



# 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° 23

Bogotá, D. C., jueves, 18 de febrero de 2016

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 SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 10 DE 2015 SENADO

*por medio de la cual se modifica la Ley 1626 de 2013 y se establece el consentimiento informado obligatorio.*

Bogotá, D. C., diciembre 1° de 2015

Doctor

ANTONIO JOSÉ CORREA JIMÉNEZ

Presidente Comisión Séptima Constitucional Permanente

Senado de la República

Ciudad

**Referencia:** Informe de ponencia para segundo debate al Proyecto de ley número 10 de 2015 Senado, por medio de la cual se modifica la Ley 1626 de 2013 y se establece el consentimiento informado obligatorio.

Respetado señor Presidente:

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 10 de 2015 Senado, *por medio de la cual se modifica la Ley 1626 de 2013 y se establece el consentimiento informado obligatorio.*

#### I. Trámite de la iniciativa

La presente iniciativa legislativa fue radicada el pasado 21 de julio de 2015 y es de autoría de los honorables Senadores Fernando Nicolás Araújo, María del Rosario Guerra, Alfredo Ramos Maya, Daniel Cabrales, Thania Vega de Plazas, Ernesto Macías,

Susana Correa, Honorio Henríquez Pinedo, Jaime Amín Hernández e Iván Duque.

A este proyecto de ley le correspondió el número 10 de 2015 en el Senado y se publicó en la *Gaceta del Congreso* número 525 de 2015. Por disposición de la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, fueron designados para rendir informe de ponencia en primer debate ante esta célula legislativa, los Senadores Antonio José Correa, Eduardo Enrique Pulgar Daza, Nadia Georgette Blel Scaff, Sofía Alejandra Gaviria Correa y Álvaro Uribe Vélez (Coordinador).

El informe de ponencia para primer debate fue publicado en la *Gaceta del Congreso* número 713 de 2015. El día 18 de noviembre de 2015 se dio la discusión y votación del proyecto de ley en la Comisión Séptima del Senado de la República, según consta en Acta número 25 de la Legislatura 2015-2016.

A continuación se presenta un cuadro comparativo entre el texto propuesto para primer debate y el texto aprobado en Comisión Séptima del Senado de la República. Como puede verse, solo se cambió el contenido del artículo 4° del proyecto de ley que se refiere a su vigencia. El artículo aprobado en la Comisión señala que la ley tendrá una vigencia de 3 años contados a partir de la fecha de su promulgación. Lo anterior, teniendo en cuenta las consideraciones expuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante concepto radicado el día 4 de septiembre de 2015 y publicado en la *Gaceta del Congreso* número 685 de 2015, el cual señala que el proyecto de ley puede generar una estigmatización de la vacuna contra el VPH, produciendo un efecto contrario al perseguido por la ley. Dicho argumento fue tenido en cuenta por los Senadores de la Comisión Séptima y, en tal sentido, se propuso un cambio en la vigencia de la ley.

TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE	TEXTO APROBADO EN PRIMER DEBATE
<p><b>Artículo 1°. Objeto.</b> La presente ley tiene por objeto garantizar el ejercicio de la libre voluntad de las pacientes a las que se refiere el artículo 1° de la Ley 1626 de 2013, mediante el consentimiento informado, atendiendo el deber del Estado de proteger la vida.</p> <p><b>Artículo 2°.</b> Adiciónese el artículo 2°-A a la Ley 1626 de 2013, el cual quedará así:</p> <p><i>Artículo 2-A. <b>Obligatoriedad.</b> El carácter de obligatoriedad al que se refiere la presente ley se entiende como una carga para el Estado, prevaleciendo en todo caso la libre voluntad de las personas respecto del sometimiento del procedimiento médico del que trata el artículo 1° de la presente ley.</i></p>	<p><b>Artículo 1°. Objeto.</b> La presente ley tiene por objeto garantizar el ejercicio de la libre voluntad de las pacientes a las que se refiere el artículo 1° de la Ley 1626 de 2013, mediante el consentimiento informado, atendiendo el deber del Estado de proteger la vida.</p> <p><b>Artículo 2°.</b> Adiciónese el artículo 2°-A a la Ley 1626 de 2013, el cual quedará así:</p> <p><i>Artículo 2-A. <b>Obligatoriedad.</b> El carácter de obligatoriedad al que se refiere la presente ley se entiende como una carga para el Estado, prevaleciendo en todo caso la libre voluntad de las personas respecto del sometimiento del procedimiento médico del que trata el artículo 1° de la presente ley.</i></p>
<p><b>Artículo 3°.</b> Adiciónese el artículo 2-B a la Ley 1626 de 2013, el cual quedará así:</p> <p><i>Artículo 2-B. <b>Consentimiento Informado.</b> Las autoridades a las que se refiere la presente Ley, así como los garantes del Sistema de Seguridad Social en Salud, solo aplicarán la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano a las pacientes cuando estas y las personas que ejercen la patria potestad sobre las mismas, de manera libre e informada manifiesten inequívocamente por escrito, de forma voluntaria y reiterada, su consentimiento y aceptación de la aplicación de dicho procedimiento médico.</i></p> <p><i>Parágrafo 1°. En todo caso, las autoridades administrativas y el personal médico que garantiza la vacunación a la que se refiere el artículo 1° de esta ley, tienen la obligación de informar de manera previa y detallada las consecuencias, primarias y secundarias benéficas y adversas, de la aplicación de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano, así como las diferentes alternativas existentes para la prevención del cáncer cérvico uterino, e igualmente las consecuencias por la decisión de no ser aplicada la vacuna.</i></p> <p><i>Parágrafo 2°. Las autoridades administrativas que omitan, en todo o en parte, el cumplimiento de la obligación que trata este artículo, serán sujetos de investigación a que hubiera lugar por parte de las autoridades competentes.</i></p> <p><i>Parágrafo 3°. El personal médico y sanitario que omitan, en todo o en parte, el cumplimiento de la obligación que trata este artículo, actuarán bajo grave violación del reglamento y serán sujetos de posible responsabilidad médica.</i></p>	<p><b>Artículo 3°.</b> Adiciónese el artículo 2-B a la Ley 1626 de 2013, el cual quedará así:</p> <p><i>Artículo 2-B. <b>Consentimiento Informado.</b> Las autoridades a las que se refiere la presente Ley, así como los garantes del Sistema de Seguridad Social en Salud, solo aplicarán la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano a las pacientes cuando estas y las personas que ejercen la patria potestad sobre las mismas, de manera libre e informada manifiesten inequívocamente por escrito, de forma voluntaria y reiterada, su consentimiento y aceptación de la aplicación de dicho procedimiento médico.</i></p> <p><i>Parágrafo 1°. En todo caso, las autoridades administrativas y el personal médico que garantiza la vacunación a la que se refiere el artículo 1° de esta ley, tienen la obligación de informar de manera previa y detallada las consecuencias, primarias y secundarias benéficas y adversas, de la aplicación de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano, así como las diferentes alternativas existentes para la prevención del cáncer cérvico uterino, e igualmente las consecuencias por la decisión de no ser aplicada la vacuna.</i></p> <p><i>Parágrafo 2°. Las autoridades administrativas que omitan, en todo o en parte, el cumplimiento de la obligación que trata este artículo, serán sujetos de investigación a que hubiera lugar por parte de las autoridades competentes.</i></p> <p><i>Parágrafo 3°. El personal médico y sanitario que omitan, en todo o en parte, el cumplimiento de la obligación que trata este artículo, actuarán bajo grave violación del reglamento y serán sujetos de posible responsabilidad médica.</i></p>
<p><b>Artículo 4°. Vigencia.</b> La presente ley rige a partir de su promulgación.</p>	<p><b>Artículo 4°. Vigencia.</b> La presente ley rige <u>por el término de 3 años, después de la fecha</u> de su promulgación.</p>

## II. Objeto

La iniciativa busca garantizar el ejercicio de la libre voluntad de las pacientes de las que trata el artículo 1° de la Ley 1626 de 2013, por medio de la garantía del consentimiento informado a estas y sus familiares en la vacuna contra el Virus de Papiloma Humano, atendiendo el deber del Estado de proteger la vida.

