



# GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA  
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXIV - N° 963

Bogotá, D. C., martes, 24 de noviembre de 2015

EDICIÓN DE 12 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

www.secretariasenado.gov.co

JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO

SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA

www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

## SENADO DE LA REPÚBLICA

### PONENCIAS

#### INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 95 DE 2015 SENADO

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

Bogotá, D. C., noviembre de 2015

Doctor

ANTONIO JOSÉ CORREA JIMÉNEZ

Presidente Comisión Séptima Constitucional  
Permanente

Senado de la República

Ciudad

**Referencia: Informe de ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 95 de 2015 Senado,** *por medio de la cual se regula el uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA) en transportes de asistencia, lugares de alta afluencia de público, y se dictan otras disposiciones.*

Honorables Senadores de la República:

Tras la designación que realizó la honorable Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, y según lo establecido en el artículo 150 de la Ley 5ª de 1992, sometemos a consideración de los honorables Senadores el informe de ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 95 de 2015 Senado, *por medio de la cual se regula el uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA) en transportes de asistencia, lugares de alta afluencia de público, y se dictan otras disposiciones.*

#### I. Antecedentes

En anterior oportunidad, el Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, presentó el Proyecto de ley número 149 de 2008 Senado, *por la cual se dispone la instalación de Cardiodesfibriladores Externos Automáticos y se dictan otras disposiciones*, el cual perseguía un objeto similar a la iniciativa que ahora se somete a consideración del Congreso de la República; no obstante, fue retirado por su autor antes del informe de ponencia para primer debate.

#### II. Trámite de la iniciativa

La presente iniciativa fue radicada el pasado 16 de septiembre de 2015 por los honorables Senadores de la Bancada del Centro Democrático: Iván Duque Márquez, Álvaro Uribe Vélez, Paloma Valencia Laserna, Alfredo Ramos Maya, Fernando Nicolás Araújo, Orlando Castañeda Serrano, María del Rosario Guerra, Ernesto Macías Tovar.

Le correspondió el número 95 de 2015 en el Senado y se publicó en la *Gaceta del Congreso* número 753 de 2015. Y por disposición de la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, yo Honorio Miguel Henríquez Pinedo, fui designado para rendir informe de ponencia en primer debate ante esta célula legislativa.

#### III. Objeto

El presente proyecto de ley, de acuerdo con su artículo 1º, tiene por *“objeto establecer la obligatoriedad, la dotación, disposición y acceso a los Desfibriladores Externos Automáticos (DEA) en los transportes de asistencia básica y medicalizada, así como en los espacios con alta afluencia de público”*.

#### IV. Contenido de la iniciativa

El presente proyecto de ley, además del título, cuenta con ocho (8) artículos, entre ellos el de la vigencia.

Su **artículo 1°** corresponde al objeto del proyecto de ley.

El **artículo 2°** establece las definiciones de Desfibrilador Externo Automático (DEA), transportes asistenciales, y espacios con alta afluencia de público.

El **artículo 3°** establece el ámbito de aplicación, es decir, los lugares donde se accede al uso de Desfibriladores Externos Automáticos (DEA).

El **artículo 4°** establece el entrenamiento y uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA).

El **artículo 5°** establece la implementación.

El **artículo 6°** establece la adquisición de los Desfibriladores Externos Automáticos (DEA), por entidades de derecho público. Y los sujetos de derecho privado estarán sujetos a la aprobación de los DEA adquiridos.

El **artículo 7°** establece la reglamentación en seis meses por parte del Gobierno nacional, desde la promulgación de esta ley.

El **artículo 8°** establece la vigencia.

#### V. Aspectos generales

##### 5.1. American Heart Association

Según la American Heart Association, la desfibrilación es un proceso en el que un dispositivo electrónico da choques eléctricos al corazón. Esto ayuda a restablecer el ritmo normal de las contracciones en un corazón que está teniendo una arritmia o un paro cardíaco<sup>1</sup>.

La **arritmia** se refiere a cualquier cambio de la secuencia normal de los impulsos eléctricos, causando que el corazón lata muy rápido, muy lento, o erráticamente. Cuando el corazón no late de manera apropiada, no puede bombear sangre efectivamente a los pulmones, cerebro y otros órganos, y estos podrían dejar de funcionar o sufrir daños<sup>2</sup>.

El **paro cardíaco** ocurre cuando el flujo de sangre que lleva oxígeno al músculo cardíaco, se reduce severamente o se corta completamente. Esto sucede porque las arterias coronarias que suplen al músculo cardíaco con sangre, se estrechan por la acumulación de grasa, colesterol, y otras sustancias que juntas se llaman placa; un proceso lento que es conocido como arterioesclerosis. Cuando una placa se rompe en una arteria coronaria, se forma un coágulo alrededor de la placa, el cual puede bloquear el fluido de sangre al músculo cardíaco,

privándolo de oxígeno y nutrientes; lo que se denomina isquemia. Cuando el daño o muerte de parte del músculo cardíaco ocurre como resultado de una isquemia, se presenta el ataque cardíaco o infarto de miocardio. Cada 43 segundos alguien en Estados Unidos tiene un infarto de miocardio<sup>3</sup>.

Ante la ocurrencia de alguna de las mencionadas condiciones médicas, la American Heart Association recomienda que los Desfibriladores Externos Automáticos estén disponibles donde se congregan un gran número de personas, como en aeropuertos, centros de convenciones, estadios deportivos y estadios, grandes edificios industriales, oficinas de gran altura, grandes instalaciones de fitness para la salud, etc.<sup>4</sup>.

La importancia de contar con un DEA en un ambiente externo al hospitalario, a más de evidenciarse en la literatura científica al respecto, es una realidad tal y como lo señalan los análisis del Ministerio de Salud y Protección Social, en donde se constata que el infarto agudo de miocardio o ataque cardíaco fue responsable de la muerte de 16.000 hombres de los 29.000 colombianos que fallecieron en 2011 por esa causa en el país, lo cual implica que al día fallecieron por esta enfermedad 43 varones<sup>5</sup>.

