



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 - Nº 690

Bogotá, D. C., miércoles, 31 de agosto de 2016

EDICIÓN DE 32 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariassenado.gov.co

JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PONENCIAS

**PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE
AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 180
DE 2015 CÁMARA, 44 DE 2015 SENADO**

por medio de la cual se ordena a la Registraduría Nacional del Estado Civil y al Ministerio de Transporte, plasmar la voluntad de ser donante de órganos, de la persona que así lo acepte al momento de expedición de la cédula de ciudadanía y licencia de conducción, que se hará efectiva solo después de su fallecimiento.

Bogotá, D. C., agosto de 2016

Doctor

TELÉSFORO PEDRAZA ORTEGA

Presidente Comisión Primera

Honorable Cámara de Representantes

Ciudad

Asunto: Ponencia para Segundo Debate al Proyecto de ley número 180 de 2015 Cámara 44 de 2015 Senado, *por medio de la cual se ordena a la Registraduría Nacional del Estado Civil y al Ministerio de Transporte, plasmar la voluntad de ser donante de órganos, de la persona que así lo acepte al momento de expedición de la cédula de ciudadanía y licencia de conducción, que se hará efectiva solo después de su fallecimiento.*

Respetado Presidente y Miembros de la Mesa Directiva,

En los términos de los artículos 174 y 175 de la Ley 5ª de 1992 y en cumplimiento de la honrosa designación como ponente, emanada de esa directiva, y teniendo en cuenta que el presente proyecto de ley superó el pasado 3 de agosto de 2016, su respectivo trámite en la Comisión Primera de Cámara de Representantes, según el texto propuesto para primer debate con las modificaciones propuestas, me permito rendir Informe de Ponencia para Segundo Debate al

Proyecto de ley número 180 de 2015 Cámara, 44 de 2015 Senado.

La ponencia consta de nueve (9) títulos, así:

- I. **ANTECEDENTES DEL PROYECTO DE LEY**
- II. **OBJETO Y CONTENIDO DEL PROYECTO DE LEY**
- III. **ARGUMENTOS DE LA EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**
- IV. **MARCO NORMATIVO**
- V. **MARCO JURISPRUDENCIAL**
- VI. **CONCEPTOS TÉCNICOS**
- VII. **CONSIDERACIONES GENERALES DE LOS PONENTES**
- VIII. **PLIEGO DE MODIFICACIONES**
- IX. **PROPOSICIÓN**

I. ANTECEDENTES DEL PROYECTO DE LEY

El Proyecto de ley número 44 de 2015 Senado, fue radicado el 5 de agosto de 2015 en la Secretaría General del Senado de la República. El autor de la iniciativa es el honorable Senador Efraín Cepeda. Según consta en la *Gaceta del Congreso* número 565 de 2015.

El martes 5 de agosto de 2015, la Comisión Primera Constitucional Permanente del Senado de la República recibe el expediente del proyecto de ley y, el miércoles 21 del mismo mes, designa como ponente “mediante Acta MD-06” al honorable Senador Juan Roberto Gerlén Echeverría, quien presenta ponencia positiva, según *Gaceta del Congreso* número 661 de 2015, las cuales el día 12 de septiembre de 2015, fue aprobado sin objeciones y por unanimidad, en el texto propuesto por el ponente por la Comisión Primera de Senado y designando de nuevo al honorable Senador Gerlén Echeverría, como ponente para segundo debate.

El martes 2 de diciembre de 2015, se presenta ponencia positiva y sin modificaciones ante la plenaria del Senado, quien el 2 de diciembre de la misma anualidad lo aprueba pero con modificaciones.

El 16 de diciembre de 2015, se da traslado del Senado a Cámara y es radicado en la Secretaría General de la misma entidad para su correspondiente trámite en Comisión Primera y recibido en esta comisión el 21 de enero de 2016 designándonos como ponentes, ponencia que fue presentada, discutida y aprobada con las modificaciones propuestas, según consta en Acta número 03 de agosto 3 de 2016:

Presidente:

Siguiente punto del Orden del Día, señora Secretaria.