Busca evaluar la forma como se está aplicando la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano, sin menospreciar la importancia de combatir el cáncer de cuello uterino para un mejor bienestar y salud en las colombianas. Sin embargo, es necesario precisar que la población beneficiaria de la Ley 1626 de 2013 tiene el derecho de conocer y comprender los posibles efectos secundarios que esta tiene sobre algunos sectores de la sociedad la aplicación de la Vacuna contra el Virus de Papiloma Humano, que posiblemente tienen una alta probabilidad de contraer enfermedades autoinmunes muy difíciles de curar, lo que adicionalmente implica mayores costos para el sistema de Seguridad Social en Salud.

Igualmente, el proyecto de ley bajo análisis busca atender el llamado de las cientos de niñas que han manifestado verse afectadas por esta vacuna, que cada día están más preocupadas y se sienten abandonadas por la desatención a estos casos por parte de las autoridades administrativas del Estado, a quienes les asiste la obligación de brindarles la protección efectiva del derecho a la vida en condiciones dignas.

El proyecto busca incentivar la lucha que Colombia está librando para acabar con el Cáncer Cérvico Uterino de una manera informada, libre y decidida por parte de la población beneficiaria de la vacuna. Por esto, la iniciativa no busca abolir la vacuna contra el virus del papiloma humano, sino por el contrario, propone un articulado cuyo espíritu es dotar con una mayor efectividad la garantía constitucional de la vida y la libertad de las pacientes, exigiendo el consentimiento informado sobre los beneficios y posibles efectos adversos que se pueden presentar tras la aplicación de la vacuna.

En Colombia, han venido aumentando los casos de brotes de enfermedades desarrolladas por pacientes a quienes les fue aplicada la vacuna contra el VPH. A pesar de que se ha manifestado en pacientes de distintas partes del país, de diferentes edades y en personas que han adquirido la dosis de manera particular, todas han presentado síntomas similares que comenzaron a aparecer luego de la aplicación de la Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano. El aumento de casos en todo el país, está generando malestar en la población que está siendo desatendida por la institucionalidad colombiana.

Una vez se hicieron visibles los síntomas presentados por cientos de niñas en El Carmen de Bolívar, atribuido por sus familias a la aplicación masiva de la vacuna en cuestión, comenzaron a hacerse públicos casos en todo el país que han llegado hasta la Procuraduría General de la Nación.

A raíz de las quejas presentadas por las niñas de El Carmen de Bolívar y otros municipios del país que recibieron la vacuna contra el Virus del Papiloma

Humano, el Procurador General de la Nación, Alejandro Ordóñez, solicitó al Ministerio de Salud, a la Superintendencia Nacional de Salud, al Instituto Nacional de Salud, al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos estudios que soporten la seguridad de la vacuna; y revisar los protocolos en el procedimiento de inmunización e información sobre aspectos generales de la misma.

Las evidencias de los posibles efectos secundarios de la vacuna no solo se han presentado en El Carmen de Bolívar, sino en Cali, Cartagena, Barranquilla, Medellín y Bogotá. Además, frente a este hecho se hizo evidente que no se habían llenado las fichas de notificación para eventos supuestamente atribuidos a la vacunación o inmunización, ficha conocida como ESAVI, por lo que no se han iniciado investigaciones con un equipo interdisciplinario constituido con inmunólogos especializados.

Por lo anterior, es oportuno que se tomen medidas de carácter legislativo que ayuden a la población a entender y comprender médicamente los beneficios y las consecuencias de la Vacuna contra el VPH, de una forma previa al sometimiento a este tratamiento médico, con el fin de que a manera voluntaria y libre pueda decidir sobre su aplicación o no.

Frente a los posibles efectos adversos de la vacuna en mención, existen precedentes internacionales y argumentos científicos que deben ser tenidos en cuenta para revisar la política pública de vacunación, en especial la del Virus del Papiloma Humano, ya que está causando víctimas en todo el territorio nacional.

Por ello, existen razones suficientes para que esta iniciativa curse sus debates en el Congreso y se convierta en Ley de la República, para fortalecer la efectividad del Derecho Fundamental de la Vida y Salud que profesa nuestra Constitución Política.

### III. Contenido de la iniciativa

El presente proyecto de ley cuenta con cuatro (4) artículos, entre ellos el de la vigencia.

El **artículo 1°** corresponde al objeto del proyecto de ley, el cual consiste en garantizar el ejercicio de la libre voluntad de las pacientes de las que se refiere el artículo 1° de la Ley 1626 de 2013 mediante el consentimiento informado, atendiendo el deber del Estado de proteger la vida.

El **artículo 2°** adiciona un artículo 2-A a la Ley 1626 de 2013 relativo a la obligatoriedad, entendida esta como una carga para el Estado de garantizar el conocimiento informado de pacientes y de quienes ejercen patria potestad sobre los mismos, respecto de los posibles efectos secundarios o adversos que se puedan ocasionar a raíz de la aplicación de la vacuna contra el virus del papiloma humano.

El **artículo 3°** adiciona un artículo 2-B a la Ley 1626 de 2013 donde se define el deber por parte de las autoridades administrativas y el personal médico de adelantar el procedimiento de vacunación previo el conocimiento informado del paciente y de quienes ejercen patria potestad sobre él.

Por último, el **artículo 4°** señala que la vigencia de la ley será de 3 años contados a partir de la fecha de su promulgación.

### IV. Aspectos generales

A partir de agosto de 2012, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) adoptó en el territorio nacional la vacuna contra el Papiloma Humano, como parte integral de su estrategia de reducir la morbilidad y mortalidad de cuello uterino, a niñas de cuarto grado de primaria con más de 9 años, con un esquema de tres dosis divididas en 0-2-6 meses cada una.

De igual forma, desde enero del año 2013 este mismo Ministerio, teniendo en cuenta evidencia científica, optó por la vacunación contra el VPH en un esquema 0-2-6, extendiendo las beneficiarias de cuarto grado de básica primara, con 9 años, hasta niñas del grado once con 17 años, 11 meses y 29 días de edad.

A raíz de esta política gubernamental, y con la Ley 1626 de 2013, el Gobierno nacional ha destinado presupuestalmente para el programa de vacunación alrededor de 205 mil millones de pesos, teniendo para la vigencia de 2015 un presupuesto de 220 mil millones de pesos; y ha comprado 6 millones de vacunas contra el VPH. Durante los últimos años el Gobierno nacional ha vacunado a más de 3 millones de beneficiarias con la vacuna contra el VPH, con un costo per cápita de la dosis de \$55.656, conllevando a que Colombia sea el segundo país con las tasas de vacunación de esta naturaleza más altas del mundo, estando por debajo de Australia.

Este proyecto de ley no busca desconocer la importancia de los programas de vacunación para la salud de los colombianos. Por el contrario, está encaminado a que las beneficiarias de la vacuna contra el VPH tengan un mejor servicio al momento de decidir si quieren ser vacunadas o no, con consentimiento de sus padres, teniendo la oportunidad de conocer información detallada y concreta sobre dicha vacuna y sus posibles consecuencias.

En primer lugar, es pertinente mencionar que la vacuna contra el VPH tiene como finalidad dirigirse contra la infección originada por ciertas cepas del Virus del Papiloma Humano (VPH), las cuales pueden causar cáncer de cuello uterino y verrugas genitales. En sentido, existen dos vacunas contra el VPH:

- PAP (Test *Papanicolau*) Permite identificar lesiones en el cuello uterino antes de que se conviertan en cáncer.
- Test VPH. Detecta la presencia de virus VPH de alto riesgo.