“[...] Si la fibrilación ventricular no se trata de inmediato, se desarrolla paro cardíaco por asistolia o actividad eléctrica sin pulso y probablemente será más difícil una resucitación exitosa. Para atender el paro en forma adecuada se requieren dos elementos: reanimación básica y **desfibrilación**. [...]”<sup>6</sup>. (Negrita y subrayado fuera de texto).

De acuerdo con los análisis científicos, dentro de las causas de muerte súbita en el infarto agudo del miocardio se calcula que aproximadamente 250.000 personas mueren fuera del hospital, y el causante de muerte más común es la fibrilación ventricular, precedida inicialmente por taquicardia ventricular con pulso y luego sin pulso<sup>7</sup>.

##### 5.2. Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.)

La Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.) allegó al Congreso de la República un concepto sobre el Proyecto de ley número 95 de 2015 Senado, el día 19 de noviem-

<sup>1</sup> [http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/Arrhythmia/PreventionTreatmentofArrhythmia/Defibrillation\\_UCM\\_305002\\_Article.jsp#.VjpPnMnRhaU](http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/Arrhythmia/PreventionTreatmentofArrhythmia/Defibrillation_UCM_305002_Article.jsp#.VjpPnMnRhaU).

<sup>2</sup> [http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/Arrhythmia/AboutArrhythmia/About\\_Arrhythmia\\_UCM\\_002010\\_Article.jsp#.VjzCKMnRhaU](http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/Arrhythmia/AboutArrhythmia/About_Arrhythmia_UCM_002010_Article.jsp#.VjzCKMnRhaU).

<sup>3</sup> [http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartAttack/AboutHeartAttacks/About-Heart-Attacks\\_UCM\\_002038\\_Article.jsp#.VjzCVsnRhaU](http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartAttack/AboutHeartAttacks/About-Heart-Attacks_UCM_002038_Article.jsp#.VjzCVsnRhaU).

<sup>4</sup> [http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/Arrhythmia/PreventionTreatmentofArrhythmia/Defibrillation\\_UCM\\_305002\\_Article.jsp#](http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/Arrhythmia/PreventionTreatmentofArrhythmia/Defibrillation_UCM_305002_Article.jsp#).

<sup>5</sup> <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Hombres.-m%C3%A1s-propensos-en-Colombia-a-morir-de-infarto.aspx>.

<sup>6</sup> *Ibid.* 1.

<sup>7</sup> “[...] Cuando ha habido oportunidad de registrar el ritmo, 40% ha mostrado fibrilación ventricular; pero es probable que una proporción mayor de este ritmo haya estado presente al tiempo del colapso, si se hubiera tenido tiempo de registrarlo. Si alguien con entrenamiento hubiese estado presente al tiempo del colapso, el paciente hubiera podido sobrevivir y salir del paro (la importancia del denominado «primer respondiente» para atender la emergencia). [...]” (Matiz, 2009).

bre de 2015. A continuación se transcriben extractos del mismo:

*“La desfibrilación será efectiva únicamente mientras el ritmo de fibrilación se encuentre presente<sup>5</sup>, una vez haya silencio eléctrico (diez minutos después) ya no habrá respuesta al estímulo eléctrico externo y además, la posibilidad de respuesta también disminuye a medida que van pasando los minutos, es decir, la desfibrilación será más efectiva entre menos tiempo haya transcurrido desde el inicio del paro. (Idealmente menos de 4 minutos)<sup>5</sup>.*

*Debido a que el tratamiento efectivo para la fibrilación ventricular es la desfibrilación, es importante tener acceso rápido a un equipo de reanimación que disponga de un desfibrilador.*

*Lo eslabones anteriormente descritos son los eslabones de la cadena de supervivencia, cada uno de ellos indispensable, por cuanto conforma un grupo de acciones vitales en el tratamiento de las víctimas de paro cardiorrespiratorio:*

*1. Reconocimiento y activación temprana del sistema de respuesta a emergencias, donde la comunidad debe jugar un papel muy importante, el tiempo es la limitante mayor y sabiendo que el proceso de muerte será irreversible dentro de 10 o 15 minutos, debe activarse inmediatamente que ocurre el evento para que el equipo de ayuda llegue a tiempo.*

*2. Reanimación cardiopulmonar de alta calidad, inmediata. Para lograr que la persona quede sin secuelas neurológicas es necesario que siga llegando sangre oxigenada a los órganos vitales (cerebro, corazón, etc.). Por eso se encuentra en la literatura también como reanimación cardio-cerebro-pulmonar y son las maniobras de compresiones torácicas externas acompañadas o no de maniobras de ventilación las que mantienen este flujo vital.*

*3. Desfibrilación rápida. El 70% de los ritmos iniciales de paro requiere este tratamiento, por lo tanto es indispensable que llegue a la víctima antes del tiempo de inicio del silencio eléctrico.*

*4. Soporte vital avanzado. Son todas las acciones que llevará a cabo el personal de salud y que requiere de mayores conocimientos y entrenamiento específico en el tema.*

*5. Cuidados post-reanimación. Después de que la víctima sale del paro debe ser llevada a un sitio adecuado donde se le brinde un tratamiento integral para el estado pos-paro cardíaco, conocido como “isquemia-reperfusión”, para proteger el cerebro y rescatar los órganos de la inestabilidad hemodinámica<sup>6</sup>.*

(...)

*El Desfibrilador Externo Automático (DEA) es un dispositivo liviano, sofisticado, electrónico que al ser conectado a una víctima analiza e identifica por sí solo la arritmia presente y define si es ne-*

*cesaria una descarga de desfibrilación, mediante comandos visuales y auditivos facilita a cualquier persona (lego o no) con un mínimo de entrenamiento proporcionar esta descarga sin tener que analizar el ritmo ni escoger el nivel de descarga necesario. Sólo siguiendo los comandos de voz el equipo carga la energía necesaria automáticamente y alienta al reanimador lego a realizar la descarga a través de unos parches conectados en el pecho desnudo del paciente teniendo un mínimo de condiciones de seguridad<sup>7</sup>.*

(...)