Secretaria:

Sí señor Presidente:

2. Proyectos para Primer Debate discusión y votación.

1. Proyecto de ley número 180 de 2015 Cámara, 44 de 2015 Senado, “por medio de la cual se ordena a la Registraduría Nacional del Estado Civil y al Ministerio de Transporte, plasmar la voluntad de ser donante de órganos, de la persona que así lo acepte al momento de expedición de la cédula de ciudadanía y licencia de conducción, que se hará efectiva solo después de su fallecimiento”.

Autor: honorable Senador Efraín Cepeda Sarabia.

Ponentes: honorables Representantes Humphrey Roa Sarmiento –Cámara–, Silvio Carrasquilla, Edward David Rodríguez, Carlos Arturo Correa, Jorge Enrique Roza, Fernando de la Peña, Angélica Lozano y Carlos Germán Navas Talero.

Texto aprobado en plenaria Senado: Gaceta del Congreso número 1026 de 2015.

Ponencia para Primer Debate: Gaceta del Congreso número 552 de 2016.

Ha sido leído el siguiente punto del Orden del Día, señor Presidente.

Presidente:

Bueno, entonces le voy a rogar a la señora Secretaria que se sirva leer la proposición con la que termina la ponencia.

Secretaria:

Sí señor Presidente.

Proposición: Con fundamento en las anteriores consideraciones y argumentos en el marco de la Constitución Política y la ley, propongo a los honorables Congresistas de la Comisión Primera Constitucional de la Cámara de Representantes dar primer Debate al Proyecto de ley número 180 de 2015 Cámara, 44 de 2015 Senado, “por medio de la cual se ordena a la Registraduría Nacional del Estado Civil y al Ministerio de Transporte plasmar la voluntad de ser donante de órganos de la persona que así lo acepte al momento de expedición de la cédula de ciudadanía y licencia de conducción que se hará efectiva solo después de su fallecimiento”, con las modificaciones.

De los honorables Representantes Humphrey Roa, Coordinador, Edward David Rodríguez Rodríguez, Jorge Enrique Roza y Fernando de la Peña.

Ha sido leída la proposición, señor Presidente del Proyecto con que termina el informe de ponencia.

La Presidencia concede el uso de la palabra al honorable Representante Óscar Fernando Bravo Realpe:

Gracias Presidente, para que alguno de los ponentes me aclare lo siguiente, nosotros aprobamos aquí una ley de autoría del doctor Rodrigo Lara, según la cual se presume la donación de órganos de cualquier persona que fallezca en contravía de lo que legislaba antes nuestro país de que se requería un consentimiento del que iba a fallecer o de sus familiares, ¿si esa ley ya está vigente cuál es el objeto de aprobar una nueva ley para el mismo objetivo?

Presidente:

Tiene razón, pero aquí hay varios de los ponentes y además de eso que firmaron la ponencia, entonces yo le quiero rogar a alguno de los ponentes al doctor Carlos Germán Navas Talero o al doctor Edward Rodríguez, o a Fernando de la Peña, no veo al doctor Silvio Carrasquilla, pero bueno aquí hay varios ponentes y yo quisiera pues preguntarles a ustedes para poder absolver la pregunta del honorable Representante Óscar Bravo.

La Presidencia concede el uso de la palabra al honorable Representante Carlos Germán Navas Talero:

Sí, yo soy simplemente uno de los ponentes el coordinador lo ha sido el doctor Humphrey Roa y me ha hecho llegar en este momento una copia de las objeciones presidenciales al proyecto de ley el que está ahoritica para sanción por el que pregunta el doctor Bravo, parece que la Presidencia de la República le hizo unas objeciones a ese Proyecto, acabo de recibirlo, no las conocía.

