



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXV - N° 132

Bogotá, D. C., jueves, 7 de abril de 2016

EDICIÓN DE 16 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 80 DE 2015 SENADO

por medio de la cual se establece e implementa la condición del aforo, para locales y establecimientos de comercio, espectáculos públicos y actividades recreativas, y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C., marzo 30 de 2016

Honorable Senador:

GERMÁN HOYOS GIRALDO

Presidente

Comisión Tercera Constitucional Permanente

Senado de la República.

Referencia: Informe de ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 80 de 2015 Senado, por medio de la cual se establece e implementa la condición del aforo, para locales y establecimientos de comercio, espectáculos públicos y actividades recreativas, y se dictan otras disposiciones.

Respetado Presidente:

En cumplimiento a la designación que la Mesa Directiva de la Comisión Tercera Constitucional Permanente del Senado de la República me hiciera, y de conformidad con lo establecido en el artículo 174 y siguientes de la Ley 5ª de 1992, someto a consideración de los honorables Senadores de esta célula legislativa el presente informe de ponencia para primer debate al proyecto de ley de la referencia.

Antecedentes del proyecto

El proyecto de ley que nos ocupa corresponde a una iniciativa del Senador Hernando Pedraza, el cual fue radicado en la Secretaría General del honorable Senado de la República el día 27 del mes de agosto del año 2015, publicado en la *Gaceta del Congreso* número 627 de 2015, repartido a la Comisión Tercera de esta Corporación por ser de su competencia, y por decisión de la Mesa Directiva fui asignado como ponente para

presentar ponencia en primer debate, la cual rindo en los siguientes términos:

TEXTO ORIGINAL DEL PROYECTO

PROYECTO DE LEY NÚMERO 80 DE 2015 SENADO

por medio de la cual se establece e implementa la condición del aforo, para locales y establecimientos de comercio, espectáculos públicos y actividades recreativas, y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. *Objeto.* La presente ley tiene por objeto implementar la condición del aforo, para locales y establecimientos de comercio, espectáculos públicos y actividades recreativas, de carácter público y privado, con el fin de generar entornos de seguridad y protección para la comunidad.

Artículo 2°. *Ámbito de aplicación.* El contenido de la presente ley será aplicable a los locales y establecimientos de comercio, espectáculos públicos y actividades recreativas que se desarrollen en el territorio nacional, y que tengan o no finalidad lucrativa, de igual forma a los que se realicen de forma habitual o esporádica y con la independencia de que sus titulares u organizadores sean entidades públicas o privadas, con acatamiento al ordenamiento jurídico vigente y a la Constitución Política Nacional.

Artículo 3°. *Del aforo.* Corresponde al cartel expuesto a la entrada de los locales y establecimientos de comercio, espectáculos públicos y actividades recreativas públicas y privadas que se desarrollen en el territorio nacional, de manera visible al público con el objeto de informar sobre las condiciones de la actividad a realizar.

Artículo 4°. *Publicidad.* En el exterior de los locales y establecimientos regulados en esta ley y en lugar visible deberá exhibirse un documento avalado por las respectivas alcaldías locales, municipales y distritales, previamente presentado por los locales y estableci-

mientos de comercio, espectáculos públicos y actividades recreativas públicas y privadas.

Artículo 5°. *Del contenido del aforo.* En todos los carteles habrá de consignarse, al menos, los datos siguientes:

- a) La denominación de la clase de espectáculo o actividad a desarrollar;
- b) Salidas de emergencia identificadas en un mapa del lugar;
- c) Número de baños y su ubicación;
- d) Condición de público o privado;
- e) En su caso, el título de las obras y los nombres de los autores;
- f) El nombre artístico de las personas que vayan a actuar;
- g) Si tienen ánimo de lucro o no;
- h) Fechas y horarios de las actuaciones o representaciones previas;
- i) Los precios de las diversas clases de localidades y entradas que permitan el acceso a los locales donde se celebren los espectáculos y actividades recreativas;
- j) Las condiciones, en su caso, del abono de localidades para una serie de actuaciones o representaciones previstas;
- k) Domicilio de la empresa u organizador de los espectáculos o actividades recreativas;
- l) Capacidad de personas en el lugar.

Artículo 6°. *De la obligatoriedad.* Será obligatorio para los descritos en el artículo 2° de la presente ley, la condición del aforo, su contenido y su debida exposición, de conformidad a lo dispuesto por el artículo 5° de la misma.

Artículo 7°. *Del trámite y requisitos para el otorgamiento del aforo.* Los locales y establecimientos de comercio, espectáculos públicos y actividades recreativas, de carácter público y privado, deberán presentar el cartel de aforo, con las condiciones descritas en la presente ley, las respectivas alcaldías locales, municipales y distritales, avalarán o no el aforo.

Artículo 8°. *Inspección y vigilancia.* Corresponde a las alcaldías locales, municipales y distritales, mediante los mecanismos de inspección, velar por el cumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente ley.

Artículo 9°. *Exclusiones.* Quedan excluidas de la presente ley las actividades privadas, de carácter familiar o educativo, que no estén abiertas a la pública concurrencia.

Artículo 10. *Sanciones.* El incumplimiento de las sanciones al incumplimiento de esta ley, serán las que se fijen por las respectivas alcaldías locales, municipales y distritales.

Artículo 11. *Vigencia.* La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Elementos de apreciación

Es indudable que el contenido del proyecto tiene una buena intención, al tratar de reglamentar el aforo para los espectáculos públicos efectuados en los locales y establecimientos de comercio, fijando requisitos para la información sobre las condiciones del evento. Elementos estos contenidos en normas legales afines vigentes, como la Ley 1493 de 2011 y los decretos establecidos en las autoridades territoriales, derivados de la facultad otorgada por las Leyes 136 de 1994 y 617 del año 2000, además preceptivas de los artículos 286, 311 y 287 de la Carta Política que define al municipio como “una entidad territorial”, con carácter de “entidad fundamental de la división político-administrativa del Estado”, dotada de “Autonomía para la gestión de sus intereses”, etc. (Subrayado fuera de texto).