La ciencia ha demostrado que el cáncer de cuello uterino es causado por algunos tipos de VPH. Además, la afectación no es de forma inmediata, sino que la infección del virus debe persistir en el tiempo para aumentar las posibilidades de producir cáncer. Incluso, pueden pasar 10 años para que las lesiones causadas por el virus se conviertan en cáncer. De esta manera, se afirma que la vacuna VPH previene contra la infección de dos tipos de VPH “De alto riesgo” (VPH -16 Y VPH - 18) que causan entre el 70% - 80% de los casos de cuello uterino. Sin embargo existen 7 tipos más de VPH considerados “De alto riesgo” (VPH-31, VPH-35, VPH-39, VPH-45, VPH-51, VPH-52, VPH-58) que no previene la vacuna.

De igual forma, la mayoría de personas (hombres y mujeres) tendrán en algún momento de su vida VPH, pero en la mayoría de los casos desaparece por cuenta propia sin provocar manifestaciones o síntomas.

Las anteriores precisiones sobre la vacuna contra el VPH permiten concluir que:

i) Estar afectada por el VPH no significa tener cáncer de cuello uterino;

ii) La infección por VPH es común, y en la mayoría de las personas el organismo puede eliminar la infección por sí mismo;

iii) Vacunarse contra el VPH no garantiza en un 100% que no se pueda desarrollar cáncer de cuello uterino.

Adicional a lo anterior, es de gran preocupación observar que la duración de la protección de la vacuna denominada Gardasil todavía no se conoce. Por esta razón, la doctora especialista Diane Harper, ha manifestado que:

*“Los datos disponibles para Gardasil muestran que tiene una duración de cinco años; no hay datos que muestran que sigue siendo efectiva más allá de cinco años”.*

*“Si vacunamos a las niñas de 11 años de edad y la protección no dura ... les hemos puesto en daño de los efectos secundarios, pequeños pero reales, pues ningún beneficio”.*

Es pertinente y oportuno mencionar otras opiniones científicas al respecto de esta vacuna:

– **Doctor Chris Shaw**, Profesor de la Universidad de British Columbia, en el departamento de Neurociencias, Oftalmología y Ciencias Visuales.

*“Es una vacuna que ha sido altamente merca-deada, los beneficios son exagerados, y los peligros se subestiman”.*

– **Doctor Bernard Dalbergue**, exmédico de la industria farmacéutica con el fabricante de Gardasil de Merck.

*“Gardasil se convertirá en el mayor escándalo médico de todos los tiempos, porque en algún momento, la evidencia servirá para demostrar que esta vacuna, no tiene absolutamente ningún efecto sobre el cáncer de cuello de útero y sus muchos efectos secundarios destruyen vidas e incluso matan”.*

*“La vacuna no tiene ningún otro propósito más que el de generar ganancias para los fabricantes”.*

– **Doctor Juan Manuel Anaya**, MD, Esp., PhD. Profesor Titular y Director, Centro de Estudio de Enfermedades Autoinmunes (CREA), Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario, Méderi Hospital Universitario Mayor, Bogotá. Miembro Correspondiente, Academia Nacional de Medicina, Bogotá.

*“Dado el aumento reciente de reporte de efectos adversos, se espera que estudios con suficiente tamaño muestral, en diversas poblaciones, confirmen la seguridad de la vacunación contra el VPH en niñas con enfermedades autoinmunes. Un análisis personalizado de cada paciente, que incluya la*

*evaluación de autoinmunidad personal y familiar, podría ser sugerido, aunque no hay estudios que demuestren que sea costo- efectivo. Por lo tanto, la fármaco-vigilancia permanente de esta vacuna sigue siendo de suma importancia”.*

#### **Diane Harper**

*“La decisión de vacunar con la vacuna contra el VPH es una decisión personal, no una que se debe hacer para la salud pública. VPH no es una enfermedad letal en el 95% de las infecciones; y el otro 5% es detectable y tratable en la etapa precancerosa”.*

Además, Harper sostiene que los datos que se tenían de Gardasil la hacían efectiva por 5 años mientras que Cervarix por 9,5, por lo tanto, los efectos adversos podrían ser aún más costosos que la misma vacuna.

En concordancia, con las anteriores opiniones de varios científicos prestigiosos, a continuación se observan distintas experiencias o antecedentes internacionales relacionados con la aplicación de la vacuna contra el VPH:

Estados Unidos: El Departamento de Salud y Servicios Sociales por efectos negativos de la vacuna incluyó afectadas en el Programa Nacional de Compensación. Este ha entregado \$5.877.710 dólares a 49 víctimas de las cuales dos murieron y 47 padecen secuelas graves. Existen en el país 200 demandas (marzo, 2013).

España: Hicieron manifiesto firmado por más de 10.000 profesionales de la salud titulado “Razones para una moratoria en la aplicación de la vacuna del VPH en España”. Se hizo público en otoño de 2007, cuando el Ministerio de Sanidad decidió incluir el tratamiento en el programa de inmunización nacional.

En 2009 se creó la Asociación de Afectadas por la Vacuna del Papiloma (AAVP), organización que relacionó públicamente a finales de 2014 la vacuna VPH con la muerte de tres niñas en el país.

Japón: Ministerio de Salud suspendió la recomendación de las vacunas de cáncer cervical debido a que varias reacciones adversas a los medicamentos se han reportado (15 de junio de 2013).

En Japón la vacunación gratuita en contra del VPH inició en diciembre de 2010, para niñas entre 12 y 16 años. Desde abril de 2013 se incluyó en el Programa Nacional de Inmunización.

Sin embargo, en junio de 2013, el Ministerio de Salud del Japón suspendió las recomendaciones proactivas de la vacuna contra el VPH luego de obtener reportes no confirmados en medios de los efectos adversos de la vacuna.

En enero de 2014, el Comité de Análisis de los Efectos Colaterales de la Vacuna investigó aquellos efectos adversos, concluyendo que no existía evidencia para sugerir una relación causal entre la vacuna del VPH y los eventos adversos luego de su aplicación. Pese a la conclusión, el Ministerio aún no restablece recomendaciones proactivas para su uso<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> The Lancet. HPV Vaccination crisis in Japan. Consulted from: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)61152-7/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)61152-7/abstract)

La situación actual es que el Ministerio no ha suspendido la vacuna, pero ha dado la instrucción a los Gobiernos locales de no promover el uso de la vacuna mientras se adelantan estudios.

En Japón, 3.28 millones de personas han recibido la vacuna, sin embargo, ha habido 1968 casos de posibles efectos adversos. El Ministerio estudió 43 de dichos casos, sin embargo, no encontró una relación de causa y efecto, por lo que pidieron más estudios<sup>2</sup>.

Otra de las políticas que se llevaron a cabo en Japón fue crear y difundir una lista de instituciones médicas donde las personas pueden acudir en caso de sentir síntomas, así como una guía a los prestadores del servicio. El Ministerio educó a los médicos y puso a disposición una línea de teléfono para realizar consultas sobre la vacuna<sup>3</sup>.

La guía recomienda estudiar la historia clínica de la persona y realizar un examen físico. Preguntar sobre los síntomas y ser cuidadosos con las afectaciones mentales. La guía también recomienda que los afectados sean enviados a instituciones médicas especializadas, centros de emergencia y con facilidades para su recuperación.

Finalmente, el Presidente del Japan Medical Association (JMA), Fuminaro Takaku, argumentó que “No hay una prueba definitiva de que la vacuna del VPH pueda verdaderamente prevenir cáncer cervical, pero ha habido reportes en la literatura relacionadas que la incidencia de las condiciones precancerígenas han declinado”. Mientras tanto, el Presidente del Japanese Association of Medical Sciences (JAMS), doctor Yokokura, argumentó que “el día que sea claro que estas vacunas previenen el cáncer cervical, el Gobierno iniciará a recomendarlas activamente de nuevo”.

“Según un reporte del periódico *Japan Times*, hasta diciembre de 2012 Japón había promovido un masivo plan de vacunación llegando a inmunizar contra el virus del papiloma humano a 8.29 millones de personas. Y hasta marzo de 2013 las autoridades habían recibido 1968 reportes de efectos adversos. De estos, 106 fueron catalogados como casos serios de dolor, convulsiones y dificultad para caminar”<sup>4</sup>.