*Uno de los fundamentos más claros es la limitación en el tiempo, por eso y basándose en estudios epidemiológicos sobre la incidencia de los episodios de paro se han determinado los sitios donde debe estar disponible un DEA<sup>11</sup>. Sin embargo un episodio de paro puede seguir presentándose en sitios no concurridos. A nivel mundial se recomienda que los desfibriladores externos automáticos DEA de acceso público se utilicen principalmente de las siguientes dos formas<sup>7;12;13</sup>:*

*A. DEA de acceso público fijo: ubicados en sitios de alta afluencia o permanencia de personas. Su objetivo es que un reanimador lego de la comunidad, testigo del paro, pueda usarlo y que pueda proporcionar una desfibrilación temprana a la víctima de paro cardiorrespiratorio.*

*Algunos ejemplos de sitios de alta afluencia son: estadios y centros deportivos, aeropuertos, casinos, complejos de oficinas, entidades gubernamentales, congregaciones religiosas, centros comerciales, centros educativos, hogares geriátricos, en fin, escenarios donde haya gran cantidad de personas.*

*Hay factores adicionales a tener en cuenta como son:*

*Un hogar geriátrico puede tener menos gente al tiempo que los estudiantes en una escuela infantil, sin embargo la posibilidad de un evento agudo en el hogar geriátrico es mayor por el rango de edades.*

*En un sitio gigante y de alta afluencia como un centro comercial debe garantizarse que haya un desfibrilador disponible cerca, de tal manera que cualquier persona ‘pueda desplazarse y volver con él hasta donde está la víctima en un tiempo menor que 3 o 4 minutos.*

*Hay estudios serios acerca de todas estas variables y los países que han adoptado estas medidas lo han hecho de diferentes formas<sup>8</sup>.*

*B. DEA de acceso público móvil: ubicado en vehículos de respuesta rápida, que son tripulados por personal entrenado, como son las ambulancias, vehículos de bomberos o de policía.*

*A continuación se resumen los pasos sencillos que debe seguir cualquier usuario de un DEA<sup>12;14</sup>:*

1. Encendido del equipo: con un botón de fácil acceso, que además activa el parlante del equipo para emitir las instrucciones verbales que siguen.

2. Conectar los electrodos en el pecho desnudo del paciente y el otro extremo del cable en el conector del DEA donde habrá una luz intermitente; en este momento el equipo instruye al reanimador a separarse para analizar el ritmo cardíaco. En caso de requerirse la descarga, por las características del ritmo desfibrilable, el aparato activa automáticamente la energía y se carga solo.

3. Al cargarse el equipo enciende una luz intermitente sobre el botón de descarga que debe ser accionado por el reanimador. El aparato instruye al reanimador a separarse de la víctima y al accionar la descarga avisará que la descarga ha sido administrada y alentará al reanimador a continuar las maniobras de reanimación.

(...)

Respecto de la investigación en educación hay que resaltar el esfuerzo de investigadores locales<sup>15</sup>; en un estudio que incluyó 33 estudiantes candidatos a instructores de reanimación se evaluó el conocimiento previo que ellos tenían acerca del uso apropiado del DEA, se encontró que la mayoría de ellos tenía un gran desconocimiento al iniciar el taller de capacitación, teniendo en cuenta que estos estudiantes en su totalidad eran médicos, se concluyó que el desconocimiento general del manejo de este equipo, incluso por el personal de salud, demuestra la ausencia de políticas de educación adecuadas que son necesarias para la colocación de los DEA en áreas de acceso masivo de población, y que no solamente se requiere su adquisición sino una política clara de educación hacia la comunidad para que sea utilizado de manera adecuada.

(...)

Según la OPS (Organización Panamericana de Salud) tradicionalmente el Soporte Vital Básico se refirió a la atención no invasiva, sin embargo, debido a la llegada de aparatos computarizados para leer electrocardiogramas, la desfibrilación se considera ahora parte del soporte vital básico, con la disponibilidad de los desfibriladores automáticos externos de acceso público (DEA)<sup>17</sup>.

La historia de la inclusión de los desfibriladores en las ambulancias está relacionada a la evolución en las técnicas de reanimación, en 1946 el doctor James Elam fue el primero en registrar el desempeño de la ventilación artificial de boca a boca; el doctor Peter Safar basándose en los conocimientos de Elam, revolucionó la atención médica de emergencias con el perfeccionamiento y la enseñanza de estas técnicas de ventilación; a finales de los años cincuenta, William Kouwenhoven, James Jude y Guy Knickerbocker de la Universidad Johns Hopkins, lograron comprender la relación entre desfibrilación, la respiración boca a boca y el masaje cardíaco externo. En el año

1961 se publicó en JAMA el Procedimiento de la Reanimación Cardiopulmonar (RCP), lo que revolucionó aún más la atención de emergencias<sup>17</sup>.

Paul Zoll, en 1956, fue el primero en realizar la desfibrilación a tórax cerrado utilizando un desfibrilador de corriente alterna. En 1962, Bernard Lown creó un desfibrilador portátil de corriente continua. Al combinar la RCP con la facilidad de transporte del desfibrilador se habían creado las bases fundamentales de la atención cardíaca de emergencia. Llevaría casi cinco años para que el concepto fuera adoptado por unos pocos médicos y que comenzara la práctica de la atención en el ambiente prehospitalario<sup>17</sup>.