Criterios constitucionales y legales

Al remitirnos a la Ley 1493 de 2011, encontramos que en sus artículos 3°, 15 hasta el 20, define qué se entiende por espectáculo público de las artes escénicas, como: a) “las representaciones en vivo de expresiones artísticas en teatro, danza, música, circo, magia y todas sus posibles prácticas derivadas o creadas a partir de la imaginación, sensibilidad y conocimiento del ser humano que congrega la gente por fuera del ámbito doméstico, comprendiendo la expresión artística y cultural; reunión de personas en un determinado sitio y, el espacio de entretenimiento, encuentro y convivencia ciudadana; b) Son productores o empresarios de espectáculos públicos de las artes escénicas, las entidades sin ánimo de lucro, las instituciones públicas y las empresas privadas con ánimo de lucro, sean personas jurídicas o naturales que organizan la realización del espectáculo público ... f)... Son escenarios habilitados aquellos lugares en los cuales se pueden realizar de forma habitual espectáculos públicos y que cumplen con las condiciones de infraestructura y seguridad necesarias para obtener la habilitación de escenario permanente por parte de las autoridades locales correspondientes. Hacen parte de los escenarios habilitados los teatros, las salas de conciertos y en general las salas de espectáculos que se dedican a dicho fin.

Los escenarios habilitados para la realización de espectáculos públicos de las artes escénicas, son aquellos lugares de reunión reconocidos por la autoridad municipal o distrital, que tienen por objeto promover la presentación y circulación de dichos espectáculos como actividad principal. Estos escenarios deberán ser inscritos ante la autoridad territorial correspondiente...

Para el reconocimiento de la categoría “habilitado”, el responsable del escenario deberá acreditar ante la autoridad municipal o distrital competente, únicamente el cumplimiento de los siguientes requisitos:

– *Contar con un plan tipo de emergencia para la prevención y mitigación de riesgos, que para cada municipio y/o distrito definirá la autoridad competente.*

– *Cumplir con las condiciones sanitarias y ambientales definidas por el Decreto-ley 2811 de 1974 y las demás normas aplicables sobre la materia.*

– *Las edificaciones nuevas, las que soliciten licencia de construcción y aquellas indispensables para la recuperación de la comunidad con posterioridad a la*

HERNANDO PEDRAZA
Senador de la República

ocurrencia de un sismo, deberán contar con un concepto técnico del comportamiento estructural y funcional del escenario, en los términos y condiciones establecidas en la normatividad nacional que regula la materia: Ley 400 de 1997 y Decreto Reglamentario número 926 de 2010 y/o las que las modifiquen o sustituyan.

– Cumplir con las normas referentes a la intensidad auditiva, horario y ubicación señalados por la entidad competente del respectivo municipio o distrito.

– Cancelar los derechos de autor previstos en la ley, si en el espectáculo público de las artes escénicas se ejecutaran obras causantes de dichos pagos.

– Que está cumpliendo con el pago y declaración de la contribución parafiscal de que trata el artículo 8° de esta ley, y de las demás obligaciones tributarias consagradas legalmente.

– Los responsables de los espectáculos públicos si se trata de un productor ocasional, que cumpla con las garantías o pólizas de que trata el artículo 10.

– El organizador o productor deberá registrar y acreditar los requisitos de que trata este artículo, con un mínimo de menos quince días de antelación a la realización del mismo.

Los espectáculos públicos con artistas internacionales garantizarán las mismas condiciones técnicas, escénicas y personales a los artistas nacionales que compartan el escenario con estos.

Las capitales de departamento deberán crear la ventanilla única de registro y atención a los productores de los espectáculos públicos de las artes escénicas, como mecanismo para registrar la documentación que acredite los requisitos para obtener los permisos de que trata esta ley. Para el trámite de dicho permiso, al mismo tiempo se dará traslado de la solicitud a todas las entidades en lo de su competencia, quienes dentro del término establecido deberán dar su concepto a la ventanilla única para que esta comuniqué la autorización al productor del espectáculo público de las artes escénicas.

Los alcaldes municipales y distritales reglamentarán la ventanilla única de que trata este artículo, para lo cual dispondrán de un término máximo de seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley. El desarrollo e implementación de la ventanilla atenderá las políticas de racionalización de trámites y Gobierno en Línea, establecidas en el Decreto-ley 2150 de 1995, las Leyes 790 de 2002 y 962 de 2005, el Decreto Nacional número 1151 de 2008, las que las modifiquen o sustituyan, y las demás normas y lineamientos administrativos pertinentes. Si no se hubiere expedido dicha reglamentación, el despacho de la alcaldía hará las veces de ventanilla única para los efectos de lo previsto en esta ley.

Las autoridades municipales y distritales promoverán y facilitarán las condiciones para la realización de espectáculos públicos de las artes escénicas en los parques de su respectiva jurisdicción, como actividades de recreación activa que permiten el desarrollo sociocultural y la convivencia ciudadana. Lo anterior sin perjuicio de la protección debida a las estructuras ecológicas que cumplen una finalidad ambiental pasiva y paisajística o que sirven como corredores verdes

urbanos, como los humedales, las rondas de ríos y canales y las reservas forestales.

En cualquier tiempo, las autoridades municipales o distritales verificarán el estricto cumplimiento de las obligaciones señaladas en el presente capítulo y en caso de inobservancia adoptarán las medidas previstas en la ley, garantizando el ejercicio del derecho de defensa”. (Destacados fuera de texto).

