos de manejo definidos en la presente ley, que garantizan atención integral oportuna y pertinente.

Parágrafo 1°. El Ministerio de la Protección Social con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y con participación de las sociedades científicas, elaborará y actualizará en un plazo de 12 meses después de entrada en vigencia la presente ley de manera permanente las Guías de Práctica Clínica y los protocolos de manejo, para la promoción y prevención, el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo de neoplasias y enfermedades relacionadas en pacientes pediátricos, adultos y técnicos. Condiciones de acceso, oportunidad y calidad para la atención del paciente con cáncer.

Parágrafo 2°. Las entidades promotoras de salud, los regímenes de exención y especiales y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y priva-

das, deben garantizar la estructuración de Unidades Funcionales para la atención integral del cáncer.

Parágrafo 3°. El Ministerio de la Protección Social con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología definirá en un plazo de 6 meses las Unidades Funcionales de obligatoria estructuración, así como los requisitos mínimos de habilitación. Esto no exime a las entidades promotoras de salud de ambos regímenes ni a los responsables de la población pobre no asegurada de garantizar la atención con oportunidad, calidad e integralidad al resto de las neoplasias y enfermedades relacionadas que no sean incluidas en las Unidades Funcionales obligatorias.

Parágrafo 4°. El Ministerio de la Protección Social con asesoría Instituto Nacional de Cancerología, reglamentará, en un plazo máximo de 6 meses, los requisitos esenciales de las Unidades Funcionales de cáncer pediátrico.

Parágrafo 5°. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con Unidades Funcionales de cáncer pediátrico, habilitadas o en proceso de habilitación, contarán con un Comité de Tumores con el propósito de desarrollar una actividad coordinadora, de control y asesoría sobre la enfermedad.

Artículo 8°. *Cuidado paliativo*. Las entidades promotoras de salud, los regímenes de exención y especiales y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, deberán garantizar el acceso de los pacientes oncológicos a programas de cuidado paliativo.

Parágrafo 1°. El Ministerio de la Protección Social con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología, definirá, basado en modelos y modalidades de atención que permitan disminuir las barreras de acceso, los estándares de calidad para la prestación de servicios de cuidado paliativo.

Parágrafo 2°. El Ministerio de la Protección Social a través del Fondo Nacional de Estupefacientes, garantizará la distribución, la disponibilidad, la suficiencia y la oportunidad para el acceso a los medicamentos opioides de control especial para el manejo del dolor.

Artículo 9°. *Rehabilitación integral*. Las entidades promotoras de salud de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, deberán garantizar el acceso de los pacientes oncológicos a programas de apoyo de rehabilitación integral que incluyan rehabilitación física en todos sus componentes, psicológica y social (incluyendo prótesis).

Parágrafo 1°. **Con el fin de precisar responsabilidades previstas en los artículos 5°, 6°, 8° y 9° y asegurar la atención integral del cáncer en sus diferentes etapas, las entidades responsables lo harán en una forma eficiente y ágil sin perjuicio de que cuando corresponda hagan los recobros a que haya lugar.**

Artículo 10. *Red Nacional de Cáncer*. El Ministerio de la Protección Social definirá los mecanismos y la organización de la Red Nacional de Cáncer y podrá concurrir en su financiación. Esta red será coordinada por el Instituto Nacional de Cancerología.

Parágrafo 1°. La Red tendrá como objeto la gestión del sistema integral de información en cáncer, la gestión del conocimiento, la gestión de la calidad de la información, la gestión del desarrollo tecnológico y la vigilancia epidemiológica del cáncer. Lo anterior sin perjuicio de que le sean asignadas funciones en la coordinación de la Red de Prestación de Servicios Oncológicos.

Artículo 11. *Red de prestación de servicios oncológicos*. Las entidades promotoras de salud de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, deberán responder por la organización y gestión integral de la Red de Prestación de Ser-

vicios Oncológicos, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo 1°. El Ministerio de la Protección Social definirá las condiciones y la organización de la Red de Prestación de Servicios Oncológicos, optimizando los avances tecnológicos para el diagnóstico y el tratamiento y determinará los lineamientos para el monitoreo y la evaluación de la prestación de servicios oncológicos.

Artículo 12. *Servicio de Apoyo Social*. A partir de la vigencia de la presente ley, los beneficiarios de la misma, tendrán derecho, cuando así lo exija el tratamiento o los exámenes de diagnóstico, a contar con los servicios de un Hogar de Paso, pago del costo de desplazamiento, apoyo psicológico y escolar, de acuerdo con sus necesidades, certificadas por el Trabajador Social o responsable del Centro de Atención a cargo del paciente.

Parágrafo 1°. En un plazo máximo de dos años, el Gobierno nacional reglamentará lo relacionado con el procedimiento y costo de los servicios de apoyo, teniendo en cuenta que estos serán gratuitos para el menor y por lo menos un familiar o acudiente, quien será su acompañante, durante la práctica de los exámenes de apoyo diagnóstico, su tratamiento, o trámites administrativos, así como la fuente para sufragar los mismos.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Educación, en el mismo término, reglamentará lo relativo al apoyo académico especial para las aulas hospitalarias públicas o privadas que recibirán los niños con cáncer, para que sus ausencias por motivo de tratamiento y consecuencias de la enfermedad, no afecten de manera significativa, su rendimiento académico, así como lo necesario para que el Colegio ayude al manejo emocional de esta enfermedad por parte del menor y sus familias.

Artículo 13. *Sistemas de Información*. Se establecerán los Registro Nacionales de Cáncer adulto y pediátrico, basado en registros poblacionales y registros institucionales. Estos harán parte del Sistema de Vigilancia en Salud Pública. La dirección y coordinación técnica del registro estará a cargo del Instituto Nacional de Cancerología.

Parágrafo 1°. Cualquiera sea su naturaleza jurídica, estarán obligados a suministrar la información a los registros:

- a) Los laboratorios de histopatología;
- b) Las instituciones habilitadas para la prestación de servicios oncológicos;
- c) Los centros de radiodiagnóstico;
- d) Las entidades de Prestación de servicios creadas por las autoridades indígenas, en el marco de lo establecido por la Ley 691 de 2001;
- e) Otras unidades notificadoras definidas por el Ministerio de la Protección Social;
- f) Medicina Legal.

Parágrafo 2°. Para efectos de obtener la información pertinente, los registros consultarán, respetando el principio de confidencialidad de la información estadística, la información de mortalidad por cáncer del Sistema Nacional de Estadísticas Vitales que incluya los datos de identificación. Para tal efecto el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), suministrará la información.

Parágrafo 3°. El Instituto Nacional de Cancerología tendrá la obligación de presentar los análisis producto de los registros. La información generada por los registros nacionales de Cáncer adulto y pediátrico será de uso público y estarán disponibles en la página web de la institución.

Parágrafo 4°. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Ministerio de la Protección Social destinarán los recursos financieros necesarios para la implementación, funcionamiento y mantenimiento de los Registros Nacional de Cáncer adulto y pediátricos.

Artículo 14. *Observatorio epidemiológico del cáncer.* Se establece el Observatorio epidemiológico del Cáncer. Este hará parte del Sistema de Vigilancia en Salud Pública. La dirección estará a cargo del y coordinación técnica del observatorio estará a cargo del Instituto Nacional de Cancerología con participación de las Entidades Territoriales.

El observatorio epidemiológico considerará, entre sus actividades, la realización de manera permanente y con metodología comparable de las encuestas, prevalencia de los factores de riesgo para cáncer.

Los informes del observatorio serán considerados como Insumo principal en la definición de acciones en el Plan Nacional de Salud Pública.

Parágrafo 1°. De la destinación de los recursos que las entidades del Ministerio de la Protección Social para investigación, serán prioritarios los estudios del Observatorio.

Artículo 15. *Investigación en cáncer en Colombia.* Considérese, en el Plan Nacional de Ciencia y Tecnología, al cáncer como tema prioritario de investigación. El Ministerio de la Protección Social, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Colciencias) y el Instituto Nacional de Cancerología con participación de la academia, definirán y actualizarán de manera permanente las líneas de investigación en cáncer para el país.

Artículo 16. *Instrumentos para evaluación e implementación de tecnologías y medicamentos.* El Ministerio de la Protección Social con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología, desarrollará los instrumentos para evaluación e implementación de nuevas tecnologías y medicamentos (medicamentos, equipos y dispositivos médicos, procedimientos médicos y quirúrgicos, y modelos organizativos y sistemas de apoyo, entre otros) en cáncer.

Artículo 17. *Formación de recurso humano en Oncología.* Inclúyase en los currículos de programas académicos de educación formal y de educación para el trabajo del personal de salud y relacionados, planes educativos al control del cáncer con énfasis en prevención y detección temprana teniendo en cuenta los protocolos aprobados.

Artículo 18. *Inspección, vigilancia y control.* Para garantizar en debida forma los derechos de los usuarios, la Superintendencia Nacional de Salud, las Direcciones Territoriales de salud y la defensoría del usuario, serán las encargadas de la inspección, vigilancia y control en el acceso y la prestación de servicios oncológicos por parte de las entidades promotoras de salud de ambos regímenes, de los responsables de la población pobre no asegurada y de las instituciones habilitadas para la prestación con calidad de los servicios oncológicos y de determinar las sanciones a que correspondan.

Parágrafo 1°. De la vigilancia y control en la entrega de medicamentos a los usuarios y pacientes del SGSSS por parte de los Aseguradores y Entes Territoriales. El Gobierno Nacional contará con un plazo máximo de seis meses a partir de la expedición de la presente ley para establecer las medidas de vigilancia y control, incluyendo los indicadores de seguimiento necesarios para verificar la entrega completa y oportuna de medicamentos formulados a sus afiliados. En caso de investigaciones que lleve a cabo la Superintendencia de Salud o quien esta defina, relacionadas con el desabastecimiento o entrega interrumpida de medicamentos a personas que requieren entregas permanentes y oportunas, se invertirá la carga de prueba correspondiendo la misma a la entidad demandada, además estos procesos se adelantarán sumariamente con el fin de obtener una decisión la que no podrá sobrepasar en su investigación y decisión final más de tres meses.

Parágrafo 2°. Quedan expresamente prohibidos todos aquellos premios o incentivos a los profesionales de la Salud que con la finalidad de

reducir los gastos pongan en riesgo la salud y el derecho de los afiliados a un servicio de buena calidad. El Gobierno Nacional, en un término no mayor de seis meses reglamentará los parámetros y mecanismos de control que sean necesarios para su cumplimiento.

Artículo 19. *Sanciones.* El incumplimiento de lo estipulado en la presente ley acarreará sanciones desde multas hasta la cancelación de licencias de funcionamiento.

Sin perjuicio a las acciones civiles y penales que se deriven, generará sanción equivalente a multa, la primera vez, por doscientos salarios mínimos mensuales legales vigentes y, la reincidencia, multa equivalente a un mil salarios mínimos legales mensuales vigentes. Las investigaciones, multas y sanciones aquí previstas estarán a cargo de la Superintendencia de Salud o quien haga sus veces, la que podrá delegar en las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud. El no pago de las multas será exigible por cobro coactivo, constituyéndose la resolución sancionatoria, debidamente ejecutoriada, en título ejecutivo. Los dineros producto de multas irán con destino al Fondo de Solidaridad y Garantía— Subcuenta de Alto Costo.

Artículo 20. *Financiación.* A partir de la vigencia de la presente ley, esta se financiará con los recursos que se incorporarán en la Subcuenta de Alto Costo componente específico Cáncer, y harán parte del sistema de financiamiento del SGSSS que integran los recursos parafiscales provenientes de las cotizaciones a la seguridad social en salud con los recursos fiscales del orden nacional y territorial, con base en un criterio de cofinanciación y de equidad, con el propósito de generar solidaridad plena.

Entre otros recursos, se financiará la Subcuenta de Alto Costo del SGSSS con las siguientes fuentes:

- a) Los excedentes de la cuenta ECAT;
- b) Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a las acciones colectivas de salud pública, definidos en la Ley 715 de 2001;
- c) Los recursos provenientes del 1% de las remesas de utilidades de empresas petroleras en fase de explotación de hidrocarburos;
- d) Los recursos provenientes de 2% de las utilidades del sector financiero que opera en el país;
- e) Los recursos provenientes del impuesto a la compra de armas, correspondiente al 10% de un salario mínimo mensual, y a las municiones y explosivos, que se cobrará como un impuesto ad valorem con una tasa del 5%, exceptuando las armas, municiones y explosivos de las fuerzas armadas, de policía y las entidades de seguridad del Estado;
- f) Los recursos provenientes del plan de acción y recuperación de dineros perdidos por concepto de evasión y elusión y evaluados de acuerdo con el Plan de desempeño conjunto con el Fosyga, DIAN y Ministerios de Hacienda y Protección Social que deberá estar definido a 31 de diciembre de 2008 y será estructurado con un cronograma de ejecución a 4 años.

Parágrafo 1°. Coeficiente de UPC. Para equilibrar las desviaciones que puedan existir entre las diferentes EPS respecto del número observado de pacientes con Cáncer, se calculará un coeficiente por EPS, que determinará los recursos que se deben reconocer o descontar a cada EPS durante el proceso de compensación, por contar con una mayor o menor frecuencia de casos de Cáncer. Este coeficiente resulta de dividir el total del Valor de la Compensación Hipotética ajustada en función del número de casos de Cáncer de la EPS, entre el total del valor de la Compensación Observada de la EPS, no ajustada, en el periodo de estudio. Para este fin se utilizará la fórmula de cálculo definida para el ajuste de

la UPC para la IRC y las modificaciones que requiera para este fin. El encargo fiduciario del Fosyga aplicará en el proceso de compensación de cada EPS el Coeficiente definido anualmente por el CNSSS que reconoce el mayor o menor valor a descontar o reconocer en el proceso de compensación de cada EPS por la ocurrencia del mayor o menor número de casos de Cáncer, al multiplicar la compensación calculada a partir de las UPC de los grupos de edad aprobadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, por el Coeficiente. Para la aplicación del coeficiente se hará a partir de la compensación correspondiente a los dos (2) meses siguientes a la sanción de esta ley.

Parágrafo 2°. La subcuenta de compensación del Fosyga deberá mantener un equilibrio anual (suma cero) entre los valores negativos y positivos que resulten de la aplicación de la fórmula establecida con los parámetros descritos en el artículo 3° del presente Acuerdo. El techo anual de la compensación con el Coeficiente CIRC_i para cada EPS, no podrá superar o ser inferior al resultado de la diferencia de la compensación con el Coeficiente CIRC con relación a la Compensación Observada, obtenida en el período de estudio, julio 1° del año n-2, a junio 30 del año n-1.

Parágrafo 3°. El Coeficiente definido en el presente Acuerdo no se aplicará para las Entidades Adaptadas al SGSSS, regímenes de exención y regímenes especiales.

Parágrafo 4°. El Ministerio de Protección Social y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud o quien haga sus veces, destinarán como contingencia para el financiamiento y ejecución del Plan de Acción contra el cáncer definido en la presente ley, para ello, se destinará el 20%, correspondiente a la distribución equitativa según carga de la enfermedad de cada una de las patologías definidas como catastróficas o de alto costo, de la Subcuenta de Alto Costo definida en el Decreto 2699. Los recursos definidos en la presente ley serán administrados por una fiduciaría independiente que podrá ser constituida por las EPS tanto contributivas como subsidiadas que operan en el país. Estos recursos deberán garantizar que se supera el riesgo de iliquidez y quiebra de Empresas Promotoras de Salud por no tomar decisiones frente al comportamiento y la tendencia comprobadas del alto costo en el Sistema.

Artículo 21. *Día de Lucha contra el cáncer.* Establézcase el día 4 de febrero como el día Nacional de lucha contra el cáncer en Colombia.

El Gobierno Nacional hará público ese día, el Plan Nacional contra el cáncer, basados en los postulados de la presente ley y en el Plan Nacional de salud pública.

Artículo 22. *Vigencia.* Esta ley entrará en vigencia a partir de su promulgación en el *Diario Oficial* y su reglamentación se dará en los 6 meses siguientes a la promulgación.

Atentamente,

Eduardo Benítez Maldonado, ponente; *Jorge Morales Gil*, *Zaida Marina Yanet Lindarte*, coponentes.

SECRETARIA

SUSTANCIACION

**AL PROYECTO DE LEY NUMERO 090 DE 2007 CAMARA
ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NUMERO 142
DE 2007 CAMARA**

En la Sesión Ordinaria de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la honorable Cámara de Representantes del día 6 de mayo de 2008, de conformidad con las prescripciones constitucionales y legales, especialmente las contenidas en la Ley 5ª de 1992 (Reglamento del Congreso), dio inicio a la discusión del Proyecto de ley número 090 de 2007 Cámara, acumulado con el Proyecto de ley número 142 de

2007, Cámara, *por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.*

Autora: honorable Representante *Sandra Ceballos Arévalo.*

La Mesa Directiva de esta Comisión designó como Ponentes para primer debate del Proyecto de ley número 090 de 2007 Cámara acumulado con el Proyecto de ley número 142 de 2007 Cámara a los honorables Representantes *Eduardo Benítez Maldonado* y *Jorge Morales Gil.*

El proyecto de ley fue publicado en la *Gaceta del Congreso* número 401 de 2007 y la ponencia para primer debate en la *Gaceta del Congreso* número 140 de 2008.