Francia: La Comisión Regional de Indemnizaciones de Accidentes Médicos de Aquitania fue la primera institución en reconocer la relación de causalidad de la vacuna del papiloma en los daños del sistema inmune de una joven de 15 años.

India: El gobierno suspendió la vacunación tras la muerte de seis menores y más de 120 casos de reacciones adversas. Hubo polémica porque la compañía Sanofi hizo ensayos clínicos con varias menores, y se elevó el número de muertes a siete, por lo que el Parlamento indio calificó el ensayo como una violación a los Derechos Humanos.

Por lo anterior, es evidente que la vacuna contra el Papiloma Humano a pesar de los beneficios que brinda, puede posiblemente desarrollar varios efectos adversos en la salud de los pacientes como lo demuestra la comunidad científica. Por esta razón, es necesario regular la aplicación del programa de vacunación que lleva a cabo el Gobierno nacional en cumplimiento de la Ley 1626 de 2013, debido a que este no tiene en cuenta el suministro de información completa y necesaria a las beneficiarias para su aplicación, ni la necesidad de un consentimiento previo de la menor para aprobar su aplicación.

Por ende, este proyecto de ley busca que la población objeto de la vacuna contra el papiloma, junto con sus padres de familia, tengan el derecho de informarse de forma oportuna y adecuada de las consecuencias principales y secundarias de la vacuna. Además, que sea requisito para la aplicación de la vacuna consentimiento y voluntad de la beneficiaria y representantes legales que estén a cargo de esta.

Por lo anterior, es evidente que la vacuna contra el Papiloma Humano a pesar de los beneficios que brinda, puede posiblemente desarrollar efectos adversos en la salud de los pacientes como lo demuestra la comunidad científica. Por esta razón, es necesario regular la aplicación del programa de vacunación que lleva a cabo el Gobierno nacional en cumplimiento de la Ley 1626 de 2013, debido a que éste no tiene en cuenta el suministro de información completa y necesaria a las beneficiarias para su aplicación, ni la necesidad de un consentimiento previo de la menor para aprobar su aplicación.

Por ende, este proyecto de ley busca que la población objeto de la Vacuna contra el Papiloma Humano, junto con sus padres de familia, tengan el derecho de informarse de forma oportuna y adecuada sobre las consecuencias principales y secundarias de la vacuna. Además, que sea requisito para la aplicación de la vacuna consentimiento y voluntad de la beneficiaria y representantes legales que estén a cargo de esta.

#### La vacuna contra del VPH en cifras. Colombia

Según el Ministerio de Salud y Protección social, desde el 1° de enero del 2012 hasta el 29 de agosto de 2014, se han adquirido un total de 6.520.800 dosis de vacuna con el VPH. Por un valor total en el 30 de diciembre de 2012 de \$46.370.889.702 y para el 30 de diciembre de 2013 \$174.767.879.356; es decir que el valor por dosis unitaria es de \$26.801.60. En los años 2014 y 2015 no se han adquirido dosis de vacuna contra el VPH. Estas dosis, se adquieren a través del Fondo rotatorio de la Organización Panamericana de Salud, mediante el convenio marco 275 del 2011, suscrito entre Colombia (Ministerio de Salud) y Organización mundial de Salud/Organización Panamericana de Salud. La dosis adquirida es producida por Merck Sharp & Dome con el nombre comercial Gardasil.

Para la primera fase (2012), de la meta nacional de 372.909 niñas vacunadas, con sus tres (3) dosis, el reporte del Sistema de Información del PAIMPS, mostró que para la primera dosis se vacunaron 365.439 (98,0%) niñas; en la segunda dosis 353.980 (96,9%), y; con la tercera dosis 325.979 (89,2%) de la meta esperada. Demostrando con ello, una reduc-

<sup>2</sup> Skeptical Raptor. Japan and HPC Vaccine – Debunking Myths. Consulted from: <http://www.skepticalraptor.com/skepticalraptorblog.php/japan-and-hpv-vaccine-debunking-myths/>

<sup>3</sup> Medscape. Japan Scheme for Managing Symptoms After HPV Vaccine. Consulted from: [http://www.medscape.com/viewarticle/850436#vp\\_2](http://www.medscape.com/viewarticle/850436#vp_2)

<sup>4</sup> <http://www.elespectador.com/noticias/salud/japoneses-le-ponen-peros-vacuna-contra-el-papiloma-articulo-438304>

ción en la aplicación de la vacuna, teniendo como base las tres (3) dosis de la misma.

En la segunda fase (2013), la meta nacional de 2.440.735 niñas por vacunar, con sus tres (3) dosis, el reporte a corte del ocho (8) de septiembre de 2014, estaba en 2.306.138 (94,5%) niñas vacunadas para la primera dosis, y; 1.621.926 (70,3%) niñas vacunadas con la segunda dosis.

La tercera fase (2014), el mismo reporte tiene como meta 313.407 niñas escolarizadas, de las cuales 211.941 (67%) recibieron la primera dosis, y; a corte del 8 de septiembre de 2014, 9.478 (4,5%) niñas se aplicaron la segunda dosis.

En los cuatro (4) últimos años, el SENA ha certificado aproximadamente 6.000 vacunadores a nivel nacional, contando con un talento humano en esta área de casi 9.000 vacunadores en lo corrido del programa de vacunación.

### **El consentimiento informado en la práctica de la medicina**

Actualmente, en el ordenamiento jurídico de Colombia se carece de lineamientos exegéticos que describan o regulen el concepto del “consentimiento informado” en la práctica de la medicina, más allá de la deontológica ética y moral propia de los profesionales galenos.

Sin embargo, en la Sentencia T-1021 de 2003, la Corte Constitucional estudió el consentimiento informado del paciente con fundamento en el principio de autonomía, como se expone a continuación:

*“1. La actividad médica está sujeta a principios como los de beneficencia, utilidad, justicia y autonomía.*

*(...)*

*2. La aplicación coetánea de estos principios genera complejos problemas que interesan tanto al campo de la ética como del derecho. Así, existirán innumerables situaciones en que, por ejemplo, la aplicación del principio de utilidad tenga resultados constitucionalmente inadmisibles, como la cosificación del individuo en pos de la investigación científica, o en que el ejercicio de la actividad médica, fundada en el principio de beneficencia, choque contra el principio de autonomía del paciente, aspecto nuclear en este proceso.*

*Esta última tensión nos lleva al problema del consentimiento informado. Es claro que la primacía constitucional de los derechos a la dignidad humana y la autonomía personal, que obliga a considerar a cada persona como un sujeto libre y capaz de incidir en las decisiones que tienen que ver con su salud, hace que todo procedimiento médico esté sujeto a la autorización del paciente, otorgándose condición prevalente al principio de autonomía antes expuesto. Además, la observancia de la autonomía de la persona incluye la posibilidad que el paciente califique, con base en elementos de juicio suficientes, la bondad del procedimiento al que será sometido y después de una ponderación adecuada de los riesgos existentes, decida libremente sobre la práctica del tratamiento.*

*En un Estado constitucional respetuoso de los derechos fundamentales y, en especial, de la dignidad del individuo, no resulta de recibo aceptar la imposición de determinada visión de bondad (la del profesional de la salud) a quien será el afectado por el tratamiento. La actual arquitectura de los derechos impide la aplicación general de un concepto paternalista que reniegue de la posibilidad que tiene el sujeto de controlar su propio destino. Por lo tanto, como se verá más adelante, la sustitución en el ejercicio del consentimiento es excepcional y está sometida a reglas estrictas.*

*3. Con todo, la protección de la autonomía individual y la soberanía de la persona en relación con las decisiones médicas que afectan a su propio cuerpo encuentra excepciones, entre ellas, la incapacidad para emitir el consentimiento válidamente, la inminencia de un perjuicio grave a la salud que involucre la misma existencia o la necesidad de impedir un daño cierto a la comunidad en su conjunto.*