Aunque la precitada normatividad contempla la excepción en el sentido de que no se consideran espectáculos públicos de las artes escénicas los cinematográficos, corridas de toros, deportivos, ferias artesanales, desfiles de modas, reinados, atracciones mecánicas, peleas de gallos, de perros, circos con animales, carreras hípicas, ni desfiles en sitios públicos, con el fin de exponer ideas o intereses colectivos de carácter político, económico, religioso o social; las entidades territoriales y el Gobierno nacional cuentan con disposiciones legales y constitucionales para su restricción o habilitación, a saber: la Ley 136 de 1994 en su artículo 1° sintetiza la definición de municipio, su artículo 2° señala las normas constitucionales que indican el régimen al que deben someterse los diferentes aspectos de la acción municipal, y su artículo 3° desarrolla las funciones concretas del municipio; la Ley 388 de 1997 estableció mecanismos idóneos de ordenamiento territorial promoviendo la concurrencia de la nación, las entidades territoriales y las autoridades administrativas y de planeación para lograr el cumplimiento de las respectivas obligaciones en el ordenamiento territorial como vía directa al mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes.

Concordante con lo anterior, el artículo 2° del Decreto número 1333 de 1986 expresa claro que dentro del régimen de autonomía de los municipios para que estos puedan cumplir las funciones asignadas, prestar los servicios a su cargo, promover el desarrollo de sus territorios y el mejoramiento de sus habitantes, se hace necesario que se imponga una legislación municipal especial con todas las características de un estatuto propio, como así ha sucedido.

Si analizamos lo dispuesto por los artículos 286, 311 y 287 de la Carta Política podemos deducir la definición de municipio como “el ente territorial” con el carácter de “entidad fundamental de la división político-administrativa del Estado dotada de autonomía para la gestión de sus intereses”. Esto significa que el municipio es parte integrante de un Estado social de derecho, organizado en forma de República Unitaria con sectores territoriales, autónomos y sometidos al régimen jurídico nacional descrito en la Constitución y en la ley.

Como parte estructural de ese poder nacional, a esa entidad fundamental de la división política y administrativa del Estado le corresponde llevar a cabo la finalidad última del Estado, que es lo expresado en el artículo 2° superior, la de servir a la comunidad, promover la prosperidad y garantizar la efectividad de los principios, deberes y derechos o, como el mismo artículo 311 determina para el municipio en particular, “prestar los servicios públicos que determine la ley, construir las obras que demande el progreso local, ordenar el desarrollo de su territorio, promover la participación comunitaria, el mejoramiento social y cultural de sus

habitantes y cumplir las demás funciones que le asignen la Constitución y la ley”.

Conclusiones

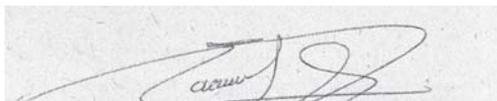
Todo lo anterior nos clarifica esencialmente que lo relacionado con la reglamentación de los espectáculos públicos en el territorio nacional ya se encuentra reglado por disposiciones nacionales como son las leyes vigentes o territoriales amparadas en la Constitución Política, de acuerdo a la autonomía que esta les otorga. Además, que en lo concerniente al control y vigilancia de estos eventos, la mayoría de municipios en el país han dispuesto por medio de acuerdos o decretos, reglas claras sobre su presentación, fuera de lo establecido en los Códigos de Policía nacional y municipales.

Reiterando lo expresado inicialmente, de la positiva intención que tuvo el autor de este proyecto, vemos que no es conveniente abundar en leyes con contenidos ya establecidos en otras anteriores, y la economía legislativa exige de restringir normativas legales homólogas a otras que reiteran disposiciones o invaden la órbita de la autonomía administrativa.

Proposición

Con base en las anteriores consideraciones, presento ponencia negativa y, en consecuencia, solicito muy comedidamente a los honorables Senadores se ordene el archivo del Proyecto de ley número 80 de 2015 Senado, *por medio de la cual se establece e implementa la condición del aforo, para locales y establecimientos de comercio, espectáculos públicos y actividades recreativas, y se dictan otras disposiciones.*

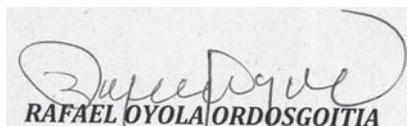
De los señores Senadores,



FERNANDO TAMAYO TAMAYO
Senador – Ponente

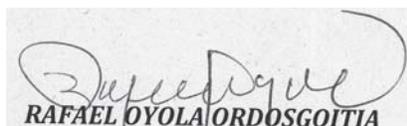
Bogotá, D. C., 7 de abril de 2016

En la fecha se recibió ponencia y texto propuesto para primer debate del Proyecto de ley número 80 de 2015 Senado, *por medio de la cual se establece e implementa la condición del aforo, para locales y establecimientos de comercio, espectáculos públicos y actividades recreativas, y se dictan otras disposiciones.*



RAFAEL OYOLA ORDÓSGOITIA
Secretario General

Autorizo la publicación de la siguiente ponencia para primer debate, consta de diez (10) folios.



RAFAEL OYOLA ORDÓSGOITIA
Secretario General

INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO 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., enero de 2016

Doctor

LUIS FERNANDO VELASCO

Presidente

Senado de la República

Ciudad.

Referencia: Informe de ponencia para segundo 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 segundo 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 095 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, y fue aprobado en primer debate el 9 de diciembre de 2015, en donde se me encomendó nuevamente ser ponente en segundo debate.

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 1º** corresponde al objeto del proyecto de ley.

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

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

El **artículo 4º** establece el entrenamiento y uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA). El **artículo 5º** establece la implementación.

El **artículo 6º** 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 7º** establece la reglamentación en seis meses por parte del Gobierno nacional, desde la promulgación de esta ley.

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

V. Aspectos generales

5.1 Cifras sobre enfermedades cardiacas

La Asociación Americana de Cardiología asegura que se espera que el número de muertes anuales ascienda a 23.6 millones para 2030. Al mismo tiempo, expone que en su mayoría los paros cardíacos repentinos son el resultado de la fibrilación ventricular, lo que genera un ritmo cardíaco acelerado y no sincronizado, que inicia en los ventrículos. En estos casos, el corazón debe ser desfibrilado rápidamente, ya que las posibilidades de sobrevivencia caen drásticamente de entre 7% a 10% por cada minuto que no se restaura el ritmo cardíaco normal¹.