Una vez leída la proposición con la que termina el informe de ponencia para primer debate firmada por los honorables Representantes *Eduardo Benítez Maldonado* y *Jorge Morales Gil* es aprobada por unanimidad. El Representante *Morales Gil*, retiró la firma de la Ponencia para primer debate, mediante oficio de la fecha marzo 25 de 2008.

La Presidencia de la Comisión somete a consideración el articulado del Proyecto que consta de (22) veintidós artículos y preguntó a los honorables Representantes si querían que este Proyecto se votara en bloque y la Comisión contestó afirmativamente, siendo aprobado por unanimidad.

Posteriormente se somete a consideración el título de la iniciativa del **Proyecto de ley número 090 de 2007 Cámara** acumulado con el **Proyecto de ley número 142 de 2007 Cámara**, *por la cual readoptan normas, guías de práctica clínica y modelos de gestión programática para mejorar la atención integral, relativa a promoción, prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación, de la población con cáncer por parte del Estado Colombiano*” y **Proyecto de ley número 42 de 2007 Cámara** *por medio de la cual se establecen las acciones para la promoción y prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación del cáncer en Colombia*, siendo aprobada una proposición modificatoria presentada por los honorables Representantes *Eduardo Benítez Maldonado* y *Jorge Morales Gil*; el título quedó aprobado de la siguiente manera: *por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.*

La Mesa Directiva pregunta a los honorables Representantes si quieren que este Proyecto de ley tenga segundo debate y contestan afirmativamente, siendo designados como Ponentes para segundo debate los honorables Representantes: *Eduardo Benítez Maldonado*, *Jorge Morales Gil* y *Zaida marina Yanet Lindarte.*

La Secretaría deja constancia que este proyecto de ley fue votado por la mayoría que la ley establece para el proyecto en mención.

La aprobación del Proyecto de ley número 090 de 2007 Cámara, acumulado con el Proyecto de ley número 142 de 2007 Cámara, *por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.* Autor honorable Senador *Sandra Ceballos Arévalo.* En primer debate en la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la honorable Cámara de Representantes, se realizó previo su **anuncio** en la Sesión del día 29 de abril de 2008.

Todo lo anterior consta en el Acta número 5 del (6) seis de mayo de (2008) dos mil ocho.

El Presidente,

Jorge Enrique Rozo Rodríguez.

El Vicepresidente,

Jaime Armando Yepes Martínez.

El Secretario Comisión Séptima,

Rigo Armando Rosero Alvear.

TEXTO APROBADO EN PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 090 DE 2007 CAMARA ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NUMERO 142 DE 2007 CAMARA (Aprobado en la Sesión del día 6 de mayo de 2008 en la Comisión Séptima de la honorable Cámara de Representantes)

por la cual se establecen las acciones para la Atención Integral del Cáncer en Colombia.

El Congreso de la República

LEGISLA:

Artículo 1°. *Objeto de la ley.* Establecer las acciones para el control integral del cáncer en la población Colombiana, de manera que se reduzca la mortalidad y la morbilidad por cáncer, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, a través de la garantía por parte del Estado y de los actores que intervienen en el Sistema General vigente, todos los servicios que requieren para su prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo, bajo los principios de continuidad, longitudinalidad, integralidad, oportunidad, accesibilidad y coordinación.

Artículo 2°. *Principios.* El contenido de la presente ley y de las disposiciones que las complementen o adicionen, se interpretarán y ejecutarán teniendo presente el respeto y garantías al derecho a la vida, preservando el criterio según el cual, la tarea fundamental de las autoridades de salud será lograr el tratamiento y rehabilitación del paciente y evitar el aumento en el número de casos nuevos de colombianos con esta enfermedad.

Artículo 3°. *Campo de aplicación.* Los beneficiarios de la presente ley será toda la población colombiana, residente en el territorio nacional.

Artículo 4°. *Definiciones.* Las siguientes definiciones se aplican a esta ley.

a) **Control Integral del cáncer.** Acciones destinadas a disminuir la incidencia, morbilidad, mortalidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer;

b) **Cuidado paliativo.** Atención brindada para mejorar la calidad de vida de los pacientes que tienen una enfermedad grave o que puede ser mortal. La meta del cuidado paliativo es prevenir o tratar lo antes posible los síntomas de la enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento de la enfermedad y los problemas psicológicos, sociales y espirituales relacionados con la enfermedad o su tratamiento. También se llama cuidado de alivio, cuidado médico de apoyo y tratamiento de los síntomas;

c) **Unidades funcionales.** Son unidades clínicas conformadas por profesionales de diferentes disciplinas para la atención integral del cáncer, su función es evaluar la situación de salud del paciente y definir su manejo, garantizando la calidad, oportunidad y pertinencia del diagnóstico y el tratamiento. Sus integrantes varían dependiendo del tipo de patología oncológica de que se trate;

d) **Nuevas tecnologías en cáncer.** Se entiende por nuevas tecnologías, la aplicación del conocimiento empírico y científico a una finalidad práctica, para lo cual se requieren nuevos medicamentos, equipos y dispositivos médicos, procedimientos médicos y quirúrgicos, y modelos organizativos y sistemas de apoyo “necesarios para su empleo en la atención a los pacientes”. “Nuevas tecnologías deben considerar también incluir todas las tecnologías que se aplican en la atención a las personas (sanas o enfermas)”, así como las habilidades personales y el conocimiento necesario para su uso.

Artículo 5°. *Control integral del cáncer:* Declárese el cáncer como una enfermedad de interés en salud pública, prioridad nacional en salud para la República de Colombia. El control integral del cáncer de

la población Colombiana, considerará los aspectos contemplados por el Instituto Nacional de Cancerología y avalado por el Ministerio de la Protección Social, que determina acciones de promoción y prevención, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

Parágrafo 1°. Las entidades promotoras de salud de ambos regímenes, y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, deben garantizar el acceso, la oportunidad y la calidad a las acciones contempladas para el control del cáncer adulto y cáncer pediátrico; así, por ningún motivo negarán la participación de la población colombiana, residente en el territorio nacional en actividades o acciones de promoción y prevención, así como tampoco la asistencia necesaria en detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo.

Parágrafo 2°. Los entes territoriales deberán incluir en su plan de desarrollo el cáncer como prioridad, así como una definición clara de los indicadores de cumplimiento de las metas propuestas para el control en cada uno de los territorios.

Parágrafo 3°. El Ministerio de la Protección Social con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología definirá los indicadores para el monitoreo de los resultados de las acciones en el control del cáncer, desarrolladas por las entidades promotoras de salud de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada. Estos indicadores serán incluidos en el Plan Nacional de Salud Pública.

Artículo 6°. *Acciones de promoción y prevención para el control del cáncer.* Las entidades promotoras de salud, los regímenes de exención y especiales y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, deben garantizar acciones de promoción y prevención de los factores de riesgo para cáncer.

Parágrafo 1°. El Ministerio de la Protección Social, con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología, definirá dentro de los 6 meses siguientes a la promulgación de esta ley, los lineamientos técnicos, los contenidos, las estrategias, el alcance y la evaluación de impacto de las acciones de promoción y prevención. Los lineamientos técnicos, los contenidos, las estrategias, el alcance y la evaluación de impacto de las acciones de promoción y prevención, serán actualizados de manera permanente en concordancia con el Plan Nacional de Salud Pública.

Artículo 7°. *Prestación de Servicios Oncológicos.* La prestación de servicios oncológicos en Colombia seguirá de manera obligatoria los parámetros establecidos en las guías de práctica clínica y los protocolos de manejo definidos en la presente ley, que garantizan atención integral oportuna y pertinente.

Parágrafo 1°. El Ministerio de la Protección Social con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y con participación de las sociedades científicas, elaborará y actualizará en un plazo de 12 meses después de entrada en vigencia la presente ley de manera permanente las Guías de Práctica Clínica y los protocolos de manejo, para la promoción y prevención, el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo de neoplasias y enfermedades relacionadas en pacientes pediátricos, adultos y técnicos. Condiciones de acceso, oportunidad y calidad para la atención del paciente con cáncer.

Parágrafo 2°. Las entidades promotoras de salud, los regímenes de exención y especiales y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y priva-

das, deben garantizar la estructuración de Unidades Funcionales para la atención integral del cáncer.

Parágrafo 3°. El Ministerio de la Protección Social con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología definirá en un plazo de 6 meses las Unidades Funcionales de obligatoria estructuración, así como los requisitos mínimos de habilitación. Esto no exime a las entidades promotoras de salud de ambos regímenes ni a los responsables de la población pobre no asegurada de garantizar la atención con oportunidad, calidad e integralidad al resto de las neoplasias y enfermedades relacionadas que no sean incluidas en las Unidades Funcionales obligatorias.

Parágrafo 4°. El Ministerio de la Protección Social con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología, reglamentará, en un plazo máximo de 6 meses, los requisitos esenciales de las Unidades Funcionales de cáncer pediátrico.

Parágrafo 5°. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con Unidades Funcionales de cáncer pediátrico, habilitadas o en proceso de habilitación, contarán con un Comité de Tumores con el propósito de desarrollar una actividad coordinadora, de control y asesoría sobre la enfermedad.

Artículo 8°. *Cuidado paliativo*. Las entidades promotoras de salud, los regímenes de exención y especiales y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, las demás entidades de aseguramiento las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, deberán garantizar el acceso de los pacientes oncológicos a programas de cuidado paliativo.

Parágrafo 1°. El Ministerio de la Protección Social con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología, definirá, basado en modelos y modalidades de atención que permitan disminuir las barreras de acceso, los estándares de calidad para la prestación de servicios de cuidado paliativo.

Parágrafo 2°. El Ministerio de la Protección Social a través del Fondo Nacional de Estupefacientes, garantizará la distribución, la disponibilidad, la suficiencia y la oportunidad para el acceso a los medicamentos opioides de control especial para el manejo del dolor.

Artículo 9°. *Rehabilitación integral*. Las entidades promotoras de salud de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, deberán garantizar el acceso de los pacientes oncológicos a programas de apoyo de rehabilitación integral que incluyan rehabilitación física en todos sus componentes, psicológica y social (incluyendo prótesis).

Artículo 10. *Red Nacional de Cáncer*. El Ministerio de la Protección Social definirá los mecanismos y la organización de la Red Nacional de Cáncer y podrá concurrir en su financiación. Esta red será coordinada por el Instituto Nacional de Cancerología.

Parágrafo 1°. La Red tendrá como objeto la gestión del sistema integral de información en cáncer, la gestión del conocimiento, la gestión de la calidad de la información, la gestión del desarrollo tecnológico y la vigilancia epidemiológica del cáncer. Lo anterior sin perjuicio de que le sean asignadas funciones en la coordinación de la Red de Prestación de Servicios Oncológicos.

Artículo 11. *Red de prestación de servicios oncológicos*. Las entidades promotoras de salud de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, deberán responder por la organización y gestión integral de la Red de Prestación de Servicios Oncológicos, de acuerdo con los parámetros establecido por el Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo 1°. El Ministerio de la Protección Social definirá las condiciones y la organización de la Red de Prestación de Servicios Oncológicos, optimizando los avances tecnológicos para el diagnóstico y

el tratamiento y determinará los lineamientos para el monitoreo y la evaluación de la prestación de servicios oncológicos.

Artículo 12. *Servicio de Apoyo Social*. A partir de la vigencia de la presente ley, los beneficiarios de la misma, tendrán derecho, cuando así lo exija el tratamiento o los exámenes de diagnóstico, a contar con los servicios de un Hogar de Paso, pago del costo de desplazamiento, apoyo psicosocial y escolar, de acuerdo con sus necesidades, certificadas por el Trabajador Social o responsable del Centro de Atención a cargo del paciente.

Parágrafo 1°. En un plazo máximo de dos años, el Gobierno nacional reglamentará lo relacionado con el procedimiento y costo de los servicios de apoyo, teniendo en cuenta que estos serán gratuitos para el menor y por lo menos un familiar o acudiente, quien será su acompañante, durante la práctica de los exámenes de apoyo diagnóstico, su tratamiento, o trámites administrativos, así como la fuente para sufragar los mismos.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Educación, en el mismo término, reglamentará lo relativo al apoyo académico especial para las aulas hospitalarias públicas o privadas que recibirán los niños con cáncer, para que sus ausencias por motivo de tratamiento y consecuencias de la enfermedad, no afecten de manera significativa, su rendimiento académico, así como lo necesario para que el Colegio ayude al manejo emocional de esta enfermedad por parte del menor y sus familias.

Artículo 13. *Sistemas de Información*. Se establecerán los Registro Nacionales de Cáncer adulto y pediátrico, basado en registros poblacionales y registros institucionales. Estos harán parte del Sistema de Vigilancia en Salud Pública. La dirección y coordinación técnica del registro estará a cargo del Instituto Nacional de Cancerología.

Parágrafo 1°. Cualquiera sea su naturaleza jurídica, estarán obligados a suministrar la información a los registros:

- a) Los laboratorios de histopatología;
- b) Las instituciones habilitadas para la prestación de servicios oncológicos;
- c) Los centros de radiodiagnóstico;
- d) Las entidades de Prestación de servicios creadas por las autoridades indígenas, en el marco de lo establecido por la Ley 691 de 2001;
- e) Otras unidades notificadoras definidas por el Ministerio de la Protección Social;
- f) Medicina Legal.

Parágrafo 2°. Para efectos de obtener la información pertinente, los registros consultarán, respetando el principio de confidencialidad de la información estadística, la información de mortalidad por cáncer del Sistema Nacional de Estadísticas Vitales que incluya los datos de identificación. Para tal efecto el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), suministrará la información.

Parágrafo 3°. El Instituto Nacional de Cancerología tendrá la obligación de presentar los análisis producto de los registros. La información generada por los registros nacionales de Cáncer adulto y pediátrico será de uso público y estarán disponibles en la página web de la institución.

Parágrafo 4°. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Ministerio de la Protección Social destinarán los recursos financieros necesarios para la implementación, funcionamiento y mantenimiento de los Registro Nacional de Cáncer adulto y pediátricos.

Artículo 14. *Observatorio epidemiológico del cáncer*. Se establece el Observatorio epidemiológico del Cáncer. Este hará parte del Sistema de Vigilancia en Salud Pública. La dirección estará a cargo del y coordi-

nación técnica del observatorio estará a cargo del Instituto Nacional de Cancerología con participación de las Entidades Territoriales.

El observatorio epidemiológico considerará, entre sus actividades, la realización de manera permanente y con metodología comparable de las encuestas, prevalencia de los factores de riesgo para cáncer.

Los informes del observatorio serán considerados como Insumo principal en la definición de acciones en el Plan Nacional de Salud Pública.

Parágrafo 1°. De la destinación de los recursos que las entidades del Ministerio de la Protección Social para investigación, serán prioritarios los estudios del Observatorio.

Artículo 15. *Investigación en cáncer en Colombia.* Considérese, en el Plan Nacional de Ciencia y Tecnología, al cáncer como tema prioritario de investigación. El Ministerio de la Protección Social, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Colciencias) y el Instituto Nacional de Cancerología con participación de la academia, definirán y actualizarán de manera permanente las líneas de investigación en cáncer para el país.

Artículo 16. *Instrumentos para evaluación e implementación de tecnologías y medicamentos.* El Ministerio de la Protección Social con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología, desarrollará los instrumentos para evaluación e implementación de nuevas tecnologías y medicamentos (medicamentos, equipos y dispositivos médicos, procedimientos médicos y quirúrgicos, y modelos organizativos y sistemas de apoyo, entre otros) en cáncer.

Artículo 17. *Formación de recurso humano en Oncología.* Inclúyase en los currículos de programas académicos de educación formal y de educación para el trabajo del personal de salud y relacionados, planes educativos al control del cáncer con énfasis en prevención y detección temprana teniendo en cuenta los protocolos aprobados.

Artículo 18. *Inspección, vigilancia y control.* Para garantizar en debida forma los derechos de los usuarios, la Superintendencia Nacional de Salud, las Direcciones Territoriales de salud y la defensoría del usuario, serán las encargadas de la inspección, vigilancia y control en el acceso y la prestación de servicios oncológicos por parte de las entidades promotoras de salud de ambos regímenes, de los responsables de la población pobre no asegurada y de las instituciones habilitadas para la prestación con calidad de los servicios oncológicos y de determinar las sanciones a que correspondan.