*(...)*

*La argumentación precedente hace concluir que el consentimiento informado es un requisito necesario para la legitimidad constitucional de la práctica de procedimientos médicos, pues los profesionales de la salud no pueden decidir por sus pacientes, so pena de desconocer su condición de sujetos libres y moralmente autónomos. La necesidad del consentimiento, igualmente, no es una obligación mecánica a cargo del personal médico, sino que existen excepciones al principio de autonomía fundadas en la protección misma de la salud y la integridad física del paciente en situaciones de urgencia o de intereses del conglomerado social. En estas circunstancias, el cuerpo médico se encuentra relevado de demostrar la obtención del consentimiento pero sólo ante la acreditación plena de la excepción, pues si no existen elementos de orden fáctico suficientes para configurarla, prima la regla general de observancia de la autonomía del usuario del servicio público de salud.*

*(...)*

*La obligación de obtener el consentimiento del paciente, según la jurisprudencia constitucional, no se restringe a que éste simplemente asienta sobre la práctica del procedimiento médico, sino que la expresión de la voluntad en estos casos debe estar precedida de algunas condiciones. En síntesis, y sin que constituyan reglas rígidas, puesto que su aplicación dependerá de cada caso concreto, son dos los requisitos que debe reunir el consentimiento en la realización de tratamientos médicos:*

*a) El consentimiento debe ser libre, es decir, que no esté inducido por circunstancias externas al tratamiento mismo que puedan provocar el error por parte del paciente, entre ellas cuando la autorización se logra ¿gracias a una exageración, por parte del médico, de los riesgos de la dolencia y una minimización de los peligros del tratamiento; y*

*b) El consentimiento debe ser informado, esto es, que el médico está en la obligación de suministrar a su paciente, a través de un lenguaje claro y comprensible y con la debida prudencia ¿la información relevante sobre los riesgos y beneficios objetivos de*

la terapia y las posibilidades de otros tratamientos, incluyendo los efectos de la ausencia de cualquier tratamiento, con el fin de que la persona pueda hacer una elección racional e informada sobre si acepta o no la intervención médica”.

Al respecto del consentimiento informado en la práctica médica frente a los menores de edad, la Corte Constitucional no ha sido ajena sobre el tema, quien en sede de tutela en la Sentencia T-622 de 2014, ha esbozado algunas reglas jurisprudenciales de la siguiente forma:

*“a) El consentimiento informado es un requisito esencial para la legitimidad constitucional de la práctica de procedimientos médicos, pues los profesionales de la salud no pueden tomar decisiones desconociendo la condición de sujeto libre y moralmente autónomo del paciente;*

*b) En el caso de procedimientos médicos en menores de edad se presenta una tensión entre el principio de autonomía y el principio de beneficencia, toda vez que los niños también son seres independientes y titulares de derechos, pero a la vez no cuentan con un desarrollo racional suficiente para tomar decisiones sobre su propia existencia. De tal forma que, por regla general, son sus padres los responsables de expresar su consentimiento, sin embargo cuando tengan la madurez suficiente debe prevalecer la voluntad informada de los niños y niñas;*

*c) El consentimiento sustituto parental debe ser cualificado y persistente, es decir, suficientemente informado en cuanto a los riesgos, beneficios y otros tratamientos médicos alternativos. Este proceso debe desarrollarse en conjunto con un equipo médico e interdisciplinario especializado. Debe ser igualmente persistente, lo que significa que el consentimiento manifestado por los padres no debe obedecer a presiones externas ni por un estado de ánimo momentáneo sino que debe ser la expresión de una opción meditada y sólida, y en esa medida genuina;*

*d) Sin embargo, la facultad que tienen los padres de emitir un consentimiento sustituto no puede interpretarse en términos absolutos, toda vez que los niños y niñas están capacitados para tomar decisiones sobre su propia salud en directa proporción con su nivel de desarrollo. Es en este punto donde adquiere importancia el derecho de los niños hacer escuchados y a participar de las decisiones que les conciernen;*

*e) Aunado a ello, debe advertirse que no es lo mismo la capacidad legal que la autonomía para autorizar un tratamiento médico, por lo cual, un menor, que es legalmente incapaz, puede ser plenamente competente para tomar una decisión sanitaria. Es más, de los conceptos que se han analizado a lo largo de la jurisprudencia estudiada, algunos profesionales de la salud consideran que en la actualidad, muchos niños, por lo general después de los 5 años, pueden ya tener la autonomía suficiente para decidir si autorizan o no ciertos tratamientos.*

De manera que el consentimiento sustituto paterno no es absoluto, y debe matizarse en los casos en los que: (i) no existe riesgo a la vida e integridad del menor, y por ende, la operación a realizar no es

urgente, y (ii) el niño o niña ha superado el umbral crítico de la identificación de género y tiene una clara conciencia de su cuerpo.”

Por lo tanto, la exigencia del consentimiento informado de los pacientes que van a ser sometidos a algún tratamiento médico, del cual se busque mejorar las condiciones de vida de los mismos, está enmarcado en principios constitucionales que el ordenamiento legal debe garantizar y cuyo desarrollo pretende buscar progresivamente el efectivo ejercicio de la vida y la libertad.

## V. De la responsabilidad médica en la vacunación

Entre los grandes avances científicos que ha tenido la medicina durante su historia se encuentran el desarrollo de las vacunas. La necesidad de esta tecnología en la salud, es una forzosa referencia para comprender la relación intrínseca existente entre la responsabilidad del médico y el paciente frente a aspectos relativos a la prevención y/o tratamiento que es recomendado acatar. Esta responsabilidad se manifiesta, en primera medida, con la consecución del consentimiento informado del que ya se ha dado cuenta en acápite anterior.

Así las cosas, la explicación sobre el procedimiento, sus beneficios, los posibles riesgos y las alternativas existentes sobre el mismo que involucre alguna tecnología en salud, es consecuencia directa de la deontológica práctica de los médicos. En consecuencia, es de vital importancia que los pacientes cuenten con la información suficiente y soportada en hallazgos científicos para que tenga la certeza sobre la seguridad de las vacunas.

Según el doctor Chuck *“las vacunas plantean problemas bioéticos que no deben ser ignorados y se deberá de buscar la solución más adecuada para cada problema que se presenta buscando siempre lo que brinde el mayor beneficio al niño ya sea cuando la aplicación de vacunas sea en lo individual o en lo colectivo”*<sup>5</sup>.

Ahora bien, la jurisprudencia referente a la responsabilidad médica, ha definido que se tiene como resultado de la concurrencia del actuar u omisión del personal médico-sanitario y de las acciones u omisiones de la administración, produciendo con ello una falla en el servicio, que tiene la potencialidad de configurar una responsabilidad contractual o extracontractual del Estado o Civil, según sea el caso. Así lo ha expresado recientemente el Máximo Tribunal de lo Contencioso Administrativo<sup>6</sup>, como sigue:

*“Como se desprende de la posición jurisprudencial reiterada de la Sala, en asuntos médicos de esta naturaleza –y eventualmente en otros–, la falla del servicio podrá sustentarse en un indicio. (...) Lo anterior, comoquiera que el indicio de falla del servicio, aunado a la prueba de la imputación fáctica*

<sup>5</sup> Chuck Sepúlveda, Jorge Adrián. *La responsabilidad en la aplicación de vacunas*. Revista Etbio Año 2- Núm. 4-2012. p. 16 – 19. Disponible on-line: <http://www.comex-bio.org.mx/Documents/A%C3%B1o%202020Num4/CHUCK%20SEPULVEDA%20JORGE.pdf>

<sup>6</sup> Consejo de Estado. Sección Tercera, Subsección A. Sentencia del diez (10) de septiembre de 2014, Radicado número 27771. C. P.: Hernán Andrade Rincón.