En Estados Unidos hay diagnosticados 26.6 millones de personas con enfermedades cardiacas, con un registro de 193.3 muertes por cada 100.000 habitantes (616.434), siendo la causa número 1 de muertes en ese país. Adicionalmente, de 424 mil personas que sufrieron ataques cardíacos fuera del hospital; durante 2015, 133 mil sobrevivieron gracias al uso del DEA, lo que equivale a un 31.4% de los casos.

En Colombia, las Estadísticas Vitales del DANE evidencian que en el año 2015, 13.579 jóvenes y niñas entre los 0 y 19 años fueron atendidas con diagnóstico de enfermedades del sistema circulatorio; al mismo tiempo, 76.783 mujeres entre los 20 y 39 años; 361.141 entre los 40 a 60, y 539.667 mujeres mayores de 60 años. Frente a los hombres tenemos que en el rango de 0 a 20 años; 14.175 jóvenes y niños; 51.150 hombres de 20 a 40 años; 186.321 de 40 a 60 años, y 326.515 de

hombres mayores de 60 años, fueron diagnosticados; si sumamos esto, vemos cómo en Colombia, durante el 2015, se atendieron 1.569.331 personas con diagnóstico de enfermedades del sistema circulatorio.

Actualmente, las muertes, por o asociadas a enfermedades cardiovasculares, representan la causa número 1 de muerte en el país. Aunque las cifras en Colombia son muy vagas en la materia, de acuerdo a información suministrada por la Asociación Colombiana de Cardiología 70 personas por cada 100 mil habitantes (33.824) sufren anualmente un infarto, y de estos, cerca del 50% muere en el recorrido hacia el hospital. Solo el 20% de los pacientes que no reciben atención o auxilio alguno, inmediatamente ocurrido el suceso, sobreviven a una afección de esta naturaleza.

Por su lado, el Instituto Nacional de Salud afirma que entre 2005 y 2009 ocurrieron 122.223 muertes por infarto agudo al miocardio, siendo la primera causa de muerte en el conjunto de enfermedades cardiovasculares, representando el 49,5% de las muertes en este grupo.

De acuerdo con cifras del Ministerio de Salud y Protección Social, el infarto agudo de miocardio o ataque cardíaco fue el 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.

Al mismo tiempo, según registros del DANE, en Colombia, de enfermedades cardiacas en 2002 murieron 165.153 personas; en 2010, 200.524, y en los primeros 5 meses del año 2015 se presentaron 77.300 muertes relacionadas con enfermedades cardiacas.

5.2. 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 cardíaco².

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 daños³.

El **paro cardíaco** ocurre cuando el flujo de sangre que lleva oxígeno al musculo cardiaco se reduce severamente o se corta completamente. Esto sucede porque las arterias coronarias que suplen al musculo cardiaco 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 musculo cardiaco, privándolo de oxígeno y nutrientes –lo que se denomina isquemia–. Cuando el daño o muerte de parte del musculo cardiaco ocurre como resultado de una isquemia, se presenta el ataque cardiaco o infarto

² http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/Arrhythmia/PreventionTreatmentofArrhythmia/Defibrillation_UCM_3_05002_Article.jsp#.VjpPnMnRhaU.

³ http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/Arrhythmia/AboutArrhythmia/About-Arrhythmia_UCM_002010_Article.jsp#.VjzCKMnRhaU

¹ http://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@hcm/documents/downloadable/ucm_300340.pdf

de miocardio. Cada 43 segundos, alguien en Estados Unidos tiene un infarto de miocardio⁴.

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.⁵.

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 varones⁶.

*"[...] 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**. [...]"*⁷. (Negrita y subrayado fuera de texto).

De acuerdo con los análisis científicos, dentro de las causas de muerte súbita en el infarto agudo de miocardio se calcula que aproximadamente 250.000 personas mueren fuera del hospital, y el causante de muerte más común es la fibrilación ventricular, precedida inicialmente por taquicardia ventricular con pulso y luego sin pulso⁸.

5.3. Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (SCARE)

La Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (SCARE) allegó al Congreso de la República un concepto sobre el Proyecto de ley número 95 de 2015 Senado, el día 19 de noviembre de 2015. A continuación se transcriben extractos del mismo:

"La desfibrilación será efectiva únicamente mientras el ritmo de fibrilación se encuentre presente⁵, 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 des-

⁴ http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartAttack/AboutHeartAttacks/About-Heart-Attacks_UCM_002038_Article.jsp#.VjzCVsnRhaU.

⁵ http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/Arrhythmia/PreventionTreatmentofArrhythmia/Defibrillation_UCM_3_05002_Article.jsp#.

⁶ <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Hombres.-m%C3%A1s-propensos-en-Colombia-a-morir-de-infarto.aspx>.

⁷ *Ibid.* 1.

⁸ *"[...] 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).

*fibrilación será más efectiva entre menos tiempo haya transcurrido desde el inicio del paro. (Idealmente menos de 4 minutos)*³.

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-reperusión", para proteger el cerebro y rescatar los órganos de la inestabilidad hemodinámica⁶.*

(...)

El Desfibrilador Externo Automático (DEA) es un dispositivo liviano, sofisticado, electrónico que al ser conectado a una víctima analiza e identifica por sí sólo la arritmia presente y define si es necesaria 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 seguridad⁷.

(...)

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 DEA¹¹. 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 7;12;13:

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 cardiopulmonar.

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 formas⁸.

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^{12;14}:

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 sólo.

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 locales¹⁵; 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 ge-

neral 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)¹⁷.

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 emergencias¹⁷.

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 prehospitalario¹⁷.

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. Él, 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 cuándo es apropiado producir la descarga sobre el paciente.

Cualquier 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 RCP¹⁷.

(...)

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 necesarios²⁰.

(...)

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 Cardiopulmonar Básica (RCP) en Colombia²⁵, el objetivo fue analizar los costos y la efectividad de los desfibriladores automáticos y semiautomáticos en espacios de afluencia masiva y ambulancias básicas en Colombia; su población objetivo fueron personas que presentarían 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-efectividad²⁵.