Ahora son dos cosas distintas, por lo que yo entiendo en el Proyecto que es objetado esta es el, se está determinando el procedimiento para las donaciones, quienes lo pueden hacer, etc., en cambio en este que es autoría del doctor, lo que se busca es que en los documentos de identificación cuya se exprese claramente su voluntad de ser donante, eso es lo que busca este, el que estamos viendo ahoritica que en el pase le diga soy donante o en la cédula de ciudadanía, eso no lo traía el anterior, es obvio que usted como civilista lo entiendo que si yo hago una manifestación de voluntad de donar un órgano nadie puede oponerse a eso, entonces las autoridades médicas al encontrar su cédula o su licencia de conducción donde autoriza donaciones puede hacerlo, mientras esa autorización no esté expresa en todas partes del mundo no se puede hacer, es el tema que nos ocupa y yo veo que son dos cosas distintas por lo menos en lo que yo acabo de observar acá, por eso digo la acabo de recibir en este instante el doctor Humphrey la hace llegar que son las objeciones al Proyecto de Rodrigo Lara, digo son dos cosas distintas de mi sentir, aquí es que debe plasmarse la voluntad expresa mía en un documento, de tal manera que cualquiera que esté manipulando mi cadáver autorizado pueda hacer los trasplantes. Gracias.

Presidente:

¿Alguno de los Ponentes de este Proyecto quiere hacer uso de la palabra? Tengo la impresión también honorable Representante Bravo, los ponentes o el coordinador ponente le hicieron algunas modificaciones al Proyecto conforme venía en el Senado, en el día de ayer me llamó la asistente del señor Ministro de Transporte, esto para informe de la Comisión a decirme que el Ministerio de Transporte veía con muy buenos ojos este Proyecto, en el día de ayer me llamó pero yo naturalmente no soy el responsable sino pues naturalmente el coordinador ponente y los demás ponentes. Y tengo entendido que tiene algunas modificaciones Representante Navas en el sentido de que no queda en la cédula sino que queda en un formulario anexo que lo va a recopilar la entidad encargada de, digamos de llevar el censo de los donantes de órganos, eso es lo que pues en la oficina pues los señores de mi UTL han encontrado.

Continúa la discusión de la proposición con la que termina la ponencia, continúa la discusión, va a cerrarse, queda cerrada, ¿La aprueba la Comisión?

Secretaria:

Sí la aprueba Presidente por unanimidad de los asistentes.

La Presidencia concede el uso de la palabra al honorable Representante Carlos Germán Navas Talero:

Sí, acabo de mirar el texto propuesto para modificaciones, me imagino que lo presentaría el doctor Humphrey, porque yo no he firmado, aquí están Edward Rodríguez, Carlos Arturo Correa, Jorge Enrique Roza, Fernando de la Peña, Angélica Lisbeth, yo no aparezco acá, pero en todo caso no se refiere en momento alguno, a lo que usted está diciendo. Quise decirte que habrá en el momento de expedirle a usted la cédula de ciudadanía la Registraduría hará llenar ese espacio y se determinará si es o no donante, lo que usted nos estaba diciendo no aparece acá, ahora sería tonto, doctor si usted manifestó que quería ser donante para qué tener que hacer formularios por separado para cuando usted se muera comiencen a buscar y este qué hacia. No, lo importante es que en su cédula digan Telésforo Pedraza, quiere regalar su corazoncito al Partido Conservador y el Partido Conservador se lo acepta, listo.

Presidente:

Articulado del Proyecto.

Secretaria:

Señor Presidente, el Proyecto consta de nueve artículos incluida la vigencia pero hay una proposición al artículo 5° suscrita por la doctora Clara Rojas, que si usted me permite la puedo leer.

Presidente:

Sí señora.

Secretaria:

Artículo 5°. Cadena de custodia. El Gobierno nacional deberá asegurar la cadena de custodia de los órganos donados desde el momento de su extracción en todo el territorio nacional, so pena de incurrir en las sanciones consagradas en los artículos 2° y 3° de la Ley 919 de 2004.

Esa es la modificación que la doctora Clara hace, es una proposición modificatoria al artículo 5° de la ponencia.

Y están radicando otra de la doctora Clara Rojas, igualmente al artículo 2° que adiciona un párrafo al artículo 2° de la ponencia, el párrafo dice así. Cuando la petición escrita esté radicada ante el Instituto Nacional de Salud esta entidad deberá notificar, sobra aquí una expresión deberá debe, esa revocatoria a la Registraduría y al Ministerio de Transporte, esa es una proposición al artículo 2° de la doctora Clara, adicionando un párrafo. Esas dos señor Presidente.