Parágrafo 1°. De la vigilancia y control en la entrega de medicamentos a los usuarios y pacientes del SGSSS por parte de los Aseguradores y Entes Territoriales. El Gobierno Nacional contará con un plazo máximo de seis meses a partir de la expedición de la presente ley para establecer las medidas de vigilancia y control, incluyendo los indicadores de seguimiento necesarios para verificar la entrega completa y oportuna de medicamentos formulados a sus afiliados. En caso de investigaciones que lleve a cabo la Superintendencia de Salud o quien este defina relacionadas con el desabastecimiento o entrega interrumpida de medicamentos a personas que requieren entregas permanentes y oportunas, se invertirá la carga de prueba correspondiendo la misma a la entidad demandada, además estos procesos se adelantarán sumariamente con el fin de obtener una decisión la que no podrá sobrepasar en su investigación y decisión final más de tres meses.

Parágrafo 2°. Quedan expresamente prohibidos todos aquellos premios o incentivos a los profesionales de la Salud que con la finalidad de reducir los gastos pongan en riesgo la salud y el derecho de los afiliados a un servicio de buena calidad. El Gobierno Nacional, en un término no mayor de seis meses reglamentará los parámetros y mecanismos de control que sean necesarios para su cumplimiento.

Artículo 19. *Sanciones.* El incumplimiento de lo estipulado en la presente ley acarreará sanciones desde multas hasta la cancelación de licencias de funcionamiento.

Sin perjuicio a las acciones civiles y penales que se deriven, generará sanción equivalente a multa, la primera vez, por doscientos salarios mínimos mensuales legales vigentes y, la reincidencia, multa equivalente a un mil salarios mínimos legales mensuales vigentes. Las investigaciones, multas y sanciones aquí previstas estarán a cargo de la Superintendencia de Salud o quien haga sus veces, la que podrá delegar en las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud. El no pago de las multas será exigible por cobro coactivo, constituyéndose la resolución sancionatoria, debidamente ejecutoriada, en título ejecutivo. Los dineros producto de multas irán con destino al Fondo de Solidaridad y Garantía-Subcuenta de Alto Costo

Artículo 20. *Financiación.* A partir de la vigencia de la presente ley, esta se financiará con los recursos que se incorporarán en la Subcuenta de Alto Costo componente específico Cáncer, y harán parte del sistema de financiamiento del SGSSS que integran los recursos parafiscales provenientes de las cotizaciones a la seguridad social en salud con los recursos fiscales del orden nacional y territorial, con base en un criterio de cofinanciación y de equidad, con el propósito de generar solidaridad plena.

Entre otros recursos, se financiará la Subcuenta de Alto Costo del SGSSS con las siguientes fuentes:

- a) Los excedentes de la cuenta ECAT;
- b) Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a las acciones colectivas de salud pública, definidos en la Ley 715 de 2001;
- c) Los recursos provenientes del 1% de las remesas de utilidades de empresas petroleras en fase de explotación de hidrocarburos;
- d) Los recursos provenientes de 2% de las utilidades del sector financiero que opera en el país;
- e) Los recursos provenientes del impuesto a la compra de armas, correspondiente al 10% de un salario mínimo mensual, y a las municiones y explosivos, que se cobrará como un impuesto ad valorem con una tasa del 5%, exceptuando las armas, municiones y explosivos de las fuerzas armadas, de policía y las entidades de seguridad del Estado;
- f) Los recursos provenientes del plan de acción y recuperación de dineros perdidos por concepto de evasión y elusión y evaluados de acuerdo con el Plan de desempeño conjunto con el Fosyga, DIAN y Ministerios de Hacienda y Protección Social que deberá estar definido a 31 de diciembre de 2008 y será estructurado con un cronograma de ejecución a 4 años.

Parágrafo 1°. Coeficiente de UPC. Para equilibrar las desviaciones que puedan existir entre las diferentes EPS respecto del número observado de pacientes con Cáncer, se calculará un coeficiente por EPS, que determinará los recursos que se deben reconocer o descontar a cada EPS durante el proceso de compensación, por contar con una mayor o menor frecuencia de casos de Cáncer. Este coeficiente resulta de dividir el total del Valor de la Compensación Hipotética ajustada en función del número de casos de Cáncer de la EPS, entre el total del valor de la Compensación Observada de la EPS, no ajustada, en el periodo de estudio. Para este fin se utilizará la fórmula de cálculo definida para el ajuste de la UPC para la IRC y las modificaciones que requiera para este fin. El encargo fiduciario del Fosyga aplicará en el proceso de compensación de cada EPS el Coeficiente definido anualmente por el CNSSS que reconoce el mayor o menor valor a descontar o reconocer en el proceso de compensación de cada EPS por la ocurrencia del mayor o menor número

ro de casos de Cáncer, al multiplicar la compensación calculada a partir de las UPC de los grupos de edad aprobadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, por el Coeficiente. Para la aplicación del coeficiente se hará a partir de la compensación correspondiente a los dos (2) meses siguientes a la sanción de esta ley.

Parágrafo 2°. La subcuenta de compensación del Fosyga deberá mantener un equilibrio anual (suma cero) entre los valores negativos y positivos que resulten de la aplicación de la fórmula establecida con los parámetros descritos en el artículo 3° del presente Acuerdo. El techo anual de la compensación con el Coeficiente CIRC_i para cada EPS, no podrá superar o ser inferior al resultado de la diferencia de la compensación con el Coeficiente CIRC con relación a la Compensación Observada, obtenida en el periodo de estudio, julio 1° del año n-2, a junio 30 del año n-I.

Parágrafo 3°. El Coeficiente definido en el presente Acuerdo no se aplicará para las Entidades Adaptadas al SGSSS, regímenes de exención y regímenes especiales.

Parágrafo 4° El Ministerio de Protección Social y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud o quien haga sus veces, destinarán como contingencia para el financiamiento y ejecución del Plan de Acción contra el cáncer definido en la presente ley, para ello, se destinará el 20 %, correspondiente a la distribución equitativa según carga de la enfermedad de cada una de las patologías definidas como catastróficas o de alto costo, de la Subcuenta de Alto Costo definida en el Decreto 2699. Los recursos definidos en la presente ley serán administrados por una fiducia independiente que podrá ser constituida por las EPS tanto contributivas como subsidiadas que operan en el país. Estos recursos deberán garantizar que se supera el riesgo de iliquidez y quiebra de Empresas Promotoras de Salud por no tomar decisiones frente al comportamiento y la tendencia comprobadas del alto costo en el Sistema.

Artículo 21. *Día de Lucha contra el cáncer.* Establézcase el día 4 de febrero como el día Nacional de lucha contra el cáncer en Colombia.

El Gobierno Nacional hará público ese día, el plan Nacional contra el cáncer, basados en los postulados de la presente ley y en el Plan Nacional de salud pública.

Artículo 22. *Vigencia.* Esta ley entrará en vigencia a partir de su promulgación en el diario oficial y su reglamentación se dará en los 6 meses siguientes a la promulgación.

Atentamente,

Eduardo Benítez Maldonado, Jorge Morales Gil, ponentes.

COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE
DE LA HONORABLE CAMARA DE REPRESENTANTES

Bogotá, D. C., 27 de mayo de 2008.

Se autoriza la publicación en la *Gaceta del Congreso*, del texto definitivo del Proyecto de ley número 090 de 2007 Cámara acumulado con el 142 de 2007 Cámara *por la cual se establecen las acciones para la Atención Integral del Cáncer en Colombia.* Con sus (22) veintidós artículos.

El Presidente,

Jorge Enrique Rozo Rodríguez.

El Vicepresidente,

Jaime Armando Yepes Martínez.

El Secretario Comisión Séptima,

Rigo Armando Rosero Alvear.

**INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE
AL PROYECTO DE LEY NUMERO 211 DE 2007 CAMARA,
03 DE 2006 SENADO**

por la cual se modifica la Ley 82 de 1993, Ley Mujer Cabeza de Familia y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C., 22 de mayo de 2008

Doctor

RIGO ARMANDO ROSERO ALVEAR

Secretario Comisión Séptima

Cámara de Representantes

E. S. D.

Respetado doctor:

Referencia: ponencia para segundo debate al **Proyecto de ley número 211 de 2007 Cámara, 03 de 2006 Senado**, *por la cual se modifica la Ley 82 de 1993, Ley Mujer Cabeza de Familia y se dictan otras disposiciones.*

De acuerdo con la designación efectuada por esta Comisión, para preparar ponencia para segundo debate al Proyecto de ley número **211 de 2007 Cámara—03 de 2006 Senado**, *por la cual se modifica la Ley 82 de 1993, Ley Mujer Cabeza de Familia y se dictan otras disposiciones.*

Me permito rendir ponencia.

Atentamente,

Jorge Enrique Rozo Rodríguez,

Ponente.

**INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE
AL PROYECTO DE LEY NUMERO 211 DE 2007 CAMARA,
03 DE 2006 SENADO**

por la cual se modifica la Ley 82 de 1993, Ley Mujer Cabeza de Familia y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C., 22 de mayo de 2008

Doctor

RIGO ARMANDO ROSERO ALVEAR

Secretario Comisión Séptima

Cámara de Representantes

Respetado doctor:

En cumplimiento con lo dispuesto por la Mesa Directiva de la honorable Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, me permito rendir ponencia para segundo debate al Proyecto de ley número **211 de 2007 Cámara, 03 de 2006 Senado**, *por la cual se modifica la Ley 82 de 1993, Ley Mujer Cabeza de Familia y se dictan otras disposiciones.* Previas las siguientes consideraciones:

Objeto del proyecto

El proyecto objeto de análisis, busca fortalecer los derechos económicos, sociales y culturales para las mujeres cabeza de familia, reconociendo el surgimiento de la jefatura femenina como factor de orientación social a fin de sustraerla del marco de la feminización de la pobreza y transformarla en procesos productivos y competitivos que le generen trabajo, empleabilidad y acceso a líneas de crédito especiales entre otros, que las beneficien.

Origen del proyecto

El Proyecto de ley número 211 de 2007 Cámara—03 de 2006 Senado, fue presentado por la honorable Senadora Claudia Yadira Rodríguez de Castellanos y el Representante a la Cámara Luis Felipe Barrios.

Fue aprobado en la Plenaria de Senado de la República el día 10 de diciembre de 2007, haciendo tránsito a los debates correspondientes en la Cámara de Representantes.

Del contenido del proyecto

El Proyecto de ley número 211 de 2007 Cámara-03 de 2006 Senado, contiene diecisiete artículos.

Artículo 1°. Definiciones.

Artículo 2°. Especial Protección.

Artículo 3°. Apoyo en Materia Educativa.

Artículo 4°. Fondo Especial.

Artículo 5°. Tratamiento Preferencial para el acceso al servicio educativo y gestión de cooperación internacional.

Artículo 6°. Fomento para el desarrollo empresarial.

Artículo 7°. Incentivos.

Artículo 8°. Apoyo a las organizaciones sociales de mujeres para el acceso a vivienda.

Artículo 9°. Inspección, Vigilancia y Control.

Artículo 10. Información y capacitación para garantizar el acceso al subsidio familiar de vivienda.

Artículo 11. Flexibilización y apoyo crediticio.

Artículo 12. Desarrollo del principio de igualdad.

Artículo 13. Garantías para el desarrollo sostenible.

Artículo 14. Capacitación a funcionarios.

Artículo 15. Atención preferente a las mujeres en situación de desplazamiento interno forzado.

Artículo 16. Reglamentación.

Artículo 17. Vigencia y Derogatorias.

MARCO CONCEPTUAL Y DESARROLLO DEL TEMA

Fundamento constitucional y legal

Constitución Política de Colombia

Artículo 43: “La mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades. La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación. Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de este subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada.

El Estado apoyará de manera especial a la mujer cabeza de familia”.

Artículo 2°. “Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo...”.

Artículo 5°. “El Estado reconoce, sin discriminación alguna, la primacía de los derechos inalienables de la persona y ampara a la familia como institución básica de la sociedad”.

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

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

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

En materia de legislación internacional, el proyecto de ley bajo estudio encuentra total fundamento, por tener como objetivo principal erradicar toda forma de violencia y discriminación en contra de las mujeres.

1. Declaración Universal de los Derechos Humanos, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de Diciembre de 1948, en sus artículos pertinentes.

2. Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, en sus partes concordantes.

3. Pacto de los Derechos Civiles y políticos, ratificado por la Ley 74 de 1968.

4. Convención Americana de Derechos Humanos Pacto de San José, ratificado por la Ley 16 de 1976.

5. Convención para erradicar todas las formas de discriminación contra la mujer, ratificado por la Ley 248 de 1995.

Comentarios generales

En Colombia se han tratado de expedir disposiciones que regulen una política para la Mujer Cabeza de familia pero en ninguna se había contemplado la jefatura de hogar, por lo cual es importante resaltar tan importante aporte del proyecto de ley objeto de estudio.

La Corte ha sostenido que las medidas concretas de apoyo a la mujer cabeza de familia establecidas en la Ley 82 de 1993 son de diversa índole, debiendo el Estado en consecuencia, buscar mecanismos eficaces para dar protección especial a la mujer cabeza de familia. En el mismo sentido, enfatiza la necesidad de que esta ley brinde apoyo definitivo por razones de género, a la mujer cabeza única del grupo familiar.

La inclusión femenina se ha dado dentro del marco de los Derechos Humanos, principalmente en el ámbito de los derechos políticos y civiles, entendidos como aquellos que implican para el Estado una obligación de hacer, pero se han tocado tímidamente los derechos económicos, sociales y culturales, aquellos entendidos como el conjunto de facultades que tienen por objeto establecer condiciones de vida dignas para el ser humano. Son parte inalienable de los Derechos Humanos y por tanto constituyen un todo indivisible e independiente”, se observan como derechos que no conllevan implícita una obligación por parte del Estado de hacer, ya que dependen de los recursos que puedan ser destinados para tal fin y la condición de su existencia es que penden de un “modelo de desarrollo sustentable”.

El porcentaje de mujeres que tienen como responsabilidad el sostenimiento económico del hogar, convirtiéndolas en la única opción de supervivencia para una gran proporción de hogares en Colombia, según las cifras suministradas por el DANE, para el año 2004 el total de mujeres cabeza de hogar ascendía a 3.145.738 de las cuales, 19.272 mujeres eran menores de 18 años, 193.979 mujeres se encontraban en la franja etaria de los 18 a los 26 años y, 2.932.487 mujeres mayores de 27 años de edad.

El acceso a trabajo para las mujeres no se incrementó durante el año 2004, permaneció en 37.7% respecto de un 55.03% de acceso al trabajo para los hombres (la tasa específica de participación fue: para mujeres menores de 18 años 5.15%, mujeres de 18 a 26 años 58% y mujeres mayores de 27 54.53%) en relación con el año 2000, durante el cual el acceso al trabajo para las mujeres fue de un 37.6% en relación a los hombres cuyo acceso al trabajo en un 55.41%.

La tasa de desempleo en el año 2004 fue para las mujeres del 16.89% y para los hombres del 9.89%, arrojando un total del 12.85% total de

desempleados, en tanto que para el año 2000 las mujeres desempleadas ascendían al 23.01% respecto a un 12.09% de hombres desempleados de un gran total de 16.65% de desempleados en el país”.

La Corte Constitucional mediante la Sentencia número C-410 de 1994, presentó un panorama de la situación de las mujeres cabeza de familia en los siguientes términos: “...En 1992, las mujeres ocupaban el 7% de los cargos de decisión en la Rama Ejecutiva y el 4% de la judicial, es de anotar que el panorama sucintamente descrito ofrece particulares incidentes cuando se trata de hogares con jefatura femenina; la violencia crónica productora de un elevado número de viudas, el divorcio, el abandono, la emigración y el denominado, madre-solterismo, incrementan el porcentaje de mujeres cabeza de familia (25%), fenómeno que en una importante proporción se presenta en los sectores pobres... Tampoco puede olvidarse que dentro de los grupos discriminados existen subgrupos sometidos a un grado más alto de presión como consecuencia del estado civil o de la situación familiar...Las mujeres casadas, normalmente soportan mayores dificultades para su acceso y permanencia en el trabajo y de ordinario lo abandonan más temprano... Sin embargo, en muchos países se registra un aumento de su participación en la población activa, independientemente de que tengan o no hijos... Ahora, bien, la creciente vinculación de la mujer a la fuerza productiva no ha sido suficiente para relevarla del cumplimiento de las labores domésticas que tradicionalmente se han confiado a su exclusiva responsabilidad; esas tareas no retribuidas, no reconocidas y ejecutadas sin la ayuda de nadie, preceden a la existencia del mercado económico regular y continúan hoy en día al margen del mismo; de ahí que las heterogéneas y complejas labores del ama de casa ligadas a la función reproductiva y alimentadora y que abarcan desde la crianza y educación de los hijos hasta la producción y transformación de alimentos, pasando por la provisión de servicios, el aseo y el cuidado de enfermos o impedidos, además de no retribuidas sean desconocidas como trabajo exclusivamente el empleo remunerado que desarrollan fuera del hogar... Como invisible, difuso o trivial, el trabajo doméstico que suele coincidir con el periodo reproductivo de la mujer; la Defensoría informa que el 75% de las mujeres trabajadoras tienen edades entre 20 y 49 años, época en la cual se concentra gran parte de su periodo reproductivo que puede verse afectado por las condiciones de trabajo, es el tiempo de mayor responsabilidad familiar, donde la mujer asume también el rol de compañera, ama de casa y muchas veces realiza trabajos adicionales para alcanzar un salario que le permita el sustento diario...”.