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 In-

formación 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 escenarios²⁵.

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 Cardiopulmonar Básica), ambas en el alta hospitalaria²⁵.

(...).

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.²⁵

“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 y 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 desmedicalizar 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 equipos 7;26.

En España mediante el Real Decreto número 365 de 200927 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 prestará la atención con DEA 7;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 controlado por las autoridades sanitarias, sino que depende de las iniciativas de los sectores público y privado⁷.

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 público³², así como en espacios públicos³³. 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 determine³⁴. 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”.

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. [...]”⁹.

Como es de notar, la literatura científica al respecto es extensa y soporta técnicamente la pertinencia de la iniciativa, por lo que, sería beneficioso para la población colombiana poder tener garantizado el uso a los DEA, con el fin de reducir las muertes cardiovasculares de origen de fibrilación auricular y ventricular, especialmente por la corresponsabilidad público-privada que 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.

⁹ Disponible en: http://www.google.com.co/url?sa=t&rc=tj&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEWj5xZHdv5_JAhXFlh4KHrgAVIQFggeMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fdietphysicalactivity%2Fsalt-report-SP.pdf&usg=AFQjCNFovvpce4LFZQ0J3SMmP4o9aXeh3w.

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 ibídem, 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*”¹⁰.

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 prehospitalarios 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 desfibriladores¹¹.

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 futura¹².

Luis Fernando Correa, Jefe de la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres del Ministerio de Salud, aclaró 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*”¹³.

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 cardiorrespiratorios¹⁴.

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 del honorable Senado de la República dar segundo debate al Proyecto de ley número 95 de 2015 Senado, *por medio de la cual se regula el uso del Des-*

¹¹ <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/MinSalud-trabaja-en-la-realizacion-de-un-estudio-de-coste-efectividad-de-los-DEA-en-ambulancias.aspx>

¹² Ibídem.

¹³ Ibídem.

¹⁴ Véase: <http://www.elespectador.com/noticias/bogota/busc-can-instalar-desfibriladores-puntos-de-alta-afluencia-articulo-584269>

¹⁰ Sentencia C-459 de 2004.

fibrilador 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

**TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO
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 cardiaco viable del paciente.

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

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

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

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

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

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

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

d) Entidades públicas tales como gobernaciones, asambleas departamentales, concejos, ministerios, departamentos administrativos, guarniciones militares y policiales, y centros de atención al público tanto nacionales como departamentales y distritales;

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

f) La Presidencia de la República, el Congreso de la República, Palacio de Justicia (Altas Cortes), Ministerio Público, Fiscalía General de la Nación, y complejos judiciales tales como tribunales y juzgados;

g) Los sistemas de transporte masivo metropolitano;

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

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

j) Universidades públicas y privadas;

k) Colegios públicos, privados o en concesión;

l) Centros comerciales;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 6°. Adquisición. Las entidades de derecho público efectuarán las provisiones 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.

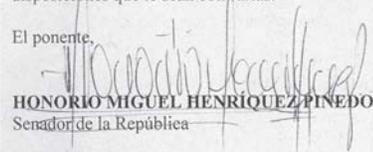
Los sujetos de derecho privado estarán sujetos a la aprobación de los DEA adquiridos, en los términos previstos por el artículo 5° de la presente ley.

Artículo 7°. Reglamentación. El Gobierno nacional reglamentará las materias que sean de su competen-

cia 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.

El Ponente,



El ponente,
HONORIO MIGUEL HENRÍQUEZ PINEDO
Senador de la República

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE DEL HONORABLE
SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los seis (6) días del mes de marzo del año dos mil dos mil dieciséis (2016)

En la presente fecha se autoriza **la publicación en Gaceta del Congreso de la República**, el siguiente informe de ponencia para segundo 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

CONSIDERACIONES

CONSIDERACIONES DEL SINDICATO DE TRABAJADORES DE LA EMPRESA ALPINA PRODUCTOS ALIMENTICIOS S. A. AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 18 DE 2015 SENADO (PRIMER DEBATE)

por la cual se promueve el acceso al trabajo para personas con discapacidad y se dictan otras disposiciones.

SEÑORES

COMISIÓN SÉPTIMA DEL SENADO

Presidente de la Comisión Séptima

ATN. ANTONIO CORREA JIMÉNEZ

La ciudad

Referencia: Proyecto de ley número 018 de 2015 Senado (Primer Debate)

Con preocupación vemos cómo en Colombia cada que hay una crisis, es descargada sobre los hombros de los más débiles en lugar de que el Estado tome correctivos, en que responsan los culpables de la misma. Este caso no es distinto. Hoy los trabajadores enfer-

mos, por mandato del artículo 26 de la Ley 361 de 1997 y el desarrollo jurisprudencial estamos protegidos, no pudiendo ser despedidos, sin que previamente se haya pronunciado el Ministerio del Trabajo, a través de un Inspector del Trabajo, garantía que es más que justa, ya que por años de duro trabajo, los trabajadores sacrificamos nuestra salud, y ante una enfermedad, la sociedad no puede permitir que esos hombres y mujeres seamos despedidos, para pasar a engrosar las cifras de desempleados, con el agravante de que no volveríamos a conseguir un trabajo en condiciones dignas y justas sino que tendríamos que dedicarnos al rebusque como popularmente se denomina la informalidad que ya alcanza casi el 70% de la población económicamente activa.

El Proyecto de ley número 18 pretende dejar sin protección alguna a los trabajadores enfermos, permitiendo a los empleadores, especialmente los más grandes, salir de los trabajadores enfermos que muchos consideran una carga, aduciendo justa causa para dar por terminado el contrato de trabajo, lo que no será nada difícil, así no haya esa causa justa sabiendo el empleador que la demanda de una decisión injusta que tome

es económicamente onerosa para el trabajador, además de lenta en la jurisdicción laboral ordinaria dejándoles a esos empleadores el camino abierto para deshacerse de los enfermos muchos de los cuales lo somos, porque hemos tenido que cumplir trabajos excesivamente duros, que van minando por años la condición física del trabajador, lo que se suma en el caso nuestro trabajando para Alpina tener algunos que cumplir largas jornadas de trabajo (doble turno), conducta por la que la empresa ha sido varias veces sancionada, pero lo sigue haciendo, sin importar la afectación que causan a la salud del trabajador.