Presidente:

Señora Secretaria artículos que no tienen proposición.

Secretaria:

Presidente, el artículo 1°, tal como fue presentado en la ponencia, el artículo 3°, el artículo 4°, el artículo 6°, el artículo 7°, el artículo 8° y el artículo 9°.

Presidente:

Bien, pregunto a la Comisión si aprueban los artículos leídos que no tienen proposición. Se abre la discusión, va a cerrarse, queda cerrada, ¿Lo aprueba la Comisión?

Secretaria:

Han sido aprobados Presidente los artículos sin modificaciones el 1°, el 3°, el 4°, el 6°, el 7°, el 8° y el 9° sin modificaciones, por unanimidad de los asistentes.

Presidente:

Siguiente artículo en orden numérico que tenga proposición.

Secretaria:

Artículo 2° señor Presidente. El artículo 2° Presidente dice:

Presidente:

Perdón señora Secretaria, yo les voy a rogar un poquito de silencio pues porque realmente cuando se aprueban estos, estas modificaciones la gente tiene que saber claramente qué fue lo que se aprobó al final, un poquito de silencio, toca que suene la campana. Doctor Humphrey Roa, se van a leer las dos proposiciones, una al artículo 2°, la primera son dos proposiciones de la honorable Representante Clara Rojas, modificatoria o aditiva del artículo 2° y el artículo 5° si mal no estoy, los dos artículos que tienen dos proposiciones de la doctora Clara Rojas, doctora Clara Rojas si usted desea ya que está aquí el coordinador ponente por favor pudiera usted dar una explicación con relación a sus dos iniciativas.

La Presidencia concede el uso de la palabra a la honorable Representante Clara Leticia Rojas González:

Sí señor Presidente, muchas gracias aprovecho para saludar a toda la Mesa Directiva y a todos los colegas. Realmente las dos proposiciones son muy sencillas, una básicamente es para el artículo 2° en el momento en que se prevé la revocatoria de esta donación, pues básicamente como es el Ministerio de Salud, pues que ellos igual informen a la Registraduría y a los demás antes que esta revocación se hizo, particularmente a la

Registraduría de manera de que todos los funcionarios pues tengan la misma información, de manera simplemente es como para llenar un vacío y evitar o pensar o suponer que lo van a hacer, es mejor de una vez decirle una vez haya esta solicitud de revocatoria infórmese a las demás entidades que llevan este banco.

Presidente:

Ese es el artículo 2°.

Continúa con el uso de la palabra la honorable Representante Clara Leticia Rojas González:

Sí señor. Y el segundo, en el artículo 5°, sobre la cadena de custodia es importante prever un efecto para el incumplimiento de esta obligación, de manera que lo que estamos es introduciendo que si el Gobierno nacional deberá asegurar la cadena de custodia de los órganos desde el momento de su extracción en todo el territorio, so pena de incurrir en sanciones consagradas en los artículos 2° y 3° de la 914 de 2004, correcto. Entonces es a cada hecho pues una consecuencia de manera que el hecho de no tener esta cadena de custodia pues tenga la sanción correspondiente que está entre tres y seis meses, hasta tres años me parece que son razonables, entonces es una cosa muy sencilla pero no parece que es importante. Gracias.

Presidente:

Doctor Roa, como coordinador ponente, por favor tiene el uso de la palabra para poder poner en consideración las dos proposiciones del artículo 2°, del artículo 5° de la honorable Representante Clara Rojas.

La Presidencia concede el uso de la palabra al honorable Representante Humphrey Roa Sarmiento:

Gracias Presidente, no vemos ningún inconveniente en esas dos proposiciones y estamos completamente de acuerdo, porque muchas oportunidades y como en el artículo 5° se le da la cadena de custodia a la obligación, al Gobierno nacional en el territorio nacional ellos tienen que estructurarla en su totalidad para poder cumplir, so pena de sanción me parecen adecuadas y oportunas esas proposiciones de la doctora Clara Rojas.

Presidente:

Pregunto señora Secretaria.