*que vincula la conducta con el daño, daría lugar a encontrar acreditada la responsabilidad”.*

Al respecto de sus implicaciones sobre los planes de vacunación, el Consejo de Estado<sup>7</sup> ha dicho que,

*“corresponde a una política pública, dirigido a la inmunización de la población, particularmente de la infantil que se ejecuta en todo el territorio nacional a cargo de las instituciones de salud de país, sujeto a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, que rigen a la seguridad social estatal, en tanto el Estado está obligado a la protección del derecho fundamental a la salud en conexidad con el derecho a la vida, el cual merece especial protección y garantía por parte de las autoridades prestadoras del servicio. Ahora lo anterior, aunado a la labor social que cumplen las entidades hospitalarias, podría en principio sostenerse que el Estado en cuanto la vacunación obedece a una política pública, asume en cada caso concreto la posición de garante, fuente del deber ineludible de controlar el riesgo social, de no atender la inmunización general de la población de enfermedades que bien pueden generar epidemias sino se previene, mediante la vacunación”.*

En conclusión, dentro del régimen jurídico colombiano, existe asidero jurídico para determinar como elemento constitutivo de responsabilidad médica la ausencia del consentimiento informado previo al sometimiento de un tratamiento médico que comporte una tecnología en salud contemplada en los esquemas obligatorios de vacunación contemplados como política pública del Estado.

#### VI. Del contenido normativo de la iniciativa

De lo anterior, surge la necesidad de adicionar a la Ley 1626 de 2013 ciertas modificaciones para dar una claridad legal al carácter obligatorio de la vacuna contra el virus del papiloma humano, la cual debe estar a cargo del Estado y de los agentes responsables de operar el Sistema de Seguridad Social en Salud, más no es Constitucional hacer extensible esta carga a la población.

Por esta razón, se establece en el artículo 2°A del proyecto de ley que el carácter obligatorio debe entenderse como una carga para el Estado, pero prevalece en todo caso la libre voluntad de las personas o pacientes respecto del sometimiento del procedimiento médico que busca garantizar la vacunación contra el virus del papiloma humano.

Aunado a esta carga del Estado, la población beneficiaria de la Ley 1626 de 2013, así como sus familiares, tienen el derecho de conocer los beneficios y las consecuencias adversas de la aplicación de la vacuna contra el virus del papiloma humano.

La inclusión del artículo 2°B a la Ley 1626 de 2013, permite, dentro del ordenamiento legal, establecer una garantía efectiva al Derecho Fundamental de la Libertad establecido por el Constituyente Primario, toda vez que para el sometimiento de un tratamiento médico de la importancia que reviste la

prevención del cáncer cérvico uterino, la población colombiana debe entender con el mayor detalle y claridad posible en qué consiste dicho tratamiento, en qué condiciones debe practicarse, qué cuidados deben procurarse, qué busca prevenir, cómo busca prevenirlo, para qué debe practicarse, cuál va a ser el seguimiento clínico a desarrollar, cuáles son las posibles consecuencias adversas que produce el tratamiento, entre otros cuestionamientos que son vitales tener absueltos y garantizar plenamente la vida de las beneficiarias que trata la ley modificada.

En este sentido, el parágrafo 1° de la iniciativa, desarrolla de manera general y expresa, el contenido de la información que ha de suministrarse a los pacientes, con el fin que estos y sus familiares garantes, tomen una decisión informada y consecuente con el fin de prevenir el cáncer cérvico uterino evitando padecimientos innecesarios y más costosos para el Sistema de Salud. Es de recordar que al tratarse de una población beneficiaria menor de edad, el consentimiento informado ha de estar avalado, para efectos de su vinculación jurídica, por las personas que ejercen la patria potestad sobre la menor que será sometida al tratamiento médico.

Por otro lado, el parágrafo 2° del artículo 2°B extiende, dentro del marco jurídico disciplinario o penal según el caso, a manera de “sanción preventiva” para el Gobierno nacional, los funcionarios del Ministerio de Salud y Protección Social, a los funcionarios de las Secretarías de Salud de los Entes Territoriales correspondientes y a los agentes responsables de operar el Social en Salud, una causal legal que permite abrir investigaciones por la omisión o incumplimiento de solicitar el consentimiento informado de las pacientes y sus representantes legales, previo a realizar la vacunación que refiere la Ley 1626 de 2013.

Se propone adicionar el parágrafo 3° al artículo 2°B, para establecer como causal de violación del reglamento que conlleve a una eventual responsabilidad médica, al personal médico y sanitario, cuando estos omitan cumplir la obligación de obtener el consentimiento informado a los pacientes que son beneficiario de la vacuna contra el V.P.H.

Esto permite garantizar que la calidad de la información que se suministra en virtud de la obligación del Estado, sea idónea, útil, pertinente y adecuada. La prevención a que hace referencia este parágrafo, se entiende sin perjuicio de la eventual responsabilidad médica o extracontractual que llegará a presentarse en los casos en concreto.

#### VII. Impacto Fiscal

El presente proyecto de ley, al no ordenar gasto, no comprende un impacto fiscal y en consecuencia no requiere cumplir con lo establecido en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003, ni se encuentra condicionado al aval del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

#### VIII. Proposición final

Por las razones expuestas, solicitamos a la Mesa Directiva de la Plenaria del Honorable Senado de la República discutir y aprobar en segundo debate el Proyecto de ley número 10 de 2015 Senado, de

<sup>7</sup> Consejo de Estado. Sección Tercera, Subsección B. Sentencia del veintiocho (28) de septiembre de 2012, Radicado número 22424. C. P.: Stella Conto Díaz del Castillo.



acuerdo al texto aprobado en la Comisión Séptima del Senado de la República, el cual se presenta para segundo debate sin modificaciones.

De los honorables Senadores,



ÁLVARO URIBE VÉLEZ  
Senador de la República  
Coordinador Ponente

EDUARDO ENRIQUE PULGAR  
Senador de la República  
Ponente

ANTONIO JOSÉ CORREA  
Senador de la República  
Ponente

SOFÍA ALEJANDRA GAVIRIA  
Senadora de la República  
Ponente

NADIA GEORGETTE BLEL SCAFF  
Senadora de la República  
Ponente

**TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO  
DEBATE AL PROYECTO DE LEY  
NÚMERO 02 DE 2015 SENADO**

*por medio de la cual se modifica la Ley 1626 de 2013, y se establece el consentimiento informado obligatorio*

El Congreso de Colombia

DECRETA:

**Artículo 1º. Objeto.** La presente ley tiene por objeto garantizar el ejercicio de la libre voluntad de las pacientes de las que se refiere el artículo 1º de la Ley 1626 de 2013 mediante el consentimiento informado, atendiendo el deber del Estado de proteger la vida.

**Artículo 2º.** Adiciónese el artículo 2º-A a la Ley 1626 de 2013, el cual quedará así:

*Artículo 2-A. Obligatoriedad. El carácter de obligatoriedad al que se refiere la presente ley se entiende como una carga para el Estado, prevaleciendo en todo caso la libre voluntad de las personas respecto del sometimiento del procedimiento médico del que trata el artículo 1º de la presente ley.*

**Artículo 3º.** Adiciónese el artículo 2-B a la Ley 1626 de 2013, el cual quedará así:

*Artículo 2-B. Consentimiento Informado. Las autoridades a las que se refiere la presente ley, así como los garantes del Sistema de Seguridad Social en Salud, solo aplicarán la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano a las pacientes cuando estas y las personas que ejercen la patria potestad sobre las mismas, de manera libre e informada manifiesten inequívocamente por escrito, de forma voluntaria y reiterada, su consentimiento y aceptación de la aplicación de dicho procedimiento médico.*

*Parágrafo 1º. En todo caso, las autoridades administrativas y el personal médico que garantiza la vacunación a la que se refiere el artículo 1º de esta ley, tienen la obligación de informar de manera pre-*

*via y detallada las consecuencias, primarias y secundarias benéficas y adversas, de la aplicación de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano, así como las diferentes alternativas existentes para la prevención del cáncer cérvico uterino, e igualmente las consecuencias por la decisión de no ser aplicada la vacuna.*