Con una población laboral entre el 15% y el 20% enferma, de nuestros afiliados, nuestro sindicato no puede estar ajeno a la discusión sobre el tema viendo con preocupación que vanos congresistas, especialmente los de los Partidos de la U y el Centro Democrático, pretendan eliminar la protección que hoy tenemos, para no ser despedidos arbitrariamente, por lo que solicitamos a todos los integrantes de la Comisión, para que viendo la realidad, con su voto contribuyan a mantener vigente el artículo 26 de la Ley 361 de 1997, ordenando el archivo de este proyecto, y del 11 del 2015, ya que buscan lo mismo, dejar al trabajador más débil, el enfermo, huérfano de protección.

Atentamente,


 JOSE ROBERTO MALAVER ASCENCIO
 PRESIDENTE


 ALIXIS GONZALEZ GONZALEZ
 SECRETARIO

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
 PERMANENTE DEL HONORABLE
 SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los cinco (5) días del mes de abril del año dos mil dieciséis (2016)

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

Consideraciones del: Sindicato de Trabajadores de **ALPINA**.

Refrendado por: José Malaver Ascencio Presidente. Alexis González González Secretario.

Al Proyecto de ley número: 18 de 2015 Senado.

Título del Proyecto: *por la cual se promueve el acceso al trabajo para personas con discapacidad y se dictan otras disposiciones.*

Número de folios: Dos (2)

Recibido en la Secretaría de la Comisión Séptima del Senado el día: martes (5) cinco de abril de 2016.

Hora: 2:06 p. m.

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

El Secretario,


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

* * *

CONSIDERACIONES DEL SINDICATO DE TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DEL VIDRIO Y AFINES DE COLOMBIA AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 18 DE 2015 SENADO

por la cual se promueve el acceso al trabajo para personas con discapacidad y se dictan otras disposiciones.

SEÑORES

SENADORES DE LA COMISIÓN SÉPTIMA DEL SENADO

PONENTES DEL PROYECTO DE LEY NÚMERO 18 DE 2015 SENADO

La ciudad

Asunto: Trámite de Proyecto de ley número 18 de 2015 Senado

Sintravidricol es un sindicato que aglutina trabajadores del sector del vidrio en todo el país, que durante ya más de seis décadas ha dedicado sus esfuerzos a la defensa de los derechos de los trabajadores, construyendo no solo la riqueza de las empresas donde trabajan nuestros afiliados, para el caso particular nuestro, Cristalería Pel-dar S. A. en el municipio de Cogua, sino contribuyendo al desarrollo social donde tenemos presencia, considerando hoy necesario hacer saber nuestra posición al Congreso sobre el trámite del Proyecto de ley número 18 de 2015, presentado por congresistas del Partido de la U.

De nuestros afiliados a Sintravidricol Subdirectiva Cogua (Cundinamarca), más de una cuarta parte, sufren algún padecimiento de salud, entre otras porque la empresa donde trabajamos, está entre aquellas de alto riesgo, por el uso del sílice, lo que ha originado ante la justicia laboral ordinaria el otorgamiento de pensiones de ese tipo a varios de nuestros exintegrantes, por lo cual nuestro sindicato se ha venido ocupando del tema de la salud, sabiendo que un trabajador enfermo es un hijo, padre, hermano, esposo, ciudadano, que no puede tener una vida plena en su vida familiar, ni social, ni mucho menos laboral, porque poco a poco sus capacidades se van estrechando, teniendo hoy una única protección, la estabilidad laboral reforzada, figura creada jurisprudencialmente por la Corte Constitucional, a partir del artículo 26 de la Ley 361 de 1997, el que ahora por este proyecto quieren derogar.

Ante la inminente derogatoria de la ley que sustenta legalmente la estabilidad laboral reforzada, es que nuestra organización no puede pasar sin exigir al Congreso, pero especialmente a la Comisión que ustedes integran, que conoce en primer debate el proyecto, legislar en favor del bien común, que para el caso concreto, no es el de los grandes empresarios, nacionales y extranjeros, ya que de derogarse la protección que hoy tenemos los trabajadores

enfermos y discapacitados, quedarían los empresarios en libertad de despedir a esos trabajadores, de manera inhumana, porque los consideran una carga, solo aduciendo justa causa, situación ante la cual si el trabajador no está de acuerdo, debe acudir a un costoso y engorroso proceso.

Ante tan preocupante situación, emplazamos a los ponentes del proyecto a que organicen una audiencia pública, donde quienes tenemos interés en el tema, incluidos los empresarios, podamos hacerles conocer nuestros argumentos, para que informados, aplicando el principio constitucional que la soberanía radica en el pueblo, puedan decidir sobre lo que mejor convenga al país, no a unos intereses fácilmente determinables, que impulsa este proyecto, o que si lo consideran, reconsideren su ponencia, haciendo conocer una a la Comisión que sea negativa al proyecto, honrando el origen de su elección, el pueblo, ese que en buena parte, trabajando, está enfermo, la mayoría de las veces a consecuencia de accidentes y enfermedades laborales.

Atentamente,

Atentamente

 MANUEL MURCIA QUIROGA
 Presidente


 OSCAR ANGELO HERNÁNDEZ TRIVIÑO
 Secretario General

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
 PERMANENTE DEL HONORABLE
 SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los seis (6) días del mes de abril del año dos mil dieciséis (2016)

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

Consideraciones del: Sindicato de Trabajadores de Industria del Vidrio y Afines de Colombia

Refrendado por: Manuel Murcia Quiroga, Presidente, y Óscar Hernández Triviño, Secretario.

Al Proyecto de ley número: 18 de 2015 Senado.