La Presidencia concede el uso de la palabra al honorable Representante Edward David Rodríguez:

Gracias Presidente, no es pertinente las dos observaciones que hace al articulado la doctora Clara y le estaba diciendo al doctor Humphrey, que pues por mí no habría ningún inconveniente máxime cuando lo que se trata es de actualizar y adecuar esta legislación a algo práctico, entonces no le veo problema.

Presidente:

Señora Secretaria sírvase darle lectura a las dos proposiciones con el propósito de someterlas a consideración, los artículos 2° y 5° con las proposiciones de la honorable Representante Clara Rojas.

Secretaria:

Sí señor Presidente.

Proposición

Artículo 2°. Revocatoria de Manifestación. La voluntad de donación expresada en la vida por una persona, en vida por una persona solo puede ser revocada por ella misma y no podrá ser sustituida después de su muerte por sus deudos y/o familiares, todo ciudadano podrá modificar su decisión de ser o no donante de órganos y tejidos, mediante petición escrita radicada ante el Instituto Nacional de Salud, entidad a cargo de la administración del Registro Nacional de Donantes de Órganos.

Parágrafo. Cuando la petición escrita esté radicada ante el Instituto Nacional de Salud esta entidad deberá notificar esa revocatoria a la Registraduría y al Ministerio de Transporte. Así quedaría el artículo 2°.

Y el artículo 5°, quedaría así: Cadena de custodia. El Gobierno nacional deberá asegurar la cadena de custodia de los órganos donados desde el momento de su extracción en todo el territorio nacional, so pena de incurrir en las sanciones consagradas en los artículos 2° y 3° de la Ley 919 de 2004.

Han sido leídas las proposiciones de los artículos 2° y 5°, tal como quedarían señor Presidente.

Presidente:

En consideración de la Comisión las dos proposiciones que modifican, adicionan el artículo 2° y el artículo 5° de la Ley en discusión que ha sido pues por lo demás también consideradas favorablemente por el coordinador y los demás ponentes. Se abre la discusión, va a cerrarse, queda cerrada, ¿Los aprueba la Comisión?

Secretaria:

Han sido aprobados Presidente los dos artículos por unanimidad de los asistentes con las proposiciones de la doctora Clara Rojas.

Presidente:

Señora Secretaria Título y Pregunta por favor.

Secretaria:

Título. “por medio de la cual se ordena a la Registraduría Nacional del Estado Civil y al Ministerio de Transporte, plasmar la voluntad de ser donante de órganos, de la persona que así lo acepte al momento de expedición de la cédula de ciudadanía y licencia de conducción, que se hará efectiva solo después de su fallecimiento”.

Ha sido leído el Título y por instrucción suya pregunto a la Comisión ¿Si quieren que este Proyecto de Ley pase a Segundo Debate de la Plenaria de la Cámara y se convierta en Ley de la República?

Presidente:

En consideración de la Comisión el Título y la Pregunta del presente Proyecto de ley. Se abre la discusión, va a cerrarse, queda cerrada, ¿Lo aprueba la Comisión?

Secretaria:

Sí lo aprueba Presidente el Título y la Pregunta por unanimidad de los asistentes.

Presidente:

Ponentes para la Plenaria de la Cámara a los mismos ponentes que han tenido la responsabilidad en el trámite del Primer Debate. Siguiendo punto del Orden del Día, señora Secretaria.

TEXTO APROBADO EN LA COMISIÓN PRIMERA DE LA HONORABLE CÁMARA DE REPRESENTANTES DEL PROYECTO DE LEY NÚMERO 180 DE 2015 CÁMARA, 44 DE 2015 SENADO

por medio de la cual se ordenan a la Registraduría Nacional del Estado Civil y al Ministerio de Transporte, plasmar la voluntad de ser donante de órganos, de la persona que así lo acepte al momento de expedición de la cédula de ciudadanía y licencia de conducción, que se hará efectiva solo después de su fallecimiento.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1º. Manifestación de Voluntad. A partir de la vigencia de la presente ley, el Ministerio de Transporte y la Registraduría Nacional del Estado Civil dentro del trámite de expedición de los documentos de identificación en cualquiera de sus modalidades, deberá incluir dentro del formulario de solicitud correspondiente una opción para que las personas manifiesten de manera expresa su deseo de ser o no, donantes de órganos y tejidos, con el fin de que estos sean utilizados después de su fallecimiento, para trasplante o implante en otra persona, con objetivos terapéuticos.