A principios de los años setenta el doctor Mark Vasu, a pesar de tener en contra a todos sus colegas, enseñó a legos el procedimiento de la reanimación. Vasu atribuye al descubrimiento de la reanimación cardiopulmonar el gran impulso que se dio al movimiento de la creación de los servicios de emergencias médicas. La atención hacia el sitio de la emergencia empezó rápido cuando aparecieron informes acerca de la muerte de pacientes que de estar cerca a un sitio de atención se habrían salvado. En 1967 el doctor J.F. Paintridge un cardiólogo irlandés describió cómo desarrolló un servicio por el cual se podía llamar a la unidad de Cuidados Intensivos de su hospital y solicitar que una unidad móvil de cuidados intensivos fuera despachada al lugar de la emergencia. El doctor Paintridge informó que se salvaron vidas mediante el uso de un monitor de electrocardiografía y desfibrilador portátil, en hogares de individuos afectados por ataques cardíacos. El junto con otros médicos conformaron un grupo que incluyó al doctor Safar y se denominó la Comunidad de Mainz, pues se reunían una vez al año en la ciudad de ese nombre para intercambiar los resultados de sus investigaciones.

En las décadas siguientes apareció la normatividad acerca de la formación de los servicios de emergencias médicas que con el tiempo llegaron a ser reconocidos como el tercer servicio de importancia después del servicio de policía y el de bomberos, los socorristas iniciales fueron adquiriendo educación específica creándose el servicio técnico de socorristas y en la década de los ochenta apareció el desfibrilador externo automático que cambió enormemente la mortalidad.

La notificación del doctor Paintridge sobre el éxito de la desfibrilación pre-hospitalaria manual y de los cuidados intensivos móviles en gran parte puede ser comparada con lo que se ha logrado actualmente con el desfibrilador automático. El desfibrilador automático despolariza el corazón de modo similar al de Paintridge, con una diferencia importante, el socorrista no necesita ser médico, enfermera, paramédico ni técnico en emergencias médicas. La máquina sabe cómo leer el electrocardiograma y determina cuando es apropiado producir la descarga sobre el paciente. Cualquiera

lego puede aprender cómo usar el dispositivo en menos de cinco horas y se comprobó que la retención de habilidades es mejor que la de los estudiantes legos que aprenden RCP<sup>17</sup>.

(...)

La Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación ha liderado en los últimos 15 años los intentos de legislación en nuestro país, y mientras esto se logra, continúa impartiendo cursos y talleres de soporte vital básico y avanzado dirigidos a la comunidad y al personal de la salud; existen además en Colombia alrededor de 30 entidades educando reanimadores, este gran esfuerzo requiere además de una política gubernamental que legisle acerca de los temas de desfibrilación de acceso público y los mecanismos de educación necesarios<sup>20</sup>.

(...)

El Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), contratado por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia realizó en 2014 un Análisis de costo-efectividad del uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA) comparado con Reanimación Cardio-pulmonar Básica (RCP) en Colombia<sup>25</sup>, el objetivo fue analizar los costos y la efectividad de los desfibriladores automáticos y semiautomático en espacios de afluencia masiva y ambulancias básicas en Colombia; su población objetivo fueron personas que presentaron pérdida del estado de conciencia en espacios de afluencia masiva de público (aeropuertos, centros comerciales, estadios, centros de convenciones, colegios, universidades, medios masivos de transporte público, cárceles, entre otros) y en ambulancias básicas.

Previo a la realización del análisis reunió a expertos en el tema, miembros de las sociedades científicas incluyendo las áreas de Anestesiología y Reanimación, Cardiología y Electrofisiología, Emergencias Médicas, Instructores en Reanimación Cardio-cerebro-pulmonar Avanzada y miembros del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE); con ellos hizo la estandarización de términos y el diseño del análisis de costo-efectividad<sup>25</sup>.

Utilizando el modelo de árbol de decisiones, usó como desenlaces y valoración la mortalidad y los años de vida ganados, incluyó los costos del dispositivo, los costos de medicamentos y los costos de procedimientos e insumos; sus fuentes de datos de costos fueron la consulta a proveedores, SISMED (Sistema de Información de Precios de Medicamentos) y el Manual Tarifario ISS 2001. (Instituto de Seguridad Social), la metodología empleada en ese reporte siguió los lineamientos propuestos en el Manual para la Elaboración de Evaluaciones Económicas en Salud Pública por el IETS (Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud).

La **intervención** analizada fue el uso de DEA (Desfibrilador Externo Automático) en espacios de afluencia masiva de público y el semiautomático para ambulancias básicas y el **comparador** fue la realización de Reanimación cardiopulmonar básica.

El **desenlace medido** fue el número de muertes evitadas con las dos intervenciones en salud, DEA y RCP.

Los resultados del caso base mostraron que en el escenario de espacios públicos, el costo de una muerte evitada es de \$87.492.099 pesos colombianos. En el escenario de las ambulancias básicas el costo de una muerte evitada es de \$47.980.642 pesos colombianos. Al expresar estas cifras en costo por año de vida ganado, el DEA sería altamente costo-efectivo en ambos escenarios<sup>25</sup>.

Los análisis de sensibilidad y el diagrama de tornado mostraron que las variables con mayor impacto sobre la RICE (Razón Incremental de Costo-Efectividad) en espacios públicos son la probabilidad de sobrevida al alta hospitalaria y el costo del Desfibrilador Externo Automático (DEA). En el caso de las ambulancias básicas las variables con mayor impacto sobre la RICE (Razón Incremental de Costo-Efectividad) fueron la probabilidad de sobrevida con el DEA y la probabilidad de sobrevida con RCP (Reanimación Cardio-Pulmonar Básica), ambas en el alta hospitalaria<sup>25</sup>.

(...)

Teniendo en cuenta la importancia del documento del IETS, que es un estudio serio realizado por una entidad no gubernamental patrocinado por el Ministerio de Salud y la Protección Social, incluyo a continuación la discusión que se redactó luego de la elaboración del informe:<sup>25</sup>

“Diversos países alrededor del mundo han recomendado e implementado el DEA en espacios de afluencia masiva de público. En Europa, la legislación es bastante heterogénea con respecto a la implementación o el uso del DEA. La lenta implementación obedece principalmente a la percepción limitada de la importancia de la desfibrilación temprana y por la resistencia a desmedicinalizar el acto de la desfibrilación.7;25.