*Parágrafo 2º. Las autoridades administrativas que omitan, en todo o en parte, el cumplimiento de la obligación que trata este artículo, serán sujetos de investigación a que hubiera lugar por parte de las autoridades competentes.*

*Parágrafo 3º. El personal médico y sanitario que omita, en todo o en parte, el cumplimiento de la obligación que trata este artículo, actuará bajo grave violación del reglamento y será sujeto de posible responsabilidad médica.*

**Artículo 4º. Vigencia.** La presente ley rige por el término de 3 años, después de la fecha de su promulgación.

De los honorables Senadores,



ÁLVARO URIBE VÉLEZ  
Senador de la República  
Coordinador Ponente

EDUARDO ENRIQUE PULGAR  
Senador de la República  
Ponente

ANTONIO JOSÉ CORREA  
Senador de la República  
Ponente

SOFÍA ALEJANDRA GAVIRIA  
Senadora de la República  
Ponente

NADIA GEORGETTE BLEL SCAFF  
Senadora de la República  
Ponente

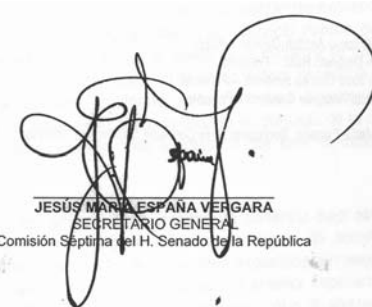
**COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL  
PERMANENTE DEL HONORABLE  
SENADO DE LA REPÚBLICA**

Bogotá, D. C., a los dieciocho (18) días del mes de diciembre del año dos mil quince (2015)

En la presente fecha se autoriza la publicación en Gaceta del Congreso de la República del siguiente informe de ponencia para segundo debate.

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

El Secretario,



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

## TEXTOS DE COMISIÓN

### TEXTO DEFINITIVO

**(Aprobado en la Comisión Séptima Constitucional Permanente del honorable Senado de la República, en sesión ordinaria de fecha martes veinticuatro (24) de noviembre de 2015, según Acta número 27 Legislatura 2015-2016)**

### AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 23 DE 2015 SENADO

*por medio de la cual se adiciona un párrafo al artículo 51 de la Ley 100 de 1993. (Auxilio funerario).*

El Congreso de Colombia

DECRETA:

CAPÍTULO I





#### Disposiciones generales

**Artículo 1°.** Adiciónase el siguiente párrafo al artículo 51 de la Ley 100 de 1993, el cual quedará así:

**Parágrafo.** Tendrá derecho a recibir el auxilio funerario de que trata el presente artículo la persona que demuestre haber sufragado los gastos de entierro del pensionado por sobrevivientes o sustitución pensional, siempre y cuando este ostente la calidad de cónyuge, compañera o compañero permanente de quien dio origen a la pensión y el monto de la misma no supere los cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

**Artículo 2°.** La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

El anterior texto, conforme en lo dispuesto en el artículo 165 de la Ley 5ª de 1992 (firmas de los ponentes, una vez reordenado el articulado que constituye el texto definitivo).

 NADIA BLEL SCAFF (COORDINADORA) Senadora de la República	 ORLANDO CASTAÑEDA SERRANO (COORDINADOR) Senador de la República
 LUIS EVELIS ANDRADE CASAMA Senador de la República	 EDINSON DELGADO RUIZ Senador de la República
 JESÚS ALBERTO CASTILLA SALAZAR Senador de la República	 EDUARDO PULGAR DAZA Senador de la República

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL  
PERMANENTE DEL HONORABLE  
SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., en sesión ordinaria de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, de fecha martes veinticuatro (24) de noviembre de 2015, según Acta número 27, Legislatura 2015-2016, fueron considerados los siguientes

informes de ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 23 de 2015 Senado, *por medio de la cual se adiciona un párrafo al artículo 51 de la Ley 100 de 1993*, así:

– Ponencia **positiva** para primer debate Comisión Séptima Senado: Presentada por los honorables Senadores *Nadia Blel Scaff, Luis Evelis Andrade, Edinson Delgado Ruiz y Jesús Alberto Castilla Salazar*. Publicada en la *Gaceta del Congreso* número 685 de 2015.

– Ponencia **negativa** para primer debate Comisión Séptima Senado: Presentada por los honorables Senadores *Orlando Castañeda Serrano y Eduardo Enrique Pulgar Daza*. Publicada en la *Gaceta del Congreso* número 685 de 2015.

De acuerdo a lo dispuesto en el artículo 5° del Acto Legislativo número 01 de 2009. Votación pública y nominal y a la Ley 1431 de 2011, *por la cual se establecen las excepciones a que se refiere el artículo 133 de la Constitución Política*, se obtuvo la siguiente votación:

Puesta a consideración la proposición con que termina el informe de ponencia **negativo**, presentado por los honorables Senadores *Orlando Castañeda Serrano y Eduardo Enrique Pulgar Daza*, con votación nominal y pública, fue negada con seis (6) votos en contra, cinco (5) votos a favor, ninguna abstención, sobre un total de once (11) honorables Senadores y Senadoras presentes en el momento de la votación. Los honorables Senadores y Senadoras que votaron negativamente fueron: *Andrade Casamá Luis Evelis, Blel Scaff Nadia, Castilla Salazar Jesús Alberto, Delgado Martínez Javier Mauricio, Ospina Gómez Jorge Iván y Pestana Rojas Yamina del Carmen*. Los honorables Senadores que votaron afirmativamente fueron: *Castañeda Serrano Orlando, Correa Jiménez Antonio José, Henríquez Pinedo Honorio Miguel, Soto Jaramillo Carlos Enrique y Uribe Vélez Álvaro*.

Negada la ponencia negativa, fue puesta en consideración para discusión y votación la ponencia positiva, así:

Puesta a consideración la proposición con que termina el informe de ponencia **positivo**, presentado por los honorables Senadores *Nadia Blel Scaff, Luis Evelis Andrade y Edinson Delgado Ruiz*, con votación nominal y pública, se obtuvo su aprobación, con seis (6) votos a favor, cinco (5) votos en contra, ninguna abstención, sobre un total de once (11) honorables Senadores y Senadoras presentes en el momento de la votación. Los honorables Senadores y Senadoras que votaron afirmativamente fueron: *Andrade Casamá Luis Evelis, Blel Scaff Nadia, Castilla Salazar Jesús Alberto, Delgado Martínez Javier Mauricio, Ospina Gómez Jorge Iván y Pestana Rojas Yamina del Carmen*. Los honorables Senadores que votaron negativamente fueron: *Castañeda Serrano Orlando, Correa Jiménez Antonio José, Henríquez Pinedo Honorio Miguel, Soto Jaramillo Carlos Enrique y Uribe Vélez Álvaro*.

– Puesta a consideración la proposición de votación en bloque y omisión de su lectura (propuesta por el honorable Senador *Antonio José Correa Jiménez*), la votación del articulado (con una proposición aditiva al artículo 1º), el título del proyecto y el deseo de la Comisión de que este proyecto tuviera segundo debate, con votación nominal y pública, se obtuvo su aprobación, con siete (7) votos a favor, cuatro (4) votos en contra, ninguna abstención, sobre un total de once (11) honorables Senadores y Senadoras presentes en el momento de la votación. Los honorables Senadores y Senadoras que votaron afirmativamente fueron: *Andrade Casamá Luis Évelis, Blel Scaff Nadia, Castilla Salazar Jesús Alberto, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Martínez Javier Mauricio, Ospina Gómez Jorge Iván y Pestana Rojas Yamina del Carmen*. Los honorables Senadores que votaron negativamente fueron: *Castañeda Serrano Orlando, Henríquez Pinedo Honorio Miguel, Soto Jaramillo Carlos Enrique y Uribe Vélez Álvaro*.