Parágrafo 1º. El Ministerio de Transporte a través del RUNT realizará las actualizaciones tecnológicas requeridas para cumplir lo establecido en la presente ley, en un término de seis (6) meses.

Artículo 2º. Revocatoria de manifestación. La voluntad de donación expresada en vida por una persona, solo puede ser revocada por ella misma y no podrá ser sustituida después de su muerte por sus deudos y/o familiares.

Todo ciudadano podrá modificar su decisión de ser o no donante de órganos y tejidos, mediante petición escrita radicada ante el Instituto Nacional de Salud, entidad a cargo de la administración del Registro Nacional de Donantes de Órganos.

Parágrafo. Cuando la petición escrita esté radicada ante el Instituto Nacional de Salud, esta entidad deberá notificar esa revocatoria a la Registraduría y al Ministerio de Transporte.

Artículo 3º. El Estado a través del Ministerio de Salud y Protección Social deberá proveer educación pública permanente sobre la importancia de la donación de órganos y tejidos en el país y promoverá la iniciativa de que los ciudadanos expresen mediante el trámite de estos documentos su intención de donar órganos.

Artículo 4º. A partir de la vigencia de la presente ley, también se permitirá a los ciudadanos expresar su voluntad como donante de órganos al momento de afiliación al sistema de aseguramiento de salud. De igual manera todo afiliado al sistema podrá efectuar su registro como donante de órganos en todo momento.

Artículo 5º. Cadena de custodia. El Gobierno nacional deberá asegurar la cadena de custodia de los órganos donados desde el momento de su extracción, en todo el territorio nacional, so pena de incurrir en las sanciones consagradas en los artículos 2º y 3º de la Ley 919 de 2004.

Artículo 6º. La Registraduría Nacional del Estado Civil, el Ministerio de Transporte y las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud, actualizarán permanentemente la información de donantes de órganos y teji-

dos con el Registro Nacional de Donantes de Órganos, administrado por el Instituto Nacional de Salud.

Artículo 7º. El médico tratante deberá verificar con el Registro Nacional de Donantes de Órganos, la voluntad o no, del paciente fallecido apto para donación de órganos y tejidos.

Artículo 8º. La Registraduría Nacional del Estado Civil, el Ministerio de Transporte, el Ministerio de Salud y Protección Social y las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud reglamentarán dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, el protocolo de consentimiento informado en el que se notifique al ciudadano en el momento de recolección de datos, los alcances y consecuencias de la donación de órganos.

Artículo 9º. Vigencia. La presente ley rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

En los anteriores términos fue aprobado con modificaciones el presente proyecto de ley, según consta en Acta número 03 de agosto 3 de 2016.

HUMPHREY ROA SARMIENTO
Coordinador Ponente

TELESFORO PEDRAZA ORTEGA
Presidente

AMPARO YANETH CALDERON PERDOMO
Secretaria Comisión Primera Constitucional

II. OBJETO Y CONTENIDO DEL PROYECTO DE LEY

El proyecto de ley con el texto aprobado en la Comisión Primera de la Cámara de Representantes (*que cuenta con 9 artículos*) busca que, al momento de realizar el trámite de expedición de la cédula de ciudadanía y licencia de conducción, las autoridades competentes, dentro del formulario de la solicitud correspondiente, le pregunten al ciudadano si desea obtener la calidad de donantes de órganos a través de una opción para que las personas manifiesten de manera expresa su deseo de ser donantes de órganos y tejidos, con el fin de que estos sean utilizados después de su fallecimiento, para trasplante o implante en otra persona, con objetivos terapéuticos.

Ahora bien, a lo largo de los debates anteriores el Congreso de la Republica, se ha reiterado que otro de los objetivos principales es que la voluntad de donación expresada en vida por una persona, solo pueda ser revocada por ella misma (*los deudos y/o familiares no podrán sustituirla en ningún caso*). De esta manera, muchas personas (*nacionales todos*) podrán ayudar a cientos de ciudadanos y habitantes del territorio nacional, que actualmente necesitan un milagro para poder vivir de manera digna y saludable.