Actualmente, desde una perspectiva de análisis global, tanto en Europa como en América Latina, se evidencia una fuerte feminización de la pobreza respecto de la creciente población de mujeres cabeza de familia: las pruebas cada vez mayores de pobreza entre las mujeres han estado vinculadas con el aumento del número de hogares donde el cabeza de familia es la mujer, resultado de la migración, la disolución familiar, la mortalidad o la monopaternidad. Una tercera parte de las familias en todo el mundo están ahora presididas por mujeres. Globalmente, el mayor porcentaje de hogares presididos por mujeres se encuentra en Europa y América del Norte (31.2%), donde constituyen el segmento más pobre de sociedades que, por lo demás son prósperas. En un segundo plano muy próximo se encuentra África al sur del Sahara, con el 31%, y los países menos dos como grupo, con el 24%.

Recientes estudios señalan que la salud de las mujeres latinas en USA se halla enmarcada por:

- Una de cada tres vive bajo el nivel de pobreza federal.
- Son cabeza familia en mayor proporción que las mujeres blancas.
- Tienen menos probabilidades de conseguir una citología a una mamografía.

– Una de cada 5 mujeres con VIH en USA es de origen latino.

– El embarazo, el abuso de sustancias tóxicas y la depresión son más prevalentes entre las jovencitas latinas.

El documento Un Recorrido por América Latina, permite analizar con ojo crítico el desenvolvimiento en materia de jefatura femenina, concepto necesario y enlazado, que debe ser abordado como rango de conceptualización en cuanto a medidas de discriminación positiva para las mujeres cabeza de familia se refiere, y de conformidad con el mencionado documento, se muestra textualmente el siguiente panorama:

Argentina

A nivel nacional las políticas sociales están coordinadas esencialmente por el Ministerio de Desarrollo Social. Los programas en vigencia son: Plan jefes y jefas de hogar desocupados: Dependen del Ministerio de Trabajo de la Nación y son administrados por las municipalidades y coordinados por el Consejo Provincial de Economía Social, dentro del Plan Bonaerense de Desarrollo Económico Social.

Brasil

En mayo del año 2002, en virtud de un decreto provisional que se convirtió en la Ley 10.539 en septiembre del mismo año, se creó la Secretaría Especial de Políticas para la Mujer, producto, por un lado, de una nueva gestión de gobierno, y por otro, de la labor que se venía llevando a cabo desde el consejo Nacional de los Derechos de la Mujer. Las políticas públicas para las mujeres responden a la lucha de los movimientos de las mismas y, si bien cada municipio implementa programas acordes a las demandas, los mismos se centran en el combate a la violencia, la participación de las mujeres en el mundo del trabajo bajo condiciones de igualdad, y la participación popular. No existen programas específicos para jefas de hogar pero en algunos municipios se ha hecho mucho hincapié en planes de empleo con guarderías para que las mujeres puedan ingresar al mercado laboral en mejores condiciones.

Chile

En cuanto al programa de jefas de hogar, la participación de las mujeres en el mismo se encuentra limitada por la compatibilidad de los roles reproductivos, productivos y social. Esta doble responsabilidad (doméstica y laboral) condiciona la participación social de las mujeres y reduce sus demandas a objetivos asistenciales que no ayudan a cuestionar las causas profundas de la desigualdad de género. En síntesis, la falta de cuestionamiento a la división sexual del trabajo agravada por las condiciones de pobreza legitiman la doble y triple jornada, impidiendo modificar la situación de vulnerabilidad que afecta a estas mujeres.

Costa Rica

Ante las dificultades que presentaba el estudio de la pobreza femenina y la imposibilidad de contar con datos oficiales sobre las brechas de género del ingreso per cápita, el Gobierno decidió institucionalizar una política pública que atenderá esta problemática. En ese marco se aprobó en abril de 1998 la Ley 7769 de Atención a las Mujeres en Condiciones de Pobreza, de donde se desprende el Programa Creciendo Juntas que tiene por objetivo implementar un proceso de atención integral interinstitucional y con perspectiva de género para el fortalecimiento personal y colectivo de las mujeres apuntando a la capacitación técnica y laboral que las fortalezca para su inserción laboral o productiva. Este programa retoma el Programa de formación integral por mujeres jefas de hogar, creado por el decreto 1995 y que proponía apoyar con incentivos y subsidios económicos el proceso de capacitación de las mujeres jefa de hogar en condición de pobreza. Los logros del programa implementado a partir de la ley han sido importantes, aunque se presentaron algunos problemas: concertación de recursos y ámbitos de acción de las instituciones participantes, falta de regionalización para el programa y ausencia de mecanismo de evacuación.

De lo expuesto se pueden sacar algunas conclusiones importantes, tan solo cinco países tienen planes específicos para Mujeres Jefas de Hogar, a pesar de que toda la región reconoce un aumento considerable de los hogares monoparentales con jefatura femenina. Este hecho responde, obviamente, al paradigma del cual surgen las políticas sociales vigentes.

La inexistencia de políticas es en sí mismos una política, es decir, una decisión del gobierno de no atender esa problemática. Hay quienes hablan de descuido o no intencionalidad al respecto, pero también se podría interpretar, como afirman otros, como una ceguera de género, que no permite ver esa problemática justamente como problema y en consecuencia, no hay razón para incluirla en la agenda pública.

Otros, en cambio, dicen ver el problema pero no acuerdan con la focalización de las políticas sociales, debería implementarse una política social universal sería más apropiada. Como afirman algunos autores, por ejemplo los programas asistenciales y focalizados tendrían que aplicarse sólo como complemento de políticas universales.

Bajo este orden de ideas se considera importante darle relevancia a las áreas temáticas que conducen a una prosperidad y mejoramiento en la calidad de vida para las mujeres cabeza de hogar.

El debate en la Comisión se surtió el día trece de mayo sin haberse presentado proposiciones y fue aprobado por decisión mayoritaria de los honorables Representantes

Conclusión

En virtud de lo expuesto, presento a los honorables Representantes en la Plenaria la siguiente:

Proposición

Por lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a los Representantes en la honorable Plenaria de la honorable Cámara de Representantes, dar segundo debate al Proyecto de ley número 211 de 2007 de Cámara-03 de 2006 Senado, *por la cual se modifica la Ley 82 de 1993, Ley Mujer Cabeza de Familia y se dictan otras disposiciones.*

Jorge Enrique Rozo Rodríguez,
Ponente.

TEXTO APROBADO EN PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 03 DE 2006 SENADO, 211 DE 2007 CAMARA

por la cual se modifica la Ley 82 de 1993, Ley Mujer Cabeza de Familia, y se dictan otras disposiciones. Aprobado en la sesión del día 14 de mayo de 2008 en la Comisión Séptima de la honorable Cámara de Representantes.

El Congreso de Colombia

LEGISLA:

Artículo 1°. El artículo 2° de la Ley 82 de 1993 quedará así:

Artículo 2°. Jefatura femenina de hogar. Para los efectos de la presente ley, la Jefatura Femenina de Hogar, es una categoría social de los hogares, derivada de los cambios socio-demográficos, económicos, culturales y de las relaciones de género que se han producido en la estructura familiar, en las subjetividades, representaciones e identidades de las mujeres que redefinen su posición y condición en los procesos de reproducción y producción social, que es objeto de políticas públicas en las que participan instituciones estatales, privadas y sectores de la sociedad civil.

En concordancia con lo anterior, es Mujer Cabeza de Familia quien siendo soltera o casada, ejerce la jefatura femenina de hogar y tiene bajo su cargo, afectiva, económica o socialmente, en forma permanente, hijos menores propios u otras personas incapaces o incapacitadas para trabajar, ya sea por ausencia permanente o incapacidad física, sensorial,

síquica o moral del cónyuge o compañero permanente o deficiencia sustancial de ayuda de los demás miembros del núcleo familiar.

Parágrafo. La condición de Mujer Cabeza de Familia y la cesación de la misma, desde el momento en que ocurra el respectivo evento, deberá ser declarada ante notario por cada una de ellas, expresando las circunstancias básicas del respectivo caso y sin que por este concepto se causen emolumentos notariales a su cargo.

Artículo 2°. El artículo 3° de la Ley 82 de 1993 quedará así:

Artículo 3°. Especial protección. El Gobierno Nacional establecerá mecanismos eficaces para dar protección especial a la mujer cabeza de familia, promoviendo el fortalecimiento de sus derechos económicos, sociales y culturales, procurando establecer condiciones de vida dignas, promoviendo la equidad y la participación social con el propósito de ampliar la cobertura de atención en salud y salud sexual y reproductiva; el acceso a servicios de bienestar, de vivienda, de acceso a la educación básica, media y superior incrementando su cobertura, calidad y pertinencia; de acceso a la ciencia y la tecnología, a líneas especiales de crédito y a trabajos dignos y estables.

Artículo 3°. El artículo 5° de la Ley 82 de 1993 quedará así:

Artículo 5°. Apoyo en materia educativa. Los establecimientos educativos dispondrán de textos escolares para prestarlos a los menores que los requieran y de manera especial a los dependientes de mujeres cabeza de familia, sin menguar el derecho a la igualdad que tiene los demás. niños, permitiendo el servicio de intercambio entre bibliotecas a fin de garantizar el cumplimiento de esta obligación. La divulgación y el apoyo territorial a estos programas y propuestas educativas será prioridad del Ministerio de Educación.

Para apoyar las bibliotecas de los establecimientos que así lo hicieren, y más a aquellas que suministren o donen los textos a los beneficiarios de este artículo, el Gobierno Nacional podrá crear un Fondo Especial, en la forma establecida en el artículo 4° de esta ley.

Parágrafo. El Ministerio de Educación desarrollará gestiones encaminadas a promover la suscripción de convenios que faciliten la donación de material educativo para los hijos de las mujeres cabeza de familia. Para este efecto coordinará acciones con el Departamento Nacional de Planeación, para el fortalecimiento del programa de gestión de proyectos.

Artículo 4°. *Fondo especial.* El Gobierno Nacional podrá crear un Fondo Especial adscrito al Ministerio de la Protección Social, sin personería jurídica, el cual deberá orientarse al apoyo de planes, programas y proyectos de actividades, que permitan la incorporación a la política económica y social del país y a la consolidación de las organizaciones sociales de las mujeres cabeza de familia que se encuentran en situación de pobreza manifiesta o que bajo determinadas circunstancias haya tenido que asumir la carga socioeconómica del grupo familiar.

Los recursos del Fondo estarán constituidos por:

1. Recursos del Presupuesto Nacional.
2. Empréstitos externos que con el aval de la Nación gestione el Ministerio de la Protección Social.
3. Aportes que realicen las entidades nacionales o internacionales.
4. Donaciones de particulares, organizaciones no gubernamentales, entidades y/o gobiernos extranjeros.
5. Bienes muebles e inmuebles y recursos sobre los cuales se declare la extinción de dominio que hayan ingresado al Fondo para la Rehabilitación, la Inversión Social y la lucha contra el crimen organizado, que sean asignados por el Consejo Nacional de Estupefacientes, de conformidad con los reglamentos, para financiar programas y proyectos de los contemplados en el artículo 26 de la Ley 333 de 1996.

Parágrafo. De los bienes muebles e inmuebles y recursos que se hayan incautado o que tengan vigente una medida cautelar, sobre los cuales se pretenda decretar la extinción de dominio, la Dirección Nacional de Estupefacientes podrá asignar provisionalmente parte de ellos a este fondo.

Artículo 5°. El artículo 7° de la Ley 82 de 1993 quedará así:

“Artículo 7°. Tratamiento preferencial para el acceso al servicio educativo y gestión de cooperación internacional. Los establecimientos públicos de educación básica, media y superior atenderán de preferencia las solicitudes de ingreso de hijos o dependientes de mujeres cabeza de familia, siempre que cumplan con los requisitos y que los resultados de sus exámenes de admisión y demás pruebas, sean por lo menos iguales a los de los demás aspirantes.

El Ministerio de Educación Nacional promoverá la formulación y presentación de proyectos que puedan ser objeto de cooperación internacional, dirigidos a crear, desarrollar y ejecutar procesos educativos encaminados especialmente a fortalecer la educación inicial y preescolar de los hijos o menores dependientes de las mujeres cabeza de familia.

Artículo 6°. El artículo 8° de la Ley 82 de 1993 quedará así:

“Artículo 8°. Fomento para el desarrollo empresarial. El Gobierno Nacional ofrecerá planes y programas de capacitación gratuita y desarrollo de microempresas industriales, comerciales y artesanales; empresas familiares, empresas de economía solidaria y proyectos emprendedores, con los cuales la mujer cabeza de familia pueda realizar una actividad económicamente rentable.

Para tal efecto, la Dirección Nacional de Planeación (DNP), el Servicio Nacional de Aprendizaje, Sena, el Departamento Administrativo Nacional de la Economía Solidaria, Dansocial, o quien haga sus veces, y las Secretarías de Planeación departamentales, distritales y municipales, y los demás organismos de naturaleza similar existentes o que llegaren a crearse diseñarán y ejecutarán planes y programas dirigidos especialmente a la mujer cabeza de familia, para lograr la calificación de su desempeño básico y por competencias. Tales entidades deberán:

a) Generar estadísticas con perspectiva de género a través de los organismos competentes, que permitan construir y formular planes, programas, proyectos y políticas públicas adecuadas a las necesidades de las mujeres cabeza de familia;

b) Generar programas gratuitos de capacitación, flexibles en su duración y adaptados a la disponibilidad de tiempo de las mujeres cabeza de familia;

c) Crear redes regionales emprendedoras y productivas que vinculen a las mujeres cabeza de familia en actividades económicas sostenibles y rentables.

El Gobierno Nacional determinará cuales son las entidades que ejercerán la inspección, vigilancia y control en el cumplimiento y ejecuciones de los planes, programas y políticas públicas dirigidas a la mujer cabeza de familia.

Parágrafo. El Ministerio de la Protección Social fijará los parámetros que permitan la evaluación de estas acciones gubernamentales, a través de indicadores de gestión y resultados.

Artículo 7°. El artículo 10 de la Ley 82 de 1993 quedará así:

Artículo 10. Incentivos. El Gobierno Nacional establecerá incentivos especiales para el sector privado que cree, promocióne o desarrolle programas especiales de salud, educación, vivienda, seguridad social, crédito y empleo para las mujeres cabeza de familia.

Artículo 8°. El artículo 12 de la Ley 82 de 1993 quedará así:

“Artículo 12. Apoyo a las organizaciones sociales de mujeres para el acceso a vivienda. El Ministerio del Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial promoverá la formación de organizaciones sociales y comunitarias de mujeres que les faciliten el acceso a la vivienda de interés social, orientándolas en los procesos de calificación para la asignación de subsidios en dinero o especie y ofrecerá asesoría para la adquisición de vivienda a través de los diversos programas de crédito, otorgamiento de subsidio, mejoramiento y saneamiento básico, construcción en sitio propio y autoconstrucción.

Esta política se aplicará también a través de las entidades territoriales y de las instituciones que efectúen labores para el trámite de subsidios familiares de vivienda de interés social, que en alguna forma reciban recursos para vivienda del Presupuesto General de la Nación o del Fondo Nacional de Vivienda. Para el efecto llevarán de manera preferente, el registro de mujeres cabeza de familia con el fin de ofrecerles capacitación respecto de los programas para ellas, en igualdad de condiciones con todos los inscritos como aspirantes a subsidio para vivienda de interés social proveniente de la fuente de recursos antes anotada.

Las entidades territoriales cuyos planes de vivienda reciban recursos del presupuesto nacional, facilitarán el lleno de los requisitos para la contratación administrativa de prestación de servicios o de ejecución de obras, a asociaciones u organizaciones populares de vivienda o las que se constituyan dentro del sector de la economía solidaria, que estén integradas mayoritariamente por mujeres cabeza de familia. Es condición para este tratamiento que las utilidades o excedentes que se obtengan se destinen a la adquisición o mejoramiento de la vivienda de las mujeres asociadas, que sean cabeza de familia.

Artículo 9°. El artículo 13 de la Ley 82 de 1993 quedará así:

Artículo 13. Inspección, vigilancia y control. La inspección, vigilancia y control de las políticas y programas de las entidades e instituciones a que se refiere el artículo anterior corresponderá al Fondo Nacional de Vivienda o quien haga sus veces. El Gobierno Nacional reglamentará la materia.