En Europa la estructura y organización de los servicios médicos de emergencias y legislación concerniente a desfibrilación son muy variables dependiendo del país, todos los países europeos aceptan las directrices del Consejo Europeo de Resucitación que definió que un programa efectivo de desfibrilación requiere la integración de al menos 5 áreas de trabajo estrechamente relacionadas: el análisis de las condiciones locales y la identificación de prioridades, la implementación de protocolos de intervención, la identificación y el entrenamiento de personal, un sistema eficiente de recolección de información y, un mantenimiento continuo de los equipos7;26.

En España mediante el Real Decreto número 365 de 2009<sup>27</sup> el Ministerio de Sanidad y Consumo expidió las condiciones y requisitos mínimos de seguridad y calidad en la utilización del DEA. En ellos se establece que los organismos, empresas e instituciones públicas y privadas que instalen un Desfibrilador Externo Semiautomático (DESA) serán responsables de garantizar su mantenimiento y conservación de acuerdo con las instrucciones del fabricante, y deberán notificarlo a la autoridad sanitaria de la comunidad autónoma del lugar, teniendo en cuenta que será indispensable señalar un lugar visible para su instalación y las normas de su utilización 7:27;28. El DESA también debe garantizar la implementación de un sistema de información articulado con las entidades sanitarias para la notificación posterior a los eventos. De otro lado son las comunidades autónomas quienes deben encargarse del entrenamiento del personal que prestaría la atención con DEA<sup>7</sup>;27.

En Estados Unidos se presenta heterogeneidad de la legislación con respecto a la implementación de los DEA en los estados federados. Sin embargo todos comparten ciertos parámetros generales en cuanto a la reglamentación del uso de los DEA 29-31:

- Regulación y supervisión de la fabricación y venta de los DEA.
- Regulación y supervisión por parte de quienes implanten y hagan uso de los DEA.
- Mandatos de los programas para lugares específicos.
- Inmunidad legal para el “Buen Samaritano”.
- Definición de los fondos para los programas de los DEA.
- Implementar por parte de los establecimientos que implanten y hagan uso de los DEA la notificación a los servicios de emergencias de la presencia y ubicación de un DEA.
- Quienes implanten y hagan uso del DEA deben encargarse de la capacitación a quienes hagan uso del mismo.

La solicitud para obtener un DEA puede surgir de dos contextos: como una solicitud de la comunidad, estableciendo la necesidad de implementación de los dispositivos en ciertos espacios (escuelas, centros de salud, etc.) o como una decisión de política pública. Por lo demás, la obligación de disponer de un DEA en ciertos escenarios es variable entre estados. De la misma forma, las leyes de protección al “buen samaritano” dificultan la interposición de acciones legales en contra de las personas involucradas en los programas de DEA. Sin embargo, el tipo y grado de protección a estas personas también es heterogéneo a lo largo de los estados.

En Japón, desde 2004 se estableció legalmente que cualquier ciudadano puede usar un DEA. El uso de los DEA en espacios públicos no es con-

trolado por las autoridades sanitarias, sino que depende de las iniciativas de los sectores público y privado<sup>7</sup>.

Para el caso de algunos países en América Latina, se encontró que en Puerto Rico ya está legislado el uso del DEA en espacios privados que atienden al público<sup>32</sup>, así como en espacios públicos<sup>33</sup>. La legislación de ese país establece que el Departamento de Salud, en coordinación con el personal encargado de los establecimientos privados, tendrá la responsabilidad en la capacitación para el uso del DEA. La provisión de fondos será tanto pública como privada, esto último dependiendo de la necesidad que presente cada establecimiento.

En Uruguay se ha establecido que en los espacios públicos o privados donde exista afluencia de público, deberán contar como mínimo con un desfibrilador externo automático, que deberá ser mantenido en condiciones aptas de funcionamiento y disponible para el uso inmediato en caso de necesidad de las personas que por allí transiten o permanezcan, de acuerdo a la gradualidad que el Ministerio de Salud Pública determine<sup>34</sup>. De esa manera, quienes dispongan y hagan uso del DEA serán responsables de la instalación y del mantenimiento de los desfibriladores.

En Colombia, el uso del DEA en espacios de afluencia masiva de público y ambulancias básicas es un tema de interés para el Ministerio de Salud y protección Social, razón por la cual se solicitó la realización de este estudio<sup>8</sup>.

De otra parte, el informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), señala como una de las principales preocupaciones mundiales las muertes por epidemia de enfermedades cardiovasculares, especialmente en los Estados de ingresos medios, y bajos, así, la organización internacional señaló:

“[...] El Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles es el primer informe sobre la epidemia de carácter mundial de enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas, junto con sus factores de riesgo y determinantes. Las enfermedades no transmisibles causaron la muerte de 36 millones de personas en 2008, gran parte de las cuales no contaban aún 60 años, es decir, que se encontraban en el periodo más productivo de sus vidas. La magnitud de estas enfermedades sigue aumentando, especialmente en países de ingresos bajos y medianos. [...]”<sup>8</sup>.

Como es de notar, la literatura científica al respecto es extensa y soporta técnicamente la perti-

<sup>8</sup> Disponible en:

[http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKewj5xZHdv5\\_JAh\\_XFlh4KHcrgAVIQFggeMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fdietphysicalactivity%2Fsalt-report-SP.pdf&usq=AFQjCNFovpnce4LFZQ0J3SMmP4o9aXeh3w](http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKewj5xZHdv5_JAh_XFlh4KHcrgAVIQFggeMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fdietphysicalactivity%2Fsalt-report-SP.pdf&usq=AFQjCNFovpnce4LFZQ0J3SMmP4o9aXeh3w)

nencia de la iniciativa, por lo que, sería beneficioso para la población colombiana poder tener garantizado el uso a los DEA, especialmente por la corresponsabilidad público-privada que, como explicaremos a continuación, persigue la iniciativa, lo que zanja el hecho de que la iniciativa propuesta no afecta las finanzas públicas y da total aplicación a los derechos constitucionales y la ley estatutaria de salud.