Título del Proyecto: *por la cual se promueve el acceso al trabajo para personas con discapacidad y se dictan otras disposiciones.*

Número de folios: Uno (1)

Recibido en la Secretaría de la Comisión Séptima del Senado el día: miércoles (6) seis de abril de 2016.

Hora: 2:23 p. m.

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

El Secretario,


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

CONSIDERACIONES DE UNIÓN DE TRABAJADORES DE CUNDINAMARCA (UTRACUN) AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 18 DE 2015 SENADO (PRIMER DEBATE)

por la cual se promueve el acceso al trabajo para personas con discapacidad y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C., abril 5 de 2016

Doctores

COMISIÓN SÉPTIMA DEL SENADO DE LA REPÚBLICA

Atte.: Doctor ANTONIO CORREA JIMÉNEZ

Presidente Comisión Séptima

Ciudad

Asunto: Proyecto de ley número 18 de 2015 Senado (primer debate)

Respetado Senador:

Reciba un cordial saludo de la UNIÓN DE TRABAJADORES DE CUNDINAMARCA "UTRACUN", augurándole éxitos en tan difícil compromiso parlamentario.

Esta Federación está compuesta por cuarenta (40) organizaciones sindicales que representan a unos siete mil (7.000) trabajadores de las distintas ramas de la economía nacional, que se encuentran domiciliadas en el perímetro de Bogotá y Cundinamarca.

El componente humano de estas organizaciones en su mayoría son trabajadores cuyos ingresos dependen del salario mínimo y sus actividades tienen que ver con la agricultura de las flores, la industria textil, gremiales, del transporte público colectivo e intermunicipal y la industria en general.

Luego de revisar los datos estadísticos que por enfermedades laborales y accidentes de trabajo, vemos que un importante porcentaje se encuentran en estado de vulnerabilidad manifiesta y que en la actualidad se encuentran protegidos por la ley que hace que su contrato de trabajo tenga una condición reforzada, por lo tanto no pueden ser despedidos de sus puestos de trabajo.

Nos preocupa lo que está sucediendo al interior de su comisión en donde cursa un proyecto de reforma identificado con el número 18 de 2015, en donde se está tratando de eliminar de la legislación laboral el beneficio que sobre este aspecto protege a los trabajadores discapacitados o enfermos, dejando esta decisión a discreción del empleador, situación que nos parece gravísima, porque sabemos con antelación cuál va a ser el resultado final de esta reforma en el caso de que se firme.

Más de un millón y medio de trabajadores perderán sus puestos de trabajo, situación que atentaría contra derechos fundamentales constitucionales como la calidad de vida, el derecho al trabajo en condiciones dignas y justas y el derecho a la vida.

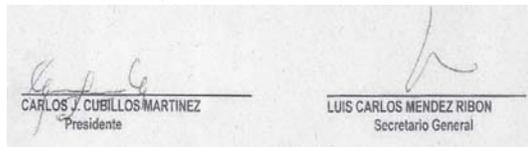
Desde que Colombia se convirtió en un Estado Social de Derecho, la solidaridad debe ser uno de los principios que debe regir nuestras vidas, no solo como un predicado sin valor, sino como una conducta social, por lo que es extraño que el Congreso, que por mandato constitucional debe legislar por el bien común, o sea, a favor de la mayoría del país, hoy pretenda eliminar la protección que tienen los trabajadores enfermos, figura

jurídica nacida de la solidaridad, que consiste en que un trabajador que se enferma, debe conservar su trabajo, siendo reubicado en una labor acorde a sus nuevas condiciones médicas, después de que por lo general, ha laborado por años para uno o varios empleadores, muchos de los cuales no invierten en prevención, para que sus trabajadores no sufran accidentes ni enfermedades profesionales, como lo que ocurre con los trabajadores del sector de las flores, en donde sometidos a largas jornadas de trabajo, afectados por posturas no ergonómicas y movimientos repetitivos de extremidades superiores e inferiores, usando fungicidas e insecticidas, los que a la postre afectará la salud humana, o los trabajadores del transporte, que cumpliendo largas jornadas, tienen que trabajar con altos niveles de estrés.

Ante un mundo de trabajo cada día más difícil, con más trabajadores enfermos, la respuesta del Congreso, el representante del pueblo, no puede ser que se les dé patente de corso a los empleadores para despedir a los que estén en condiciones de debilidad manifiesta, el Estado los debe proteger de manera especial y que despedidos nunca volverán a conseguir un trabajo en condiciones dignas y justas, sino que tendrán que irse al sector informal. El Congreso no puede promover este tipo de políticas laborales; por el contrario debería promover aquellas que den empleo de calidad, lo que solamente se logrará, cuando se proteja el mercado interno dejando de depender de los TLC.

Por lo anterior es que solicitamos el apoyo de la comisión para que este proyecto de ley sea votado negativamente, ya que aprobarlo permitiría que ocurriera una verdadera “masacre laboral” en Colombia.

Atentamente,



CARLOS J. CUBILLOS MARTINEZ
Presidente

LUIS CARLOS MENDEZ RIBON
Secretario General

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE DEL HONORABLE
SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los seis (6) días del mes de abril del año dos mil dieciséis (2016)

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

Consideraciones de la: Unión de Trabajadores de Cundinamarca

Refrendado por: Carlos Cubillos Martínez, Presidente, y Luis Méndez Ribón, Secretario.

Al Proyecto de ley número: 18 de 2015 Senado.

Título del proyecto: *por la cual se promueve el acceso al trabajo para personas con discapacidad y se dictan otras disposiciones.*

Número de folios: Dos (2)

Recibido en la Secretaría de la Comisión Séptima del Senado el día: miércoles (6) seis de abril de 2016.

Hora: 4:22 p. m.

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

El Secretario,



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

COMENTARIOS

COMENTARIOS DE LA ANDI DOCUMENTO

Ley de Empleo Juvenil

(Proyecto de ley número 135 de Senado y 150 de 2015 Cámara)

por medio de la cual se promueve el empleo y el emprendimiento juvenil, se generan medidas para superar barreras de acceso al mercado de trabajo y se dictan otras disposiciones.