– El honorable Senador *Jorge Iván Ospina Gómez* presentó una proposición aditiva, en el sentido de agregar la expresión “... y el monto de la misma no supere los cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes” al final del párrafo del artículo 1º, así:

**Parágrafo.** Tendrá derecho a recibir el auxilio funerario de que trata el presente artículo la persona que demuestre haber sufragado los gastos de entierro del pensionado por sobrevivientes o sustitución pensional siempre y cuando este ostente la calidad de cónyuge, compañera o compañero permanente de quien dio origen a la pensión, y el monto de la misma no supere los cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes”.

– Puesta a consideración la proposición aditiva, presentada por el honorable Senador *Jorge Iván Ospina Gómez*, al párrafo del artículo 1º, con votación nominal y pública, se obtuvo su aprobación, con siete (7) votos a favor, cuatro (4) votos en contra, ninguna abstención, sobre un total de once (11) honorables Senadores y Senadoras presentes en el momento de la votación. Los honorables Senadores y Senadoras que votaron afirmativamente fueron: *Andrade Casamá Luis Évelis, Blel Scaff Nadia, Castilla Salazar Jesús Alberto, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Martínez Javier Mauricio, Ospina Gómez Jorge Iván y Pestana Rojas Yamina del Carmen*. Los honorables Senadores que votaron negativamente fueron: *Castañeda Serrano Orlando, Henríquez Pinedo Honorio Miguel, Soto Jaramillo Carlos Enrique y Uribe Vélez Álvaro*.

La proposición reposa en el expediente. En consecuencia, el artículo 1º fue aprobado de la siguiente manera:

“**Artículo 1º.** Adiciónase el siguiente párrafo al artículo 51 de la Ley 100 de 1993, el cual quedará así:

**Parágrafo.** Tendrá derecho a recibir el auxilio funerario de que trata el presente artículo la persona que demuestre haber sufragado los gastos de entierro del pensionado por sobrevivientes o sustitución pensional siempre y cuando este ostente la calidad

de cónyuge, compañera o compañero permanente de quien dio origen a la pensión, y el monto de la misma no supere los cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes”.

Puesto a consideración el título del proyecto, este fue aprobado de la siguiente manera: “*por medio de la cual se adiciona un párrafo al artículo 51 de la Ley 100 de 1993*” (auxilio funerario), tal como fue presentado en el texto propuesto del informe de la ponencia **positiva** para primer debate. Se obtuvo su aprobación, con votación nominal y pública, con siete (7) votos a favor, cuatro (4) votos en contra, ninguna abstención, sobre un total de once (11) honorables Senadores y Senadoras presentes en el momento de la votación. Los honorables Senadores y Senadoras que votaron afirmativamente fueron: *Andrade Casamá Luis Évelis, Blel Scaff Nadia, Castilla Salazar Jesús Alberto, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Martínez Javier Mauricio, Ospina Gómez Jorge Iván y Pestana Rojas Yamina del Carmen*. Los honorables Senadores que votaron negativamente fueron: *Castañeda Serrano Orlando, Henríquez Pinedo Honorio Miguel, Soto Jaramillo Carlos Enrique y Uribe Vélez Álvaro*.

– Seguidamente fueron designados ponentes para segundo debate, en estrado, los honorables Senadores *Eduardo Enrique Pulgar Daza, Jesús Alberto Castilla Salazar, Edinson Delgado Ruiz, Luis Évelis Andrade Casamá, Orlando Castañeda Serrano y Nadia Georgette Blel Scaff*. Término reglamentario de quince (15) días calendario, contados a partir del día siguiente de la designación en estrado, susceptibles de solicitar prórroga.

– La relación completa del primer debate se halla consignada en el Acta número 27, del martes veinticuatro (24) de noviembre de dos mil quince (2015), Legislatura 2015-2016.

– Conforme a lo dispuesto en el artículo 8º del Acto Legislativo número 001 de 2003 (último inciso del artículo 160 de la Constitución Política), el anuncio del Proyecto de ley número 23 de 2015 Senado, se hizo en las siguientes sesiones ordinarias: Miércoles 9 de septiembre, según Acta número 13; Martes 22 de septiembre de 2015, según Acta número 15; Miércoles 23 de septiembre de 2015, según Acta número 16; Martes 29 de septiembre de 2015, según Acta número 17; Miércoles 30 de septiembre de 2015, según Acta número 18; Martes 6 de octubre de 2015, según Acta número 19; Jueves 29 de octubre de 2015, según Acta número 20; Martes 3 de noviembre de 2015, según Acta número 21; Martes 10 de noviembre de 2015, según Acta número 22; Miércoles 11 de noviembre de 2015, según Acta número 23, Miércoles 18 de noviembre de 2015, según Acta número 25.

**Iniciativa:** honorable Senador *Efraín Cepeda Sarabia*.

**Ponentes en Comisión Séptima de Senado para primer debate:** honorables Senadores *Eduardo Enrique Pulgar Daza, Jesús Alberto Castilla Salazar, Edinson Delgado Ruiz, Luis Évelis Andrade Casamá, Orlando Castañeda Serrano y Nadia Georgette Blel Scaff*.

– Publicación proyecto original: *Gaceta del Congreso* número 537 de 2015.

– Publicación ponencia positiva para primer debate Comisión Séptima Senado: *Gaceta del Congreso* número 685 de 2015.

Presentada por los honorables Senadores *Nadia Blel, Luis Évelis Andrade, Édinson Delgado Ruiz y Jesús Alberto Castilla Salazar.*

– Publicación ponencia negativa para primer debate Comisión Séptima Senado: *Gaceta del Congreso* número 685 de 2015.

Presentada por los honorables Senadores *Orlando Castañeda Serrano y Eduardo Enrique Pulgar Daza.*

**Número de artículos proyecto original:** Dos (2) artículos.

**Número de artículos texto propuesto ponencia positiva Comisión Séptima de Senado:** Dos (2) artículos.

**Número de artículos aprobados Comisión Séptima de Senado:** Dos (2) artículos.

**Radicado en Senado:** 28-07-2015

**Radicado en Comisión:** 30-07-2015

**Radicación ponencia positiva en primer debate:** 02-09-2015

**Radicación ponencia negativa en primer debate:** 02-09-2015

**Tiene las siguientes consideraciones:**

**Consideraciones Ministerio de Hacienda**

**FECHA:** 29-09-2015. *Gaceta del Congreso* número 785 de 2015

**Se manda publicar el día 6 de octubre de 2015.**

**Consideraciones Ministerio de Trabajo**

**FECHA:** 27-10-2015. *Gaceta del Congreso* número 858 de 2015

**Se manda publicar el día 28 de octubre de 2015.**

**COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL  
PERMANENTE DEL HONORABLE  
SENADO DE LA REPÚBLICA**

Bogotá, D. C., a los diez (10) días del mes de diciembre del año dos mil quince (2015)

En la presente fecha se autoriza la publicación en *Gaceta del Congreso* del texto definitivo aprobado en primer debate, en la Comisión Séptima del Senado, en sesión ordinaria de fecha martes veinticuatro (24) de noviembre de 2015, según Acta número 27, en seis (6) folios, al Proyecto de ley número 23 de 2015 Senado, *por medio de la cual se adiciona un párrafo al artículo 51 de la Ley 100 de 1993.* (Auxilio funerario).

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

El Secretario,

**CONTENIDO**

Gaceta número 23 - Jueves, 18 de febrero de 2016	
SENADO DE LA REPÚBLICA	
PONENCIAS <span style="float: right;">Págs.</span>	
Informe de ponencia para segundo debate y texto propuesto al Proyecto de ley número 10 de 2015 Senado, por medio de la cual se modifica la Ley 1626 de 2013 y se establece el consentimiento informado obligatorio .....	1
TEXTOS DE COMISIÓN	
Texto definitivo (Aprobado en la Comisión Séptima Constitucional Permanente del honorable Senado de la República, en sesión ordinaria de fecha martes veinticuatro (24) de noviembre de 2015, según Acta número 27 Legislatura 2015-2016) al Proyecto de ley número 23 de 2015 Senado, por medio de la cual se adiciona un párrafo al artículo 51 de la Ley 100 de 1993. (Auxilio funerario).....	10