## VI. Fundamentos Jurídicos

La Constitución Política establece en su artículo 49, lo siguiente:

*“Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.*

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

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

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

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

En relación con el objeto que persigue este proyecto y lo que consagra la norma ibidem, la atención de la salud y la recuperación de la misma están a cargo del Estado, el cual para alcanzar estos fines, prestará los servicios de manera eficiente, es decir, contará con los recursos para que se cumplan estos propósitos; universal, para que cubra a todos, y solidaria “como un deber que pesa en cabeza del Estado y de todos los habitantes del país”<sup>9</sup>.

En ese orden de ideas, está la Ley 1751 de 2015, que como norma estatutaria, regula, garantiza y establece los mecanismos para proteger el derecho fundamental a la salud. En esta ley, el artículo 5° sobre las obligaciones del Estado, en lo que concierne a esta iniciativa, sostiene en los literales f) que velará “por el cumplimiento de los principios del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, según las necesidades de salud de la población;” y j) que intervendrá “el mercado de medicamentos, dispositivos médicos e insumos en salud con el fin de optimizar su utilización,

*evitar las inequidades en el acceso, asegurar la calidad de los mismos o en general cuando pueda derivarse una grave afectación de la prestación del servicio”.*

También está la Ley 1438 de 2011, “por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. Esta norma prevé en su artículo 1°, la estrategia Atención Primaria en Salud, la cual permite la coordinación del Estado, las instituciones y la sociedad para mejorar la salud. Y el artículo 67, especialmente regula los sistemas de emergencias médicas en los siguientes términos:

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

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

Por otra parte, está el Ministerio de Salud y Protección Social que trabaja en un estudio de costo-efectividad de los DEA en ambulancias de transporte básico, que en Colombia se calcula hay cerca de 3.766; porque las ambulancias medicalizadas, unas 899 en todo el país, son las que exigen el uso de desfibriladores<sup>10</sup>.

La Resolución número 2003 de 2014 proferida por el Ministerio de Salud y Protección Social, define “los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud”. En ella se establece la posibilidad de actualizar periódicamente los requisitos, previa la realización de estudios que sustenten su viabilidad futura<sup>11</sup>.

<sup>10</sup> <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/MinSalud-trabaja-en-la-realizacion-de-un-estudio-de-costo-efectividad-de-los-DEA-en-ambulancias.aspx>.

<sup>11</sup> Ibidem.

Luis Fernando Correa, Jefe de la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres del Ministerio de Salud, “*acclaró que los DEA deben estar disponibles en aeropuertos, centros comerciales, centros deportivos, estadios, congregaciones religiosas, centros de convenciones, colegios, universidades, medios masivos de transporte público, cárceles y demás lugares con gran afluencia de público, para lo cual el Ministerio prepara una reglamentación porque se requiere, además de disponer de este tipo de equipos, del personal entrenado para su uso*”<sup>12</sup>.

Iniciativas similares han despertado el interés de otros cuerpos colegiados como el Concejo de Bogotá, que aprobó en primer debate un proyecto de acuerdo que busca la instalación de desfibriladores automáticos o semiautomáticos en puntos donde haya alta aglomeración de personas en la ciudad con el fin de prevenir muertes por infartos o paros cardiorrespiratorios<sup>13</sup>.

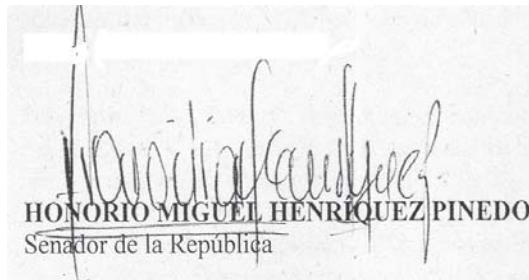
Solo en el Distrito Capital, según la Secretaría Distrital de Salud, el diagnóstico de muertes más comunes es el infarto y el paro cardiorrespiratorio, donde del total de muertes por enfermedades crónicas (16.312), el infarto representa ser la causa del 16.1% y del total de muertes por todas las causas (189.903) el 1.3%.

En este sentido, poder articular e implementar una iniciativa nacional por vía de una ley de la República será un importante aporte que haga el Senado de la República a la salud y calidad de vida de los colombianos.

### VII. Proposición final

Por las razones expuestas, solicitamos a la Mesa Directiva de la Honorable Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, dar primer debate al Proyecto de ley número 95 de 2015 Senado, *por medio de la cual se regula el uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA) en transportes de asistencia, lugares de alta afluencia de público, y se dictan otras disposiciones.*

De los honorables Senadores,



HONORIO MIGUEL HENRÍQUEZ PINEDO  
Senador de la República

<sup>12</sup> Ibidem.

<sup>13</sup> Véase: <http://www.elspectador.com/noticias/bogota/buscan-instalar-desfibriladores-puntos-de-alta-afluencia-articulo-584269>.

### TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 95 DE 2015 SENADO

*por medio de la cual se regula el uso del desfibrilador externo automático (DEA) en transportes de asistencia, lugares de alta afluencia de público, y se dictan otras disposiciones.*

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

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

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

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

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

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

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

Artículo 3°. *Ámbito de aplicación.* La presente ley estará destinada a garantizar el acceso a Desfibriladores Externos Automáticos (DEA) en ambientes extrahospitalarios, transportes asistenciales y espacios con alta afluencia de público, tales como los siguientes:

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

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

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



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

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

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

g) Los sistemas de transporte masivo metropolitano;

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

i) Centros de rehabilitación, salud mental oclusión temporal;

j) Universidades públicas y privadas;

k) Colegios públicos, privados o en concesión;

l) Centros comerciales;

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

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

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

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

Artículo 4°. *Entrenamiento y uso.* El personal médico, paramédico, auxiliar y de apoyo de transportes asistenciales públicos y privados, los efectivos de las fuerzas militares y de policía destinados a lugares con alta afluencia de público, los brigadistas en salud, personal de enfermería, el personal de seguridad y vigilancia privada, los salvavidas, guías, instructores, entrenadores, los docentes o titulares de educación física, recreación y deporte, los guardianes de establecimientos carcelarios o penitenciarios, y los administradores de propiedades y copropiedades privadas en los términos del

artículo anterior recibirán capacitación y certificación en uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA) por parte de las Secretarías Departamentales o Municipales de Salud, de acuerdo con la reglamentación y supervisión del Ministerio de Salud y Protección Social.