Comentarios a la Ponencia para Tercer Debate

La Asociación Nacional de Empresarios de Colombia (ANDI) inspirada en el bien común, en la democracia participativa y en la búsqueda del mayor desarrollo y beneficio social para los colombianos, se permite presentar sus opiniones respecto del proyecto de ley de referencia.

I. El emprendimiento y desempleo juvenil es una preocupación internacional

Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), los jóvenes tienen tres veces mayores probabilidades de estar desempleados que los adultos, y casi

73 millones de jóvenes en el mundo están buscando trabajo, muchos de los cuales nunca han trabajado¹. El desempleo persistente de los jóvenes conlleva un elevado costo socioeconómico y representa una amenaza para el tejido social; por lo anterior es importante que el Estado busque soluciones a esta problemática. De esta forma, la ANDI comparte el objetivo del proyecto de ley que busca crear políticas de empleo, emprendimiento y la creación de nuevas empresas jóvenes.

Para generar alternativas frente al desarrollo de programas de emprendimiento, parece adecuado que en el proyecto de ley se mencione la utilización del Mecanismo de Protección al Cesante, que busca beneficiar a las personas que estén buscando trabajo o quieran mejorar sus niveles de empleabilidad. De esta forma, el proyecto busca utilizar este mecanismo como herramienta para impulsar y financiar nuevos emprendimientos, e iniciativas de autoempleo e innovación social.

¹ ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO, Tendencias Mundiales del Empleo Juvenil. Ginebra, agosto de 2010.

Por otro lado, el proyecto busca crear beneficios tributarios para pequeñas empresas jóvenes, definidas en el mismo, con lo cual se considera que se ayudará a fomentar la creación de nuevas empresas formales, que a su vez generen empleo, innovación y productividad.

II. El Proyecto contempla mecanismos convenientes para la generación de empleo, como la reducción en los costos de emplear

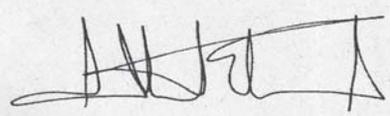
El proyecto busca eliminar costos de la empleabilidad de dicho grupo poblacional, con lo cual podría impactar positivamente la vinculación laboral de los jóvenes. Como lo dijo la ANDI en el documento “Estrategia para una Nueva Industrialización”, una de las principales causas de la informalidad laboral son los costos laborales asociados a la formalización y se refieren a los pagos adicionales al salario. Estos casos hacen referencia a parafiscales, entre estos el aporte de 4% a las Cajas de Compensación Familiar (CCF). Al eliminar el aporte a las CCF, un costo laboral no salarial, durante el primer año de vinculación de nuevo personal que al momento del inicio del contrato de trabajo tengan entre 18 a 28 años de edad, se estaría teniendo un efecto muy importante sobre la tasa de desempleo e informalidad de los jóvenes.

En el mismo sentido, parece conveniente que el proyecto busque eliminar la obligación de la presentación de la tarjeta militar para ingresar a un empleo, estableciendo un plazo para normalizar la situación que les permita conseguir un empleo y obtener facilidades de pago.

Por último, se resalta que el proyecto defina y reglamente las prácticas laborales como prácticas formativas, lo que brindará mayor seguridad jurídica a la vinculación de jóvenes para su formación laboral.

II. Conclusión

En consecuencia, la ANDI solicita respetuosamente la **Aprobación** del proyecto de ley. Cordialmente,



ALBERTO ECHAVARRÍA SALDARRIAGA
Vicepresidente de Asuntos Jurídicos

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE DEL HONORABLE
SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los cinco (5) días del mes de abril del año dos mil dieciséis (2016)

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

Consideraciones de la: Asociación Nacional de Empresarios de Colombia **ANDI**.

Refrendado por: Alberto Echavarría Saldarriaga, Vicepresidente de Asuntos Jurídicos.

Al Proyecto de ley número: 150 de 2015 Cámara, 135 de 2015 Senado.

Título del Proyecto: *por medio de la cual se promueve el empleo y el emprendimiento juvenil, se generan medidas para superar barreras de acceso al mercado de trabajo y se dictan otras disposiciones.*

Número de folios: Dos (2)

Recibido en la Secretaría de la Comisión Séptima del Senado el día: martes (5) cinco de abril de 2016.

Hora: 2:06 p. m.

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

El Secretario,



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

CONTENIDO

Gaceta número 132 - Jueves, 7 de abril de 2016
SENADO DE LA REPÚBLICA

	Págs.
PONENCIAS	
Informe de ponencia para primer debate al proyecto de ley número 80 de 2015 Senado, por medio de la cual se establece e implementa la condición del aforo, para locales y establecimientos de comercio, espectáculos públicos y actividades recreativas, y se dictan otras disposiciones.....	1
Informe de ponencia para segundo debate, 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.....	4
CONSIDERACIONES	
Consideraciones del sSindicato de Trabajadores de la Empresa Alpina Productos Alimenticios S. A. Al Proyecto de ley número 18 de 2015 Senado (primer debate), por la cual se promueve el acceso al trabajo para personas con discapacidad y se dictan otras disposiciones.....	12
Consideraciones del Sindicato de Trabajadores de la Industria del Vidrio y Afines de Colombia al Proyecto de ley número 18 de 2015 Senado, por la cual se promueve el acceso al trabajo para personas con discapacidad y se dictan otras disposiciones.....	13
Consideraciones de Unión de Trabajadores de Cundinamarca (UTRACUN) al Proyecto de ley número 18 de 2015 Senado (primer debate), por la cual se promueve el acceso al trabajo para personas con discapacidad y se dictan otras disposiciones.....	14
COMENTARIOS	
Comentarios de la Andí documento, Ley de Empleo Juvenil; Proyecto de ley número 135 de Senado y 150 de 2015 Cámara, por medio de la cual se promueve el empleo y el emprendimiento juvenil, se generan medidas para superar barreras de acceso al mercado de trabajo y se dictan otras disposiciones	15