Artículo 10. El artículo 14 de la Ley 82 de 1993 quedará así:

Artículo 14. Información y capacitación para garantizar el acceso al subsidio familiar de vivienda. El Gobierno Nacional facilitará los mecanismos de información y capacitación de las Mujeres Cabeza de Familia que no tengan la posibilidad de asociarse u organizarse, para garantizar su acceso como postulantes al Subsidio Familiar de Vivienda de Interés Social, en sus diversas modalidades.

Artículo 11. El artículo 15 de la Ley 82 de 1993 quedará así:

“Artículo 15. Flexibilización y apoyo crediticio. Las entidades oficiales de crédito y aquellas en las que el Estado tenga alguna participación o manejen recursos propios del Presupuesto General de la Nación, organizarán programas especiales de crédito, flexibilizando la exigencia de requisitos, instrumentos y garantías para el otorgamiento de créditos, brindando acompañamiento y capacitación permanente e integral, bajo un enfoque de género, previa a la adjudicación del crédito y vigilando las empresas que desarrollen programas que tengan por objeto apoyar a la mujer cabeza de familia.

Artículo 12. El artículo 17 de la Ley 82 de 1993 quedará así:

“Artículo 17. Desarrollo del principio de igualdad. En aplicación del principio de igualdad de oportunidades a favor de las mujeres cabeza de familia, las entidades públicas nacionales y territoriales a las cuales corresponda por aplicación de normas vigentes al efecto, que ofrezcan programas de desarrollo social, deberán fijar en la formulación y ejecución de los mismos, un porcentaje en los presupuestos para proyectos destinados a las mujeres cabeza de familia que contemplen

capacitación técnica de acuerdo con la oferta y la demanda, de apoyo a cadenas productivas y a procesos organizacionales, como componente solidario en la ejecución de proyectos sociales de desarrollo que les permitan generar recursos y empleo digno y estable. El Gobierno Nacional reglamentará la materia.

Artículo 13. El artículo 20 de la Ley 82 de 1993 quedará así:

“**Artículo 20. Garantías para el desarrollo sostenible.** Para garantizar el desarrollo sostenible de los proyectos sociales que se promueven por la presente ley a favor de las Mujeres Cabeza de Familia, se disponen las siguientes acciones:

a) El Departamento Administrativo Nacional de la Economía Solidaria, Dansocial, o quien haga sus veces, dirigirá, coordinará, promoverá, planeará, protegerá, fortalecerá y desarrollará proyectos de enfoque empresarial dirigidos a las mujeres cabeza de familia, mediante la ejecución de recursos provenientes del presupuesto nacional, de los particulares u originados en el extranjero, para promover la constitución de organizaciones de economía solidaria sin que esto avale las cooperativas de trabajo asociado que tercerizan las relaciones laborales;

b) El Gobierno Nacional garantizará el acceso a los programas crediticios y de asistencia técnica oportuna y permanente para las microempresas, famiempresas y similares que hayan sido organizadas por mujeres cabeza de familia, en relación con el abastecimiento de materias primas, adiestramiento en las áreas de producción, comercialización y distribución de los productos y venta de servicios.

Artículo 14. El artículo 22 de la Ley 82 de 1993 quedará así:

“**Artículo 22. Capacitación a funcionarios.** Es deber del Estado capacitar a funcionarios públicos y líderes comunitarios en la defensa de los Derechos Humanos, especialmente los derechos económicos, sociales y culturales de las mujeres cabeza de familia.

Parágrafo. Los funcionarios que incumplan o entorpezcan el cumplimiento de la presente ley quedarán incurso en causal de mala conducta, que se sancionará de acuerdo con las normas especiales sobre la materia”.

Artículo 15. *Atención preferente a las mujeres en situación de desplazamiento interno forzado.* El Gobierno Nacional, los departamentos, los distritos y los municipios darán un tratamiento preferente a las Mujeres Cabeza de Familia en situación de desplazamiento forzado, en la atención de sus necesidades específicas, tanto personales, de su grupo familiar, como de la organización social y/o comunitaria a la que pertenezca, para garantizar su acceso a la oferta estatal sin mayores requisitos que la demostración fáctica de su situación de extrema pobreza generada por el desplazamiento.

Artículo 16. *Reglamentación.* El Gobierno Nacional en un término de seis (6) meses reglamentará la presente ley.

Artículo 17. *Vigencia y derogatorias.* La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga las normas que le sean contrarias.

Jorge Enrique Rozo Rodríguez,

Ponente.

COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE
CAMARA DE REPRESENTANTES

Bogotá, D. C., a los veintisiete (27) días del mes de mayo del año dos mil ocho (2008).

Se autoriza la publicación en la *Gaceta del Congreso*, del texto definitivo del **Proyecto de ley número 03 de 2006 Senado, 211 de 2007**

Cámara, por la cual se modifica la Ley 82 de 1993, Ley Mujer Cabeza de Familia y se dictan otras disposiciones.

Con sus diecisiete (17) artículos.

El Presidente,

Jorge Enrique Rozo Rodríguez

El Vicepresidente,

Jaime Armando Yépez Martínez

El Secretario,

Rigo Armando Rosero Alvear.

COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE
SECRETARIA
SUSTANCIACION

AL PROYECTO DE LEY NUMERO 03 DE 2006 SENADO, 211 DE 2007 CAMARA

por la cual se modifica la Ley 82 de 1993, Ley Mujer Cabeza de Familia, y se dictan otras disposiciones.

En la sesión ordinaria de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la honorable Cámara de Representantes del día 14 de mayo de 2008, de conformidad con las prescripciones constitucionales y legales, especialmente las contenidas en la Ley 5ª de 1992 (Reglamento del Congreso), dio inicio a la discusión del **Proyecto de ley número 03 de 2006 Senado, 211 de 2007 Cámara, por la cual se modifica la Ley 82 de 1993, Ley Mujer Cabeza de Familia, y se dictan otras disposiciones.**

Autora: honorable Senadora *Claudia Rodríguez de Castellanos.*

La Mesa Directiva de esta Comisión designó como Ponente para primer debate del Proyecto de ley número 003 de 2006 Senado, 211 de 2007 Cámara al Representante *Jorge Enrique Rozo Rodríguez.*

El proyecto de ley fue publicado en la *Gaceta del Congreso* número 243 de 2006 Senado y la ponencia para primer debate de Cámara, en la *Gaceta del Congreso* número 167 de 2008.

Una vez leída la proposición con la que termina el informe de ponencia para primer debate firmada por el honorable Representante Jorge Enrique Rozo Rodríguez es aprobado por unanimidad, sin modificaciones al texto aprobado por la Plenaria del Senado de la República el día 10 de diciembre de 2007.

La Mesa Directiva pregunta a los honorables Representantes si quieren que este proyecto de Ley tenga segundo debate y contestan afirmativamente siendo designado como Ponente para segundo debate al honorable Representante Jorge Enrique Rozo Rodríguez.

La Secretaría deja constancia que este proyecto de ley fue votado por la mayoría que la ley establece para el proyecto en mención.

La aprobación del **Proyecto de ley número 03 de 2006 Senado, 211 de 2007 Cámara, por la cual se modifica la Ley 82 de 1993, Ley Mujer Cabeza de Familia, y se dictan otras disposiciones.**

Autora: honorable Senadora *Claudia Rodríguez de Castellanos.*

En primer debate en la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la honorable Cámara de Representantes, se realizó previo su anuncio en la Sesión del día 6 de mayo de 2008, Acta número 2.

Todo lo anterior consta en el Acta número 5 del seis (6) de mayo de dos mil ocho (2008).

El Presidente,

Jorge Enrique Rozo Rodríguez

El Vicepresidente,

Jaime Armando Yépez Martínez

El Secretario,

Rigo Armando Rosero Alvear.

**INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE
AL PROYECTO DE LEY NUMERO 279 DE 2008 CAMARA**

por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la residencia de los adultos mayores y las personas discapacitadas en los establecimientos de estadía.

Bogotá, D. C., 21 de mayo de 2008

Doctor;

RIGO ARMANDO ROSERO ALVEAR

Secretario Comisión Séptima

Cámara de Representantes

E. S. D.

Referencia: Ponencia para segundo debate al **Proyecto de ley número 279 de 2008 Cámara**, por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la residencia de los adultos mayores y las personas discapacitadas en los establecimientos de estadía.

De acuerdo con la designación efectuada por esta Comisión, para preparar ponencia para segundo debate al **Proyecto de ley número 279 de 2008 Cámara**, por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la residencia de los adultos mayores y las personas discapacitadas en los establecimientos de estadía.

Nos permitimos rendir ponencia.

Atentamente,

Jorge Enrique Rozo Rodríguez y Oscar Gómez Agudelo,

Ponentes.

**INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE
AL PROYECTO DE LEY NUMERO 279 DE 2008 CAMARA**

por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la residencia de los adultos mayores y las personas discapacitadas en los establecimientos de estadía.

Bogotá, D. C., 21 de mayo de 2008

Doctor

RIGO ARMANDO ROSERO ALVEAR

Secretario Comisión Séptima

Cámara de Representantes

Respetado Doctor:

En cumplimiento con lo dispuesto por la Mesa Directiva de la honorable Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, nos permitimos rendir ponencia para segundo debate al **Proyecto de ley número 279 de 2008 Cámara**, por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la residencia de los adultos mayores y las personas discapacitadas en los establecimientos de estadía. Previa las siguientes consideraciones:

Objeto del proyecto

El proyecto objeto de análisis, busca establecer un reglamento y un procedimiento que deben agotar los establecimientos de estadía (hogares geriátricos, hogares día, centros de discapacitados y similares), para poder entrar en funcionamiento, tendiente a brindar una vida digna a los adultos mayores y/o discapacitados, estos últimos sin tener en cuenta su edad y tipo de limitación.

Origen del proyecto

El Proyecto de ley número 279 de 2008 Cámara, fue presentado por el Representante Jorge Enrique Rozo Rodríguez ante la Secretaría de la Cámara de Representantes.

Del contenido del proyecto

El Proyecto de ley número 279 de 2008, contiene veinticuatro artículos: divididos en cuatro títulos, el Título I contiene las disposiciones

generales, el Título II se hace referencia expresa al local e instalaciones, el Título III hace relación a la dirección y al personal vinculado en la operación del establecimiento y el Título V se refiere a la vigilancia y control de los mismos.

MARCO CONCEPTUAL Y DESARROLLO DEL TEMA

Fundamento constitucional y legal

Constitución Política de Colombia

Preámbulo. “En ejercicio de su poder soberano, representado por sus delegatarios a la Asamblea Nacional Constituyente, invocando la protección de Dios, y con el fin de fortalecer la unidad de la Nación y asegurar a sus integrantes la vida, la convivencia, el trabajo, la justicia, la igualdad, el conocimiento, la libertad y la paz, dentro de un marco jurídico, democrático y participativo que garantice un orden político, económico y social justo, y comprometido a impulsar la integración de la comunidad latinoamericana...”.

Artículo 1º. Formas y caracteres del Estado. “Colombia es un Estado Social de Derecho...fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia de interés general”.

Artículo 2º. Los fines del Estado. “Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución...”.

Artículo 5º. “El Estado reconoce, sin discriminación alguna, la primacía de los derechos inalienables de la persona...”.

Artículo 11. “El derecho a la vida es inviolable. No habrá pena de muerte”.

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

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

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

Artículo 46. “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...”.

Artículo 47. “El Estado adelantará una política de prevención, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran”.

Artículo 51. “Todos los colombianos tienen derecho a vivienda digna. El Estado fijará las condiciones necesarias para hacer efectivo este derecho...”.

COMENTARIOS GENERALES

En Colombia, el 6.4% de la población tiene algún tipo de discapacidad, lo que equivale a 2.653.976 personas con por lo menos una limitación permanente¹ y 2.617.240, son considerados adultos mayores, lo cual no los excluye de ser colombianos, y por tanto ser beneficiarios de los postulados consagrados en la Constitución Política.

¹ Fuente: Base Consolidada de nuevo SISBEN por DNP, marzo de 2005, Cálculos CGR-DES, Social.

Del 6.4%, el 54.9%, posee una incapacidad leve transitoria, el 21.9% una incapacidad leve definitiva; el 8.5% una moderada transitoria; 3.4% una moderada definitiva, el 2.1%, una severa transitoria; el 9.2% severa definitiva; el 4.9% una leve transitoria y el 4.9% una leve definitiva².

Esta estadística permite mostrar el porcentaje amplio de discapacitados que no pueden ser atendidos en casa, por lo cual, requieren acudir a un centro de albergue, los cuales son insuficientes para la atención de estas personas, incentivando la clandestinidad en condiciones infrahumanas; toda vez que según información suministrada por el Ministerio de la Protección Social, se cuenta con tan solo la siguiente relación de oferta:

- Bogotá con 884.
- Antioquia con 1.217.
- Valle con 586.
- Santander con 444.
- Boyacá con 398.
- Cundinamarca con 615.
- El 34% son Centros de Rehabilitación.
- El 22% escuelas especiales.
- El 17% Unidades de Atención Integral.
- El 12% Organizaciones Comunitarias.
- El 6% Instituciones de Salud.
- El 2% Asociaciones de profesionales.
- El 2% Cooperativas de Padres.

El porcentaje del tipo de institución permite confirmar la ausencia normativa regule la operación, tan solo 23% de las instituciones, son consideradas IPS, por lo cual si deben cumplir con los requisitos de habilitación para su funcionamiento, el porcentaje restante opera de conformidad a como su sentido común les indique y cumpliendo las disposiciones generales para cualquier sitio abierto al público, dejando de lado la condición especial de adulto mayor o discapacitado.

El Concepto de Estado Social de Derecho, introducido en nuestro constitucionalismo en la Carta de 1991, responde a esa necesidad, cada vez más sentida, de incorporar y hacer efectivos, dentro del ordenamiento jurídico político de los Estados, los principios del respeto a la Dignidad humana y a la solidaridad social, cuyo objeto no es otro que el de garantizar y proveer las condiciones mínimas de subsistencia de las personas, máxime si estas se encuencan desvalidas y en condiciones de debilidad manifiesta... Por eso es necesario que el Estado, a través de sus organismos y entidades públicas se obligue a dignificar a sus habitantes...³.

Al Estado le corresponde proteger especialmente a aquellas personas que por su situación económica, física o mental están en inferioridad de condiciones frente al común de los ciudadanos, facilitándoles la atención especializada que requieran con el fin de asegurarles su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos; “la persona conforma un todo integral y completo, que incorpora tanto los aspectos puramente materiales, físicos y biológicos como los de orden espiritual, mental y psíquico. Su vida, para corresponder verdaderamente a la dignidad humana, exige la confluencia de todos esos factores como esenciales en cuanto contribuyen a configurar el conjunto de individuo”. Esta connotación especial reconocida al derecho a la salud, derivada de su vinculación directa con el bienestar del ser humano, adquiere mayor relevancia tratándose de disminuidos físicos y psíquicos, pues frente

a estos, dadas las circunstancias de debilidad manifiesta en que se encuentran, el Estado adquiere un compromiso irrenunciable de servicio que lo obliga a procurar por su rehabilitación e integración social, en mayor medida, cuando la familia no se encuentra en condiciones de hacerlo⁴.

Analizada la consagración constitucional de los derechos de las personas y del especial trato otorgado a los discapacitados y a los adultos mayores, se encuentra necesario incluir un ordenamiento como el pretendido dentro de la legislación interna.

A manera de ejemplo se trae el informe de la Contraloría de Cundinamarca, del año 2005, al ejercer la auditoría a los tres albergues de salud mental manejados por la Beneficencia de Cundinamarca, expresó lo siguiente: “... presenta debilidades de alto riesgo situación que no garantizan el principio de solidaridad. De igual forma, en el área asistencial no se evidenció que los funcionarios tengan parámetros jurídicos-normativos, científicos-técnicos, para prestar un servicio con calidad e idoneidad en lo referente a asistencia, protección y formación integral a la niñez, juventud, adultos mayores población discapacitada con necesidades básicas insatisfechas.

...Se observa baja calidad en la prestación de los servicios al interior de los albergues, dado que no se monitorea el desarrollo de programas de P y P por parte de las ARS especialmente frente a planificación familiar entre otros.

...La Beneficencia de Cundinamarca suministra el agua a las tres casas de Salud Mental y al Colegio Campestre siendo no apta para el consumo humano, no están conectados al acueducto municipal... la ausencia de capacitación en el manejo de paciente alterado, sumada a la falta de un equipo de salud al interior de los albergues para manejar las urgencias somáticas y psiquiátricas hacen que los procedimientos se dilaten y dificulte la atención de los usuarios de los tres centros lo cual repercute en la salud de los beneficiarios.

...En el tema de infraestructura, las cocinas no cumplen los requisitos que faciliten la higiene de estas desde el 2003 no se hace inspección de la secretaría de salud, los insumos de aseo son insuficientes para el número de pacientes de los albergues.