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

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

a) Estandarización del tipo de DEA requerido para la atención de emergencias extrahospitalarias;

b) Registro, inspección y vigilancia de los DEA;

c) Registro, inspección y vigilancia de los lugares y transportes obligados a contar con un DEA;

d) Capacitación, certificación y supervisión para el uso del DEA;

e) Procedimiento y protocolo para la disponibilidad necesaria (geográfica, por factores de emergencia y riesgo de los DEA) en lugares públicos y privados;

f) Procedimiento para simulacros en atención de emergencias que requieran el uso de los DEA;

g) Coordinación de la ruta vital y de emergencia con las entidades hospitalarias públicas y privadas;

h) Régimen sancionatorio por el incumplimiento de las disposiciones anteriores.

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

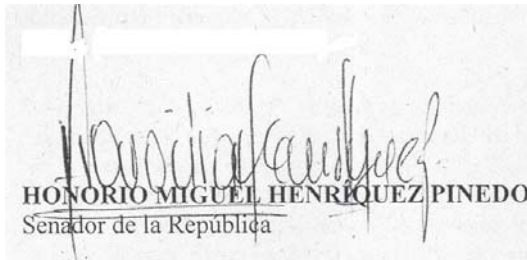
Artículo 6°. *Adquisición.* Las entidades de derecho público efectuarán las previsiones y apropiaciones presupuestales necesarias para la adquisición de los DEA en los términos previstos por la presente ley, en concordancia con lo dispuesto por la Ley 80 de 1993, la Ley 1751 de 2015 y las demás normas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

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

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

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

De los honorables Senadores,



HONORIO MIGUEL HENRÍQUEZ PINEDO  
Senador de la República

COMISIÓN SÉPTIMA  
CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL  
HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

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

En la presente fecha se autoriza **la publicación en Gaceta del Congreso de la República**, el siguiente Informe de ponencia para primer debate.

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

El Secretario,



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

## TEXTOS DEFINITIVOS

### APROBADOS EN PLENARIA

#### **TEXTO DEFINITIVO APROBADO EN SESIÓN PLENARIA EL DÍA 19 DE NOVIEMBRE DE 2015 AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 49 DE 2014 SENADO**

*por la cual se establece la enseñanza de la educación financiera en la educación básica y media en Colombia.*

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. *Objeto.* La presente ley tiene, por objeto desarrollar los principios establecidos en el artículo 67 de la Constitución Nacional, y en la Ley 115 de 1994, respecto a los fines y al contenido de la educación en Colombia.

Artículo 2°. Agréguese un literal al artículo 14 de la Ley 115 de 1994, el cual quedará así:

G) Educación económica y Financiera.

Artículo 3°. *El Ministerio de Educación Nacional incluirá en el currículum de Educación Básica y Media.* Los contenidos necesarios para la enseñanza de la Economía y la Educación Financiera.

Artículo 4°. Con el fin de mejorar el acceso a la información y educación económica y financiera de todos los sectores de la población, autorícese al Gobierno para que celebre convenios con entidades públicas y privadas de carácter nacional e internacional, para la implementación de programas de promoción y educación sobre estos temas.

Artículo 5°. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las normas que le sean contrarias.

Con el propósito de dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 182 de la Ley 5ª de 1992, me permito presentar el texto definitivo aprobado en Sesión Plenaria del Senado de la República del día 19 de noviembre de 2015, al Proyecto de ley número 49 de 2014 Senado, *por la cual se establece la enseñanza de la educación financiera en la educación básica y media en Colombia.*

Cordialmente,

**ROSMERY MARTINEZ ROSALES**  
Senadora – Ponente

El presente texto definitivo, fue aprobado con modificaciones en Sesión Plenaria del Senado de la República el día 19 de noviembre de 2015, de conformidad con el texto propuesto para segundo debate.

**GREGORIO ELJACH PACHECO**  
Secretario General

#### **TEXTO DEFINITIVO APROBADO EN SESIÓN PLENARIA EL DÍA 19 DE NOVIEMBRE DE 2015 AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 164 DE 2015 SENADO**

*por medio de la cual se aprueba el “Acuerdo Marco entre las Naciones Unidas y el Gobierno de la República de Colombia Relativo a las Contribuciones al Sistema de Acuerdos de Fuerzas de Reserva de las Naciones Unidas para las Operaciones de Mantenimiento de la Paz”, suscrito en la ciudad de Nueva York el 26 de enero de 2015.*

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. Apruébase el “Acuerdo Marco entre las Naciones Unidas y el Gobierno de la República de Colombia Relativo a las Contribuciones al Sistema de Acuerdos de Fuerzas de Reserva de las Naciones Unidas para las Operaciones de Mantenimiento de la Paz”, suscrito en la ciudad de Nueva York el 26 de enero de 2015.

Artículo 2°. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 1° de la Ley 7ª de 1994, el “Acuerdo Marco entre las Naciones Unidas y el Gobierno de la República de Colombia Relativo a las Contribuciones al Sistema de Acuerdos de Fuerzas de Reserva de las Naciones Unidas para las Operaciones de Mantenimiento de la Paz”, suscrito en la ciudad de Nueva York el 26 de enero de 2015, que por el artículo 1° de esta ley se aprueba, obligará a la República de Colombia a partir de la fecha en que se perfeccione el vínculo internacional respecto del mismo.

Artículo 3°. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación.

Con el propósito de dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 182 de la Ley 5ª de 1992, me permito presentar el texto definitivo aprobado sin modificaciones en Sesión Plenaria del Senado de la República del día 19 de noviembre de 2015, al Proyecto de ley número 164 de 2015 Senado, *por medio de la cual se aprueba el “Acuerdo Marco entre las Naciones Unidas y el Gobierno de la República de Colombia Relativo a las Contribuciones al Sistema de Acuerdos de Fuerzas de Reserva de las Naciones Unidas para las Operaciones de Mantenimiento de la Paz”*, suscrito en la ciudad de Nueva York el 26 de enero de 2015.