...Existen debilidades en los registros de enfermería y médicos estos adolecen de descripción de la presentación, los gramos y el tiempo de suministro del medicamento. Los registros de enfermería se hacen semanales y no detallados del cuidado de los mismos.

Falta medicación en cantidad, oportunidad para ser suministrada a los pacientes, el promedio de suministro de medicamentos psiquiátrico de 20 días entre la formulación y la entrega, incumpliendo la normatividad en cuanto a la oportunidad. En el Julio Manrique se dio medicamentos vencidos somáticos con fecha de vencimiento 26 de febrero...⁵.

No más alentador es el informe suministrado por la Defensoría del Pueblo en el seguimiento efectuado al Centro de Rehabilitación en Salud Mental Julio Manrique, producto de visita efectuada en el año 2005: “...Condiciones eléctricas precarias, deterioro ambiental, malos olores, desaseo en los baños y dormitorios, las basuras son ubicadas al lado del lugar donde se preparan los alimentos; agua no potable, agua terrosa y oscura, algunos pacientes manifestaron que la porción es insuficiente, todos los pabellones se encuentran deteriorados...”.

Esta pequeña muestra refleja la situación padecida por los discapacitados y los adultos mayores en nuestro país, que se encuentran resi-

² Incapacidad del Estado frente a la Discapacidad de los Colombianos, Autor Ernesto Mesa Arango. P.58.

³ Sentencia T – 851 de 1999, Corte Constitucional, Magistrado Ponente: Dr. VLADIMIRO NARANJO MESA.

⁴ Sentencia T- 762 de 1998, Magistrado Ponente: Alejandro Martínez Caballero.

⁵ Contraloría de Cundinamarca. Dirección Operativa de Control Departamental; informe gubernamental con enfoque integral Beneficencia de Cundinamarca. Vigencia 2005.

diendo en los establecimientos de estadía debido a la imposibilidad que tienen sus familiares para brindarles un cuidado adecuado o porque de acuerdo con su discapacidad no pueden ser manejados en sus hogares.

Muchos de los adultos mayores y discapacitados se encuentran en hacinamientos, la patología con la que ingresan a los centros se agudiza hasta en algunos casos desencadenar en la muerte, todo ello debido a las precarias condiciones en las que son tenidos (garajes de casas), dejando de lado su condición de ser humano.

Es importante darle trámite a tan importante proyecto para de esta manera lograr una dignificación de la vida de los colombianos que se encuentran en esta condición especial, ya brindaron su vida productiva al servicio del país y a los que por alguna circunstancia caen o padecen algún tipo de discapacidad.

Además es necesario que el Estado ejerza control y seguimiento a estos sitios para que no se conviertan en lugares de beneficio exclusivo del propietario a causa del sufrimiento de muchos, tal y como fue expresado por el Director del Instituto Nacional de Cancerología, Doctor Carlos Rada, en el diario *El Tiempo* el día 24 de abril de 2008, “*El Director del Instituto Nacional de Cancerología también alertó sobre los “albergues de garaje”, que aprovechan las necesidades de las familias de escasos recursos para darles un lugar donde vivir, que en muchas ocasiones no es un lugar adecuado y a cambio de ello se lucran*”.

Trece de mayo de 2008, se dio el debate del proyecto en estudio, sin presentarse proposición alguna y aprobado por mayoría.

CONCLUSION

En virtud de lo expuesto, presentamos a los honorables Representantes en la Plenaria de la Cámara de Representantes la siguiente:

Proposición

Por lo anteriormente expuesto, nos permitimos solicitar a los honorables Representantes en la Plenaria de la Cámara de Representantes, darle segundo debate al Proyecto de ley número 279 de 2008 de Cámara, *por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la residencia de los adultos mayores y las personas discapacitadas en los establecimientos de estadía.*

Con las modificaciones propuestas.

Jorge Enrique Rozo Rodriguez y Oscar Gómez Agudelo,

Ponentes.

PLIEGO DE MODIFICACIONES

AL PROYECTO DE LEY NUMERO 279 DE 2008 CAMARA

Analizado el proyecto de ley se encuentra necesario realizar algunos ajustes de tipo ortográfico al proyecto de ley:

Cuadro comparativo del proyecto presentado y el texto con las modificaciones propuestas

PROYECTO DE LEY NUMERO 279 DE 2008 DE CAMARA	PROYECTO DE LEY NUMERO 279 DE 2008 CAMARA
<i>por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la residencia de los adultos mayores y las personas discapacitadas en los establecimientos de estadía.</i>	<i>por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la residencia de los adultos mayores y las personas en situación de discapacidad en los establecimientos de estadía.</i>
TITULO I DISPOSICIONES GENERALES	TITULO I DISPOSICIONES GENERALES
Artículo 1°. <i>Objeto.</i> La presente ley rige para la instalación y funcionamiento de los establecimientos de estadía para los adultos mayores y discapacitados.	Artículo 1°. <i>Objeto.</i> La presente ley rige para la instalación y funcionamiento de los establecimientos de estadía para los adultos mayores y <u>de las personas en situación de discapacidad.</u>
Para los efectos de esta disposición se considera adulto mayor a las personas mayores de 65 años, y discapacitada aquella persona que posee déficits, limitación en la actividad y restricciones en la participación; indicando aspectos negativos de la interacción del individuo y sus factores contextuales (Definición dada por el CIF).	Para los efectos de esta disposición se considera adulto mayor a las personas mayores de 65 años, y <u>en situación de discapacidad</u> aquella persona que posee déficits, limitación en la actividad y restricciones en la participación; indicando aspectos negativos de la interacción del individuo y sus factores contextuales (Definición dada por el CIF).

PROYECTO DE LEY NUMERO 279 DE 2008 DE CAMARA	PROYECTO DE LEY NUMERO 279 DE 2008 CAMARA
<i>por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la residencia de los adultos mayores y las personas discapacitadas en los establecimientos de estadía.</i>	<i>por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la residencia de los adultos mayores y las personas en situación de discapacidad en los establecimientos de estadía.</i>
Artículo 2°. <i>Establecimiento de estadía para adultos mayores y discapacitados.</i> Es aquel en que residen adultos mayores y/o personas con algún grado de discapacidad, que por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieren un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados para la manutención de su salud y funcionalidad, pernecten o no, el cual cuenta con autorización expedida por la Secretaría Departamental de Salud, cuando el establecimiento sea instalado y/o operado por una entidad diferente al departamento; cuando el propietario y/o operador sea el departamento la autorización será expedida por el Ministerio de la Protección Social.	Artículo 2°. <i>Establecimiento de estadía para adultos mayores y/o personas discapacitados.</i> Es aquel en que residen adultos mayores y/o personas <u>en situación de discapacidad</u> que por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieren un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados para la manutención de su salud y funcionalidad, pernecten o no, el cual cuenta con autorización expedida por la Secretaría Departamental de Salud, cuando el establecimiento sea instalado y/o operado por una entidad diferente al departamento; cuando el propietario y/o operador sea el departamento la autorización será expedida por el Ministerio de la Protección Social.
Artículo 6°. Verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos por el presente reglamento, la Secretaría Departamental de Salud y/o El Ministerio de la Protección Social, según la competencia o quien cumpla sus funciones, dictará la resolución de autorización de instalación y funcionamiento del mismo dentro del plazo de treinta días hábiles contados desde que el requirente completó los antecedentes necesarios para ello. Previo a lo cual se practicará diligencia de inspección ocular al sitio. El rechazo de la solicitud deberá emitirse mediante una resolución motivada.	Artículo 6°. Verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos por el presente reglamento, la Secretaría Departamental de Salud y/o El Ministerio de la Protección Social, según la competencia o quien cumpla sus funciones, dictará la resolución de autorización de instalación y funcionamiento del mismo dentro del plazo de treinta días hábiles contados desde que el requirente completó los antecedentes necesarios para ello. Previo a lo cual se practicará diligencia de inspección ocular al sitio. El rechazo de la solicitud deberá emitirse mediante una resolución motivada.
TITULO II DEL LOCAL E INSTALACIONES	TITULO II DEL LOCAL E INSTALACIONES
Artículo 7°. Los establecimientos de estadía para adultos mayores y/o discapacitados, deberán disponer de una planta física que cumplirá a lo menos con los requisitos establecidos en el Título IV de la Ley 361 de 1997 y las normas que lo desarrollen.	Artículo 7°. Los establecimientos de estadía para adultos mayores y/o personas <u>en situación de discapacidad</u> deberán disponer de una planta física que cumplirá a lo menos con los requisitos establecidos en el Título IV de la Ley 361 de 1997 y las normas que lo desarrollen.
Deberán poseer, además, las dependencias bien diferenciadas e iluminadas y que no tengan barreras arquitectónicas y los siguientes elementos: a) Al menos una oficina/sala de recepción, que permita mantener entrevistas en forma privada con los residentes y sus familiares; b) Los establecimientos de más de un piso deberán contar con un sistema seguro de traslado de los residentes entre un piso y otro (circulación vertical) que permita la cabida de una silla de ruedas o de una camilla; c) Zonas de circulación con pasillos que permitan el paso de una camilla, bien iluminados, sin desniveles o con rampas, si los hay, y pasamanos al menos en uno de sus lados. Si tiene escaleras, estas no podrán ser de tipo caracol no tener peldaños en abanico y deberán tener un ancho que permita el paso de dos personas al mismo tiempo, con pasamanos en ambos lados y peldaños evidenciados; d) Sala o salas de estar o de usos múltiples que en conjunto, tengan capacidad para contener a todos los residentes en forma simultánea. Estas deberán tener iluminación natural, medios de comunicación con el mundo exterior y elementos de recreación para los residentes, tales como música ambiental, juegos, revistas, libros, etc.; e) Zonas exteriores para recreación: patio, terraza o jardín; f) Comedor o comedores suficientes para el 50% de los residentes simultáneamente; g) Dormitorios con un máximo de cuatro camas con iluminación y ventilación natural, guardarropa con espacio para cada uno de los residentes y un nochedero por cama, considerando espacio para un adecuado desplazamiento de las personas según su autonomía. Contará con un timbre tipo continuo por pieza y en el caso de residentes postrados, uno por cama. Contará con un número de camillas clínicas o similares para el 100% de los adultos mayores y/o discapacitados que necesiten protección física o clínica; h) Los servicios higiénicos deben estar cercanos a los dormitorios, ser de fácil acceso y estar iluminados y debidamente señalizados; i) Deberá haber a lo menos un baño con ducha por piso que permita la entrada de silla de ruedas y un inodoro y un lavamanos por cada cinco residentes. Además habrá un lavamanos en los dormitorios de pacientes postrados. Los pisos de estos serán antideslizantes o con aplicaciones antideslizantes, contarán con agua caliente y fría, agarraderas de apoyo, duchas que permitan el baño auxiliado y entrada de elementos de tipo continuo;	Deberán poseer, además, las dependencias bien diferenciadas e iluminadas y que no tengan barreras arquitectónicas y los siguientes elementos: a) Al menos una oficina/sala de recepción, que permita mantener entrevistas en forma privada con los residentes y sus familiares; b) Los establecimientos de más de un piso deberán contar con un sistema seguro de traslado de los residentes entre un piso y otro (circulación vertical) que permita la cabida de una silla de ruedas o de una camilla; c) Zonas de circulación con pasillos que permitan el paso de una camilla, bien iluminados, sin desniveles o con rampas, si los hay, y pasamanos al menos en uno de sus lados. Si tiene escaleras, estas no podrán ser de tipo caracol no tener peldaños en abanico y deberán tener un ancho que permita el paso de dos personas al mismo tiempo, con pasamanos en ambos lados y peldaños evidenciados; d) Sala o salas de estar o de usos múltiples que en conjunto, tengan capacidad para contener a todos los residentes en forma simultánea. Estas deberán tener iluminación natural, medios de comunicación con el mundo exterior y elementos de recreación para los residentes, tales como música ambiental, juegos, revistas, libros, etc.; e) Zonas exteriores para recreación: patio, terraza o jardín; f) Comedor o comedores suficientes para el 50% de los residentes simultáneamente; g) Dormitorios con un máximo de cuatro camas con iluminación y ventilación natural, guardarropa con espacio para cada uno de los residentes y un nochedero por cama, considerando espacio para un adecuado desplazamiento de las personas según su autonomía. Contará con un timbre tipo continuo por pieza y en el caso de residentes postrados, uno por cama. Contará con un número de camillas clínicas o similares para el 100% de los adultos mayores y/o discapacitados que necesiten protección física o clínica; h) Los servicios higiénicos deben estar cercanos a los dormitorios, ser de fácil acceso y estar iluminados y debidamente señalizados; i) Deberá haber a lo menos un baño con ducha por piso que permita la entrada de silla de ruedas y un inodoro y un lavamanos por cada cinco residentes. Además habrá un lavamanos en los dormitorios de pacientes postrados. Los pisos de estos serán antideslizantes o con aplicaciones antideslizantes, contarán con agua caliente y fría, agarraderas de apoyo, duchas que permitan el baño auxiliado y entrada de elementos de tipo continuo;

PROYECTO DE LEY NUMERO 279 DE 2008 DE CAMARA	PROYECTO DE LEY NUMERO 279 DE 2008 CAMARA
<p><i>por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la residencia de los adultos mayores y las personas discapacitadas en los establecimientos de estadia.</i></p> <p>j) La cocina deberá cumplir con las condiciones higiénicas y sanitarias que aseguren una adecuada recepción, almacenamiento, preparación y manipulación de los alimentos. Su equipamiento, incluida la vajilla, estará de acuerdo al número de raciones a preparar.</p> <p>El piso y las paredes serán lavables; estarán bien ventiladas, ya sea directamente al exterior o a través de campana o extractor;</p> <p>k) Lugar cerrado para mantener equipamiento e insumos médicos y de enfermería mínimos, tales como esfigmomanómetro, fonendoscopio, termómetros, medicamentos, elementos e insumos de primeros auxilios y archivo de fichas clínicas;</p> <p>l) Lugar cerrado y ventilado destinado a guardar los útiles de aseo en uso. Una poceta para el lavado de útiles de aseo;</p> <p>m) Lavadero, con un lugar de recepción y almacenamiento para la ropa sucia, lavadora adecuada al número de residentes e implementación para el secado y planchado de la ropa, además de un lugar para clasificar y guardar la ropa limpia.</p> <p>Si existe servicio externo de lavado, se asignarán espacios para clasificar y guardar ropa sucia y limpia;</p> <p>n) En relación al personal, el establecimiento deberá cumplir con las disposiciones sanitarias contenidas en la Ley 9ª de 1979 y demás normas concordantes;</p> <p>o) Dispositivo hermético de almacenamiento transitorio de basura;</p> <p>p) Todas las dependencias deberán mantenerse en buenas condiciones higiénicas.</p> <p style="text-align: center;">TITULO III DE LA DIRECCION TECNICA Y DEL PERSONAL</p> <p>Artículo 8°. La dirección técnica de estos establecimientos estará a cargo de personal de salud y/o área de ciencias sociales (nivel tecnológico o profesional), de preferencia con capacitación en gerontología, psicología, trabajo social, fisioterapia, fonoaudiología; quien desarrollará las funciones definidas en el reglamento interno del establecimiento y las asignadas por el Ministerio de la Protección Social o la Secretaría Departamental de Salud, según la competencia.</p> <p style="text-align: center;">TITULO IV DE LA VIGILANCIA Y CONTROL</p> <p>Artículo 19. El seguimiento de vigilancia y control a los establecimientos de estadia para adultos mayores y/o personas discapacitadas corresponde al Ministerio de la Protección Social y/o Secretarías Departamentales de Salud, de conformidad con la competencia para expedir la autorización de funcionamiento.</p> <p>Por lo menos una vez cada año se efectuará una visita de seguimiento y control a estos sitios; no obstante la respectiva entidad de conformidad con la reglamentación que para el efecto Expida el Ministerio de la Protección Social, entregará informes de gestión.</p>	<p><i>por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la residencia de los adultos mayores y las personas en situación de discapacidad en los establecimientos de estadia.</i></p> <p>j) La cocina deberá cumplir con las condiciones higiénicas y sanitarias que aseguren una adecuada recepción, almacenamiento, preparación y manipulación de los alimentos. Su equipamiento, incluida la vajilla, estará de acuerdo con el número de raciones a preparar.</p> <p>El piso y las paredes serán lavables; estarán bien ventiladas, ya sea directamente al exterior o a través de campana o extractor;</p> <p>k) Lugar cerrado para mantener equipamiento e insumos médicos y de enfermería mínimos, tales como esfigmomanómetro, fonendoscopio, termómetros, medicamentos, elementos e insumos de primeros auxilios y archivo de fichas clínicas;</p> <p>l) Lugar cerrado y ventilado destinado a guardar los útiles de aseo en uso. Una poceta para el lavado de útiles de aseo;</p> <p>m) Lavadero, con un lugar de recepción y almacenamiento para la ropa sucia, lavadora adecuada al número de residentes e implementación para el secado y planchado de la ropa, además de un lugar para clasificar y guardar la ropa limpia.</p> <p>Si existe servicio externo de lavado, se asignarán espacios para clasificar y guardar ropa sucia y limpia;</p> <p>n) En relación al personal, el establecimiento deberá cumplir con las disposiciones sanitarias contenidas en la Ley 9ª de 1979 y demás normas concordantes;</p> <p>o) Dispositivo hermético de almacenamiento transitorio de basura;</p> <p>p) Todas las dependencias deberán mantenerse en buenas condiciones higiénicas.</p> <p style="text-align: center;">TITULO III DE LA DIRECCION TECNICA Y DEL PERSONAL</p> <p>Artículo 8°. La dirección técnica de estos establecimientos estará a cargo de personal de salud y/o área de ciencias sociales (nivel tecnológico o profesional), de preferencia con capacitación en gerontología, psicología, trabajo social, fisioterapia, fonoaudiología; quien desarrollará las funciones definidas en el reglamento interno del establecimiento y las asignadas por el Ministerio de la Protección Social o la Secretaría Departamental de Salud, según la competencia.</p> <p><u><i>En ningún caso podrá obtener autorización para el cobro y disposición total o parcialmente de las mesadas pensionales de los residentes.</i></u></p> <p style="text-align: center;">TITULO IV DE LA VIGILANCIA Y CONTROL</p> <p>Artículo 19. El seguimiento de vigilancia y control a los establecimientos de estadia para adultos mayores y/o de personas en situación de discapacidad corresponde al Ministerio de la Protección Social y/o Secretarías Departamentales de Salud, de conformidad con la competencia para expedir la autorización de funcionamiento.</p> <p>Por lo menos una vez cada año se debe efectuar una visita de seguimiento y control a estos sitios; no obstante la respectiva entidad de conformidad con la reglamentación que para el efecto Expida el Ministerio de la Protección Social, entregará informes de gestión.</p>

Jorge Enrique Rozo Rodríguez y Oscar Gómez Agudelo,

Ponentes.

TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE, INCLUIDAS LAS MODIFICACIONES AL PROYECTO DE LEY NUMERO 279 DE 2008 CAMARA

por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la residencia de los adultos mayores y las personas en situación de discapacidad en los establecimientos de estadia.

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

TITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1°. *Objeto.* La presente ley rige para la instalación y funcionamiento de los establecimientos de estadia para los adultos mayores y de las personas en situación de discapacidad.

Para los efectos de esta disposición se considera adulto mayor a las personas mayores de 65 años, y en situación de discapacidad aquella persona que posee déficits, limitación en la actividad y restricciones en la participación; indicando aspectos negativos de la interacción del individuo y sus factores contextuales (Definición dada por el CIF).

Artículo 2°. *Establecimiento de estadia para adultos mayores y discapacitados.* Es aquel en que residen adultos mayores y/o personas en situación de discapacidad que por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieren un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados para la manutención de su salud y funcionalidad, pernecten o no, el cual cuenta con autorización expedida por la Secretaría Departamental de Salud, cuando el establecimiento sea instalado y/o operado por una entidad diferente al departamento; cuando el propietario y/o operador sea el departamento la autorización será expedida por el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 3°. No podrán ingresar a estos establecimientos personas que presenten alteraciones agudas de gravedad u otras patologías que requieran asistencia médica continua o permanente.

Si durante su estadia un residente presenta una enfermedad aguda o reagudización de una condición crónica, por indicación médica podrá quedarse en el establecimiento solamente si este dispone de los recursos humanos y equipamiento de apoyo clínico y terapéutico adecuado para su cuidado y siempre que su permanencia no represente riesgo para su persona ni para los demás. A falta de dichas circunstancias, la persona deberá ser trasladada a un establecimiento apropiado a su estado de salud.

Artículo 4°. La instalación y funcionamiento de los establecimientos regidos por la presente ley, requieren autorización de la Secretaría Departamental de Salud del área geográfica en donde se encuentre ubicada, o Ministerio de la Protección Social según sea su propietario y/o operador; entidad a la que le corresponderá, asimismo, la fiscalización, el control y supervisión de estos.

También requerirá esta autorización la modificación posterior de la planta física, el aumento del número de camas y el traslado del establecimiento a otra ubicación.

Deberá comunicarse a la Secretaría de Salud, o al Ministerio de la Protección Social, en forma previa a su ocurrencia, el cambio de propietario o director técnico y el cierre transitorio o definitivo del establecimiento.

Artículo 5°. Para la obtención de la autorización e instalación y funcionamiento el titular o representante legal, en su caso, deberá elevar a la Secretaría de Salud Departamental competente o al Ministerio de la Protección Social, una solicitud en la cual especifique el tipo de establecimiento que desea instalar, adjuntando los siguientes antecedentes:

- Nombre, dirección y teléfono del establecimiento, y su fax y dirección de correo electrónico en caso de tenerlos;
- Individualización, (c.c., RUT, NIT), y domicilio del titular y representante legal, en su caso;
- Documentos que acrediten el dominio del inmueble o de los derechos a utilizarlo del peticionario;
- Plano o croquis a escala de todas las dependencias, indicando distribución de las camas en los dormitorios;
- Acreditar que cumple con los requisitos de prevención y protección contra incendios, y condiciones sanitarias y ambientales básicas que establecen la Ley 9ª de 1979 y demás disposiciones relacionadas con la materia;
- Certificación de las condiciones eléctricas y de gas, emitida por un instalador autorizado;

g) Identificación del director técnico responsable con copia de su certificado de título, carta de aceptación del cargo y horario en que se encontrará en el establecimiento;

h) Planta del personal con que funcionará el establecimiento, con su horario contratado y sistema de turnos, información que deberá actualizarse a medida que se produzcan cambios en este aspecto.

Una vez que entre en funciones, deberá enviar a la Secretaría Departamental, la nómina del personal que labora ahí;

i) Reglamento interno del establecimiento, que deberá incluir un formulario de los contratos que celebrará el establecimiento con los residentes o sus representantes, en el que se estipulen los derechos y deberes de ambas partes y las causales de exclusión del residente;

j) Plan de evacuación ante emergencias;

k) Libro foliado de uso de los residentes o sus familiares, para sugerencias o reclamos que será timbrado por la autoridad sanitaria.

Artículo 6°. Verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos por el presente reglamento, la Secretaría Departamental de Salud y/o el Ministerio de la Protección Social, según la competencia o quien cumpla sus funciones, dictará la resolución de autorización de instalación y funcionamiento del mismo dentro del plazo de treinta días hábiles contados desde que el requirente completó los antecedentes necesarios para ello. Previo a lo cual se practicará diligencia de inspección ocular al sitio.

El rechazo de la solicitud deberá emitirse mediante una resolución motivada.

TITULO II DEL LOCAL E INSTALACIONES

Artículo 7°. Los establecimientos de estadía para adultos mayores y/o personas en situación de discapacidad deberán disponer de una planta física que cumplirá a lo menos con los requisitos establecidos en el Título IV de la Ley 361 de 1997 y las normas que lo desarrollen.

Deberán poseer, además, las dependencias bien diferenciadas e iluminadas y que no tengan barreras arquitectónicas y los siguientes elementos:

a) Al menos una oficina/sala de recepción, que permita mantener entrevistas en forma privada con los residentes y sus familiares;

b) Los establecimientos de más de un piso deberán contar con un sistema seguro de traslado de los residentes entre un piso y otro (circulación vertical) que permita la cabida de una silla de ruedas o de una camilla;

c) Zonas de circulación con pasillos que permitan el paso de una camilla, bien iluminados, sin desniveles o con rampas, si los hay, y pasamanos al menos en uno de sus lados. Si tiene escaleras, estas no podrán ser de tipo caracol no tener peldaños en abanico y deberán tener un ancho que permita el paso de dos personas al mismo tiempo, con pasamanos en ambos lados y peldaños evidenciados;

d) Sala o salas de estar o de usos múltiples que en conjunto, tengan capacidad para contener a todos los residentes en forma simultánea. Estas deberán tener iluminación natural, medios de comunicación con el mundo exterior y elementos de recreación para los residentes, tales como música ambiental, juegos, revistas, libros, etc.;

e) Zonas exteriores para recreación: patio, terraza o jardín;

f) Comedor o comedores suficientes para el 50% de los residentes simultáneamente;

g) Dormitorios con un máximo de cuatro camas con iluminación y ventilación natural, guardarropa con espacio para cada uno de los residentes y un nochero por cama, considerando espacio para un adecuado desplazamiento de las personas según su autonomía. Contará con un

timbre tipo continuo por pieza y en el caso de residentes postrados, uno por cama. Contar con un número de camillas clínicas o similares para el 100% de los adultos mayores y/o discapacitados que necesiten protección física o clínica;

h) Los servicios higiénicos deben estar cercanos a los dormitorios, ser de fácil acceso y estar iluminados y debidamente señalizados,

i) Deberá haber a lo menos un baño con ducha por piso que permita la entrada de silla de ruedas y un inodoro y un lavamanos por cada cinco residentes. Además habrá un lavamanos en los dormitorios de pacientes postrados.

Los pisos de estos serán antideslizantes o con aplicaciones antideslizantes, contarán con agua caliente y fría, agarraderas de apoyo, duchas que permitan el baño auxiliado y entrada de elementos de apoyo y timbre de tipo continuo;

j) La cocina deberá cumplir con las condiciones higiénicas y sanitarias que aseguren una adecuada recepción, almacenamiento, preparación y manipulación de los alimentos. Su equipamiento, incluida la vajilla, estará de acuerdo con el número de raciones a preparar.

El piso y las paredes serán lavables; estarán bien ventiladas, ya sea directamente al exterior o a través de campana o extractor;

k) lugar cerrado para mantener equipamiento e insumos médicos y de enfermería mínimos, tales como esfigmomanómetro, fonendoscopio, termómetros, medicamentos, elementos e insumos de primeros auxilios y archivo de fichas clínicas;

l) Lugar cerrado y ventilado destinado a guardar los útiles de aseo en uso. Una poceta para el lavado de útiles de aseo;

m) Lavadero, con un lugar de recepción y almacenamiento para la ropa sucia, lavadora adecuada al número de residentes e implementación para el secado y planchado de la ropa, además de un lugar para clasificar y guardar la ropa limpia.

Si existe servicio externo de lavado, se asignarán espacios para clasificar y guardar ropa sucia y limpia;

n) En relación al personal, el establecimiento deberá cumplir con las disposiciones sanitarias contenidas en la Ley 9ª de 1979 y demás normas concordantes;

o) Dispositivo hermético de almacenamiento transitorio de basura;

p) Todas las dependencias deberán mantenerse en buenas condiciones higiénicas.

TITULO III DE LA DIRECCION TECNICA Y DEL PERSONAL

Artículo 8°. La dirección técnica de estos establecimientos estará a cargo de personal de salud y/o área de ciencias sociales (nivel tecnológico o profesional), de preferencia con capacitación en gerontología, psicología, trabajo social, fisioterapia, fonoaudiología; quien desarrollará las funciones definidas en el reglamento interno del establecimiento y las asignadas por el Ministerio de la Protección Social o la Secretaría Departamental de Salud, según la competencia.

En ningún caso el Director del establecimiento podrá obtener autorización para el cobro y disposición total o parcialmente de las mesadas pensionales de los residentes.

Artículo 9°. El establecimiento deberá contar con personal idóneo, en cantidad suficiente para satisfacer en forma permanente y adecuada la atención integral de los residentes, de acuerdo con su número y condiciones físicas y psíquicas.

Artículo 10. Los residentes postrados requieren:

a) Un auxiliar de enfermería 12 horas diurnas y uno de llamada en la noche;

b) Un cuidador por cada siete residentes 12 horas del día y por cada diez en turno nocturno.

Artículo 11. Los residentes dependientes físicos o psíquicos, entendiéndose por tales aquellos que requieren ayuda para realizar alguna de las actividades de la vida diaria, (bañarse, vestirse, usar el inodoro, trasladarse, mantener la continencia y alimentarse), o en caso de dependencia psíquica, presenta trastornos conductuales tales como: fugas, agresiones verbales o físicas, de ambulación sin propósito, etc. Requieren:

a) Un auxiliar de enfermería de dos horas diarias de permanencia y de llamada las 24 horas del día;

b) Un cuidador por cada doce residentes dependientes 12 horas del día y uno por cada veinte en horario nocturno.

Artículo 12. Los residentes sin dependencias requieren un cuidador por cada veinte residentes durante las veinticuatro horas.

Artículo 13. Cualquiera que sea el número de residentes o su condición de dependencia, en horario nocturno el establecimiento no podrá quedar a cargo de una sola persona.

Artículo 14. El personal auxiliar de enfermería y los cuidadores, desarrollan las funciones asignadas por el director técnico y las que determine el Ministerio de la Protección Social o la Secretaría Departamental de Salud, de conformidad con las patologías y condiciones de los residentes.

Artículo 15. Los establecimientos de estadía, además de los funcionarios anteriormente enunciados, deberán contar con el siguiente personal:

a) Manipuladores de alimentos capacitados, en número adecuado para preparar el alimento de los residentes;

b) Auxiliares de servicio, encargados de aseo, lavandería y ropería en número adecuado de acuerdo con el número y condición de los residentes.

Artículo 16. El Ministerio de la Protección Social o la Secretaría Departamental de Salud, determinará de acuerdo con el número de residentes y condiciones, la necesidad de contar además, con personal encargado de la nutrición, para la confección de minutas y dietas, kinesiólogo, terapeuta ocupacional o profesor de educación física con formación en rehabilitación, para el mantenimiento de las funciones biopsicosociales de los residentes.

Artículo 17. Los Directores técnicos, además de las funciones asignadas de conformidad con el artículo octavo de la presente ley, velarán porque los residentes dispongan de medios para el control periódico de su salud, a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 18. El personal indicado en los artículos anteriores deberá ser incrementado proporcionalmente en relación con el número de camas y el grado de dependencia de los residentes.

TÍTULO IV

DE LA VIGILANCIA Y CONTROL

Artículo 19. El seguimiento de vigilancia y control a los establecimientos de estadía para adultos mayores y/o de personas en situación de discapacidad corresponde al Ministerio de la Protección Social y/o Secretarías Departamentales de Salud, de conformidad con la competencia para expedir la autorización de funcionamiento.

Por lo menos una vez cada año se debe efectuar una visita de seguimiento y control a estos sitios; no obstante la respectiva entidad de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social, entregará informes de gestión.

Artículo 20. La contravención a la presente disposición será sancionada por la misma autoridad que expida la autorización.

La sanción será graduada de acuerdo con la gravedad de la infracción, teniendo como criterio el riesgo ocasionado a la vida de los residentes y la reincidencia.

Las sanciones consistirán en:

– Amonestación Verbal.

– Suspensión de la Autorización.

– Cierre definitivo.

El trámite del proceso sancionatorio será reglamentado por el Ministerio de la Protección Social dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley.

Artículo 21. La autorización de la que habla esta ley no incluye ni exime la obligatoriedad de las autorizaciones a las que hagan referencia otros ordenamientos jurídicos.

Artículo 22. Los establecimientos de estadía, a los que se refiere esta ley, que pretendan acceder a los distintos programas orientados por el Gobierno Nacional, Departamental, Municipal, deberán cumplir a cabalidad con lo dispuesto en esta normatividad.

Artículo 23. *Régimen de Transición.* Aquellos establecimientos que se encuentren en funcionamiento antes de la expedición de la presente ley, deberán ajustarse a sus disposiciones en el plazo de un año contado a partir de la publicación de la presente ley en el *Diario Oficial*.

Artículo 24. *Vigencia.* La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Jorge Enrique Rozo Rodríguez y Oscar Gómez Agudelo,

Ponentes.

TEXTO APROBADO EN PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 279 DE 2008 CAMARA

por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la residencia de los adultos mayores y las personas discapacitadas en los establecimientos de estadía. Aprobado en la sesión del día 14 de mayo de 2008 en la Comisión Séptima de la honorable Cámara de Representantes.

El Congreso de la República

LEGISLA:

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1°. *Objeto.* La presente ley rige para la instalación y funcionamiento de los establecimientos de estadía para los adultos mayores y discapacitados.

Para los efectos de esta disposición se considera adulto mayor a las personas mayores de 65 años, y discapacitada aquella persona que posea déficits, limitación en la actividad y restricciones en la participación; indicando aspectos negativos de la interacción del individuo y sus factores contextuales (Definición dada por el CIF).

Artículo 2°. *Establecimiento de estadía para adultos mayores y discapacitados.* Es aquel en que residen adultos mayores y/o personas con algún grado de discapacidad, que por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieren un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados para la manutención de su salud y funcionalidad, pernocten o no, el cual cuenta con autorización expedida por la Secretaría Departamental de Salud, cuando el establecimiento sea instalado y/o operado por una entidad diferente al departamento; cuando el propietario y/o operador sea el departamento la autorización será expedida por el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 3°. No podrán ingresar a estos establecimientos personas que presenten alteraciones agudas de gravedad u otras patologías que requieran asistencia médica continua o permanente.