Cordialmente,

**JIMMY CHAMORRO CRUZ**  
Senador – Ponente

El presente texto definitivo, fue aprobado sin modificaciones en Sesión Plenaria del Senado de la República el día 19 de noviembre de 2015, de conformidad con el texto propuesto para segundo debate.

**GREGORIO ELJACH PACHECO**  
Secretario General

\* \* \*

**TEXTO DEFINITIVO APROBADO  
EN SESIÓN PLENARIA EL DÍA 19 DE  
NOVIEMBRE DE 2015 AL PROYECTO DE  
LEY NÚMERO 032 DE 2014 CÁMARA, 168  
DE 2015 SENADO**

*por medio de la cual se declara Patrimonio Inmaterial, Cultural, Artístico y Folclórico de la Nación, el desfile El Salsódromo que se realiza dentro del marco de la Feria de Cali, y se dictan otras disposiciones.*

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. *Objeto.* Declárese Patrimonio Inmaterial, Cultural, Artístico y Folclórico de la Nación, el desfile El Salsódromo que se realiza dentro del marco de la Feria de Cali.

Artículo 2°. La República de Colombia, exalta a las Escuelas que participan activamente con sus espectáculos en el desfile El Salsódromo que se realiza dentro del marco de la Feria de Cali.

Artículo 3°. La salsa quedará incluida dentro de las acciones culturales que contarán con el apoyo del Gobierno nacional.

Artículo 4°. El desfile El Salsódromo como evento inaugural de la Feria de Cali, contará con espacios amplios y confortables para las personas con discapacidad.

Artículo 5°. Se incrementará y garantizará la presencia de la Fuerza Pública durante el evento del desfile El Salsódromo para garantizar mayor protección a los asistentes e invitados.

Artículo 6°. La Nación, a través del Ministerio de Cultura, contribuirá al desarrollo, perpetuación, publicidad, programas, alocuciones por canales de televisión y medios de comunicaciones locales y nacionales, para la difusión y propagación del desfile El Salsódromo.

Artículo 7°. *De las obras y su financiación.* A partir de la sanción de la presente ley y conforme a lo establecido en los artículos 288, 334, 341 y 345 de la Constitución Política, las competencias establecidas en la Ley 715 de 2001 y sus decretos reglamentarios, la Ley 819 de 2003, se autoriza al Gobierno nacional para que incorpore dentro del Presupuesto General de la Nación e impulse a través del Sistema Nacional de Cofinanciación y del Programa Nacional de Concertación Cultural, las apropiaciones necesarias para El Salsódromo que se realiza dentro del marco de la Feria de Cali, al igual que la, financiación, fomento y permanencia de las Escuelas de Salsa de Santiago de Cali, en concordancia con la Administración Municipal.

Artículo 8°. *Bailódromo.* Créese “El Bailódromo”, como escenario físico y espacio para estimular la práctica y desarrollo del baile en sus diversas manifestaciones a través de academias y escuelas.

Parágrafo. Facúltese al Gobierno nacional para que efectúe las asignaciones presupuestales pertinentes para la construcción del Bailódromo en la Ciudad de Cali.

Artículo 9°. *Vigencia.* La presente ley rige a partir de la fecha de su sanción y promulgación y deroga toda disposición que le sea contraria.

Con el propósito de dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 182 de la Ley 5ª de 1992, me permito presentar el texto definitivo aprobado en Sesión Plenaria del Senado de la República del día 19 de noviembre de 2015, al Proyecto de ley número 032 de 2014 Cámara, 168 de 2015 Senado, *por medio de la cual se declara Patrimonio Inmaterial, Cultural, Artístico y Folclórico de la Nación, el desfile El Salsódromo que se realiza dentro del marco de la Feria de Cali, y se dictan otras disposiciones.*

Cordialmente,

**MYRIAM ALICIA PAREDES AGUIRRE**  
Senadora – Ponente

El presente texto definitivo, fue aprobado sin modificaciones en sesión Plenaria del Senado de la República el día 19 de noviembre de 2015, de conformidad con el texto propuesto para segundo debate.

**GREGORIO ELJACH PACHECO**  
Secretario General

**CONTENIDO**

Gaceta número 963 - martes 24 de noviembre de 2015

SENADO DE LA REPÚBLICA

PONENCIAS

Págs.

Informe de ponencia para primer debate y texto propuesto al proyecto de ley número 95 de 2015 Senado, por medio de la cual se regula el uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA) en transportes de asistencia, lugares de alta afluencia de público, y se dictan otras disposiciones. .... 1

TEXTOS DEFINITIVOS  
APROBADOS EN PLENARIA

Texto definitivo aprobado en sesión plenaria el día 19 de noviembre de 2015 al proyecto de ley número 49 de 2014 Senado, por la cual se establece la enseñanza de la educación financiera en la educación básica y media en Colombia. .... 10

Texto definitivo aprobado en sesión plenaria el día 19 de noviembre de 2015 al proyecto de ley número 164 de 2015 Senado, por medio de la cual se aprueba el “Acuerdo Marco entre las Naciones Unidas y el Gobierno de la República de Colombia Relativo a las Contribuciones al Sistema de Acuerdos de Fuerzas de Reserva de las Naciones Unidas para las Operaciones de Mantenimiento de la Paz”, suscrito en la ciudad de Nueva York el 26 de enero de 2015... 10

Texto definitivo aprobado en sesión plenaria el día 19 de noviembre de 2015 al proyecto de ley número 032 de 2014 Cámara, 168 de 2015 Senado, por medio de la cual se declara Patrimonio Inmaterial, Cultural, Artístico y Folclórico de la Nación, el desfile El Salsódromo que se realiza dentro del marco de la Feria de Cali, y se dictan otras disposiciones. .... 11