Si durante su estadía un residente presenta una enfermedad aguda o reagudización de una condición crónica, por indicación médica podrá quedarse en el establecimiento solamente si este dispone de los recursos humanos y equipamiento de apoyo clínico y terapéutico adecuado para su cuidado y siempre que su permanencia no represente riesgo para su persona ni para los demás. A falta de dichas circunstancias, la persona deberá ser trasladada a un establecimiento apropiado a su estado de salud.

Artículo 4°. La instalación y funcionamiento de los establecimientos regidos por la presente ley, requieren autorización de la Secretaría Departamental de Salud del área geográfica en donde se encuentre ubicada, o Ministerio de la Protección Social según sea su propietario y/u operador; entidad a la que le corresponderá, asimismo, la fiscalización, el control y supervisión de estos.

También requerirá esta autorización la modificación posterior de la planta física, el aumento del número de camas y el traslado del establecimiento a otra ubicación.

Deberá comunicarse a la Secretaría de Salud, o al Ministerio de la Protección Social, en forma previa a su ocurrencia, el cambio de propietario o director técnico y el cierre transitorio o definitivo del establecimiento.

Artículo 5°. Para la obtención de la autorización e instalación y funcionamiento el titular o representante legal, en su caso, deberá elevar a la Secretaría de Salud Departamental competente o al Ministerio de la Protección Social, una solicitud en la cual especifique el tipo de establecimiento que desea instalar, adjuntando los siguientes antecedentes:

- a) Nombre, dirección y teléfono del establecimiento, y su fax y dirección de correo electrónico en caso de tenerlos;
- b) Individualización, (c.c., RUT, NIT), y domicilio del titular y representante legal, en su caso;
- c) Documentos que acrediten el dominio del inmueble o de los derechos a utilizarlo del peticionario;
- d) Plano o croquis a escala de todas las dependencias, indicando distribución de las camas en los dormitorios;
- e) Acreditar que cumple con los requisitos de prevención y protección contra incendios, y condiciones sanitarias y ambientales básicas que establecen la Ley 9ª de 1979 y demás disposiciones relacionadas con la materia;
- f) Certificación de las condiciones eléctricas y de gas, emitida por un instalador autorizado;
- g) Identificación del director técnico responsable con copia de su certificado de título, carta de aceptación del cargo y horario en que se encontrará en el establecimiento;
- h) Planta del personal con que funcionará el establecimiento, con su horario contratado y sistema de turnos, información que deberá actualizarse a medida que se produzcan cambios en este aspecto. Una vez que entre en funciones, deberá enviar a la Secretaría Departamental, la nómina del personal que labora ahí;
- i) Reglamento interno del establecimiento, que deberá incluir un formulario de los contratos que celebrará el establecimiento con los residentes o sus representantes, en el que se estipulen los derechos y deberes de ambas partes y las causales de exclusión del residente;
- j) Plan de evacuación ante emergencias;
- k) Libro foliado de uso de los residentes o sus familiares, para sugerencias o reclamos que será timbrado por la autoridad sanitaria.

Artículo 6°. Verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos por el presente reglamento, la Secretaría Departamental de Salud y/o el Ministerio de la Protección Social, según la competencia o quien cum-

pla sus funciones, dictará la resolución de autorización de instalación y funcionamiento del mismo dentro del plazo de treinta días hábiles contados desde que el requirente completó los antecedentes necesarios para ello. Previo a lo cual se practicará diligencia de inspección ocular al sitio.

El rechazo de la solicitud deberá emitirse mediante una resolución motivada.

TÍTULO II

DEL LOCAL E INSTALACIONES

Artículo 7°. Los establecimientos de estadía para adultos mayores y/o discapacitados, deberán disponer de una planta física que cumplirá a lo menos con los requisitos establecidos en el Título IV de la Ley 361 de 1997 y las normas que lo desarrollen.

Deberán poseer, además, las dependencias bien diferenciadas e iluminadas y que no tengan barreras arquitectónicas y los siguientes elementos:

- a) Al menos una oficina/sala de recepción, que permita mantener entrevistas en forma privada con los residentes y sus familiares;
- b) Los establecimientos de más de un piso deberán contar con un sistema seguro de traslado de los residentes entre un piso y otro (circulación vertical) que permita la cabida de una silla de ruedas o de una camilla;
- c) Zonas de circulación con pasillos que permitan el paso de una camilla, bien iluminados, sin desniveles o con rampas, si los hay, y pasamanos al menos en uno de sus lados. Si tiene escaleras, estas no podrán ser de tipo caracol no tener peldaños en abanico y deberán tener un ancho que permita el paso de dos personas al mismo tiempo, con pasamanos en ambos lados y peldaños evidenciados;
- d) Sala o salas de estar o de usos múltiples que en conjunto, tengan capacidad para contener a todos los residentes en forma simultánea. Estas deberán tener iluminación natural, medios de comunicación con el mundo exterior y elementos de recreación para los residentes, tales como música ambiental, juegos, revistas, libros, etc.;
- e) Zonas exteriores para recreación: patio, terraza o jardín;
- f) Comedor o comedores suficientes para el 50% de los residentes simultáneamente;
- g) Dormitorios con un máximo de cuatro camas con iluminación y ventilación natural, guardarropa con espacio para cada uno de los residentes y un nochero por cama, considerando espacio para un adecuado desplazamiento de las personas según su autonomía. Contará con un timbre tipo continuo por pieza y en el caso de residentes postrados, uno por cama. Contar con un número de camillas clínicas o similares para el 100% de los adultos mayores y/o discapacitados que necesiten protección física o clínica;
- h) Los servicios higiénicos deben estar cercanos a los dormitorios, ser de fácil acceso y estar iluminados y debidamente señalizados;
- i) Deberá haber a lo menos un baño con ducha por piso que permita la entrada de silla de ruedas y un inodoro y un lavamanos por cada cinco residentes. Además habrá un lavamanos en los dormitorios de pacientes postrados;

Los pisos de estos serán antideslizantes o con aplicaciones antideslizantes, contarán con agua caliente y fría, agarraderas de apoyo, duchas que permitan el baño auxiliado y entrada de elementos de apoyo y timbre de tipo continuo.

j) La cocina deberá cumplir con las condiciones higiénicas y sanitarias que aseguren una adecuada recepción, almacenamiento, preparación y manipulación de los alimentos. Su equipamiento, incluida la vajilla, estará de acuerdo con el número de raciones a preparar.

El piso y las paredes serán lavables; estarán bien ventiladas, ya sea directamente al exterior o a través de campana o extractor;

k) Lugar cerrado para mantener equipamiento e insumos médicos y de enfermería mínimos, tales como esfigmomanómetro, fonendoscopio, termómetros, medicamentos, elementos e insumos de primeros auxilios y archivo de fichas clínicas;

l) Lugar cerrado y ventilado destinado a guardar los útiles de aseo en uso. Una poceta para el lavado de útiles de aseo;

m) Lavadero, con un lugar de recepción y almacenamiento para la ropa sucia, lavadora adecuada al número de residentes e implementación para el secado y planchado de la ropa, además de un lugar para clasificar y guardar la ropa limpia.

Si existe servicio externo de lavado, se asignarán espacios para clasificar y guardar ropa sucia y limpia;

n) En relación al personal, el establecimiento deberá cumplir con las disposiciones sanitarias contenidas en la Ley 9ª de 1979 y demás normas concordantes;

o) Dispositivo hermético de almacenamiento transitorio de basura;

p) Todas las dependencias deberán mantenerse en buenas condiciones higiénicas.

TÍTULO III

DE LA DIRECCION TECNICA Y DEL PERSONAL

Artículo 8º. La dirección técnica de estos establecimientos estará a cargo de personal de salud y/o área de ciencias sociales (nivel tecnológico o profesional), de preferencia con capacitación en gerontología, psicología, trabajo social, fisioterapia, fonoaudiología; quien desarrollará las funciones definidas en el reglamento interno del establecimiento y las asignadas por el Ministerio de la Protección Social o la Secretaría Departamental de Salud, según la competencia.

Artículo 9º. El establecimiento deberá contar con personal idóneo, en cantidad suficiente para satisfacer en forma permanente y adecuada la atención integral de los residentes, de acuerdo a su número y condiciones físicas y psíquicas.

Artículo 10. *Los residentes postrados requieren:*

a) Un auxiliar de enfermería 12 horas diurnas y uno de llamada en la noche;

b) Un cuidador por cada siete residentes 12 horas del día y por cada diez en turno nocturno.

Artículo 11. Los residentes dependientes físicos o psíquicos, entendiéndose por tales aquellos que requieren ayuda para realizar alguna de las actividades de la vida diaria, (bañarse, vestirse, usar el inodoro, trasladarse, mantener la continencia y alimentarse), o en caso de dependencia psíquica, presenta trastornos conductuales tales como: fugas, agresiones verbales o físicas, de ambulación sin propósito, etc. Requieren:

a) Un auxiliar de enfermería de dos horas diarias de permanencia y de llamada las 24 horas del día;

b) Un cuidador por cada doce residentes dependientes 12 horas del día y uno por cada veinte en horario nocturno.

Artículo 12. Los residentes sin dependencias requieren un cuidador por cada veinte residentes durante las veinticuatro horas.

Artículo 13. Cualquiera que sea el número de residentes o su condición de dependencia, en horario nocturno el establecimiento no podrá quedar a cargo de una sola persona.

Artículo 14. El personal auxiliar de enfermería y los cuidadores, desarrollan las funciones asignadas por el director técnico y las que determine el Ministerio de la Protección Social o la Secretaría Departamental de Salud, de conformidad con las patologías y condiciones de los residentes.

Artículo 15. Los establecimientos de estadía: además de los funcionarios anteriormente enunciados, deberán contar con el siguiente personal:

a) Manipuladores de alimentos capacitados, en número adecuado para preparar el alimento de los residentes;

b) Auxiliares de servicio, encargados de aseo, lavandería y ropería en número adecuado de acuerdo con el número y condición de los residentes.

Artículo 16. El Ministerio de la Protección Social o la Secretaría Departamental de Salud, determinará de acuerdo con el número de residentes y condiciones, la necesidad de contar además, con personal encargado de la nutrición, para la confección de minutas y dietas, kinesiólogo, terapeuta ocupacional o profesor de educación física con formación en rehabilitación, para el mantenimiento de las funciones biopsicosociales de los residentes.

Artículo 17. Los Directores técnicos, además de las funciones asignadas de conformidad con el artículo octavo de la presente ley, velarán porque los residentes dispongan de medios para el control periódico de su salud, a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 18. El personal indicado en los artículos anteriores deberá ser incrementado proporcionalmente en relación con el número de camas y el grado de dependencia de los residentes.

TÍTULO IV

DE LA VIGILANCIA Y CONTROL

Artículo 19. El seguimiento de vigilancia y control a los establecimientos de estadía para adultos mayores y/o personas discapacitadas corresponde al Ministerio de la Protección Social y/o Secretarías Departamentales de Salud, de conformidad con la competencia para expedir la autorización de funcionamiento.

Por lo menos una vez cada año se efectuará una visita de seguimiento y control a estos sitios; no obstante la respectiva entidad de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social, entregará informes de gestión.

Artículo 20. La contravención a la presente disposición será sancionada por la misma autoridad que expida la autorización.

La sanción será graduada de acuerdo con la gravedad de la infracción, teniendo como criterio el riesgo ocasionado a la vida de los residentes y la reincidencia.

Las sanciones consistirán en:

- Amonestación Verbal.
- Suspensión de la Autorización.
- Cierre definitivo.

El trámite del proceso sancionatorio será reglamentado por el Ministerio de la Protección Social dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley.

Artículo 21. La autorización de la que habla esta ley no incluye ni exime la obligatoriedad de las autorizaciones a las que hagan referencia otros ordenamientos jurídicos.

Artículo 22. Los establecimientos de estadía, a los que se refiere esta ley, que pretendan acceder a los distintos programas orientados por el Gobierno Nacional, Departamental, Municipal, deberán cumplir a cabalidad con lo dispuesto en esta normatividad.

Artículo 23. *Régimen de transición.* Aquellos establecimientos que se encuentren en funcionamiento antes de la expedición de la presente ley, deberán ajustarse a sus disposiciones en el plazo de un año contado a partir de la publicación de la presente ley en el *Diario Oficial*.

Artículo 24. *Vigencia.* La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Jorge Enrique Rozo Rodríguez,

Ponente.

COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE
SECRETARIA
SUSTANCIACION
AI PROYECTO DE LEY NUMERO 279 DE 2008 CAMARA

En la sesión ordinaria de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la honorable Cámara de Representantes del día 14 de mayo de 2008, de conformidad con las prescripciones constitucionales y legales, especialmente las contenidas en la Ley 5ª de 1992 (Reglamento del Congreso), dio inicio a la discusión del **Proyecto de ley número 279 de 2008 Cámara, por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la residencia de los adultos mayores y las personas discapacitadas en los establecimientos de estadía.**

Autor: honorable Representante *Jorge Enrique Rozo Rodríguez.*

La Mesa Directiva de esta Comisión designó como ponente para primer debate del Proyecto de ley número 279 de 2008 Cámara al honorable Representante Jorge Enrique Rozo Rodríguez.

El proyecto de ley fue publicado en la *Gaceta del Congreso* número 119 de 2008 y la ponencia para primer debate en la *Gaceta del Congreso* número 190 de 2008.

Una vez leída la proposición con la que termina el informe de ponencia para primer debate firmada por el honorable Representante Jorge Enrique Rozo Rodríguez y con el pliego de modificaciones es aprobado por unanimidad.

La Presidencia de la Comisión somete a consideración el articulado del proyecto que consta de (24) veinticuatro artículos y preguntó a los honorables Representantes si querían que este Proyecto se votara en bloque y la Comisión contestó afirmativamente, siendo aprobado por unanimidad.

Posteriormente se somete a consideración el título de la iniciativa, el cual quedó aprobado de la siguiente manera: *por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la residencia de los adultos mayores y las personas discapacitadas en los establecimientos de estadía.*

La Mesa Directiva pregunta a los honorables Representantes si quieren que este proyecto de ley tenga segundo debate y contestan afirmativamente siendo designados como ponentes para segundo debate a los honorables Representantes Jorge Enrique Rozo Rodríguez y Oscar Gómez Agudelo.

La Secretaría deja constancia que este proyecto de ley fue votado por la mayoría que la ley establece para el proyecto en mención.

La aprobación del **Proyecto de ley número 279 de 2008 Cámara, por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la residencia de los adultos mayores y las personas discapacitadas en los establecimientos de estadía.**

Autor: honorable Representante *Jorge Enrique Rozo Rodríguez.*

En primer debate en la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la honorable Cámara de Representantes, se realizó previo su anuncio en la sesión del día 6 de mayo de 2008, Acta número 5

Todo lo anterior consta en el Acta número 6 del catorce (14) de mayo de dos mil ocho (2008).

El Presidente,

Jorge Enrique Rozo Rodríguez

El Vicepresidente,

Jaime Armando Yépez Martínez

El Secretario,

Rigo Armando Rosero Alvear.

COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE
CAMARA DE REPRESENTANTES

Bogotá, D. C., a los diecinueve (19) días del mes de mayo del año dos mil ocho (2008).

En la presente fecha sea autoriza la publicación en la *Gaceta del Congreso*, del texto definitivo aprobado en sesión de la Comisión Séptima de la honorable Cámara de Representantes, al **Proyecto de ley número 279 de 2008 Cámara, por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la residencia de los adultos mayores y las personas discapacitadas en los establecimientos de estadía.**

Autor: honorable Representante *Jorge Enrique Rozo Rodríguez.* Con sus 24 artículos.

El Presidente,

Jorge Enrique Rozo Rodríguez

El Vicepresidente,

Jaime Armando Yépez Martínez

El Secretario,

Rigo Armando Rosero Alvear.

C O N T E N I D O

Gaceta número 290 - Miércoles 28 de mayo de 2008
CAMARA DE REPRESENTANTES

Págs.

PONENCIAS

Ponencia para segundo debate, pliego de modificaciones, texto propuesto y texto aprobado al Proyecto de ley número 090 de 2007 Cámara, acumulado con el proyecto de ley número 142 de 2007, por la cual se establecen las acciones para la Atención Integral del Cáncer en Colombia.....	1
Informe de ponencia para segundo debate y texto aprobado al Proyecto de ley número 211 de 2007 Cámara, 03 de 2006 Senado, por la cual se modifica la Ley 82 de 1993, Ley Mujer Cabeza de Familia y se dictan otras disposiciones.....	14
Informe de ponencia para segundo debate, pliego de modificaciones, texto propuesto y texto aprobado al Proyecto de ley número 279 de 2008 Cámara, por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la residencia de los adultos mayores y las personas discapacitadas en los establecimientos de estadía.....	20