La estructura del proyecto de ley aprobado hasta el momento es breve y concreta:

• **Artículo 2º.** Se impone la obligación al Ministerio de Transporte y la Registraduría Nacional del Estado Civil de incorporar la opción de donación de órganos en el formulario de solicitud de la cédula; se da un término de 6 meses para su cumplimiento y puesta en marcha;

• **Artículo 2º.** Se habla de la posibilidad de revocatoria en cualquier momento, de la manifestación de la voluntad de ser donante de órganos y tejidos;

• **Artículo 3º.** Se señala que el Ministerio de Salud y Protección Social deberá proveer educación pública permanente sobre la importancia de la donación de órganos;

• **Artículo 4º.** Se permite la expresión de la voluntad como donante de órganos a través del formulario de afiliación al sistema de seguridad social.

• **Artículo 5º.** Se estipula la cadena de custodia por parte del Gobierno nacional de los órganos donados.

• **Artículo 6º.** Se señala el deber de actualización permanente de la información de donantes de órganos por parte de la Registraduría Nacional del Estado Civil, el Ministerio de Transporte y las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud.

• **Artículo 7º.** Deber de verificación por parte del médico tratante en el Registro Nacional de Donación de Órganos.

• **Artículo 8º.** El término de reglamentación por parte del Gobierno nacional será de seis meses a partir de la entrada en vigencia de la ley.

• **Artículo 9º.** Se establece la vigencia de la ley y la derogación de todas las disposiciones contrarias.

III. ARGUMENTOS DE LA EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Los principales argumentos esbozados en la exposición de motivos por parte del honorable autor del proyecto se pueden resumir en las siguientes premisas:

1. En Colombia hay escasez de donantes de órganos y tejidos. Las cifras así lo evidencian

• En Colombia existen 10.2 donantes por cada millón de habitantes, en España son cerca de 40 donantes por cada millón de habitantes y Estados Unidos 26 donantes por cada millón de habitantes.

• Para el momento de la presentación del proyecto de ley, en la ciudad de Bogotá, 1.245 personas están a la espera de una donación de **órgano** o tejido.

• En la capital del país, el promedio de edad de quienes esperan una donación es de 43 años y la mayoría son de estratos 2 y 3.

• Cada mes entran a la lista de espera unas 42 personas en promedio.

• El 7.6% de quienes están en lista de espera son niños.

• La mitad de los pacientes en lista de espera, fallecen por escasez de donantes.

• En el año 2012, solo 321 personas se recuperaron gracias a la decisión de algunas personas de donar sus **órganos**.

2. La presunción legal de donación consagrada en el artículo 2º de la Ley 73 de 1988 es hoy a todas luces inútil

En efecto, esta norma establece que toda persona es donante si en toda su vida no ha manifestado expresamente la intención de no serlo y dentro de las seis (6) horas siguientes a la ocurrencia de la muerte cerebral o antes de la iniciación de una autopsia médico-

legal cuando sus deudos no acreditan su condición ni expresan su oposición. No obstante, en la mayoría de los casos, los familiares se niegan a la donación de los órganos del fallecido.

3. El Estado colombiano debe facilitar todas las herramientas posibles que permitan generar el mayor número de donantes

Un solo donante puede beneficiar a 55 potenciales receptores. Se debe instaurar en Colombia la conciencia del deber de solidaridad y ser conscientes que, a través de este mecanismo amplificador de vida y esperanza, se puede ayudar a quien lo necesita. La donación es un acto de humanidad, de suprema generosidad y misericordia.

IV. MARCO NORMATIVO

A. Marco constitucional

El texto del proyecto ha sido redactado bajo lo preceptuado por nuestra Carta Política en los siguientes artículos, los cuales de manera clara y expresa disponen: (los apartes subrayados tienen relación directa con el proyecto de ley):

• **“Artículo 1º.** Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general”.

(los apartes subrayados y en negrilla tienen relación directa con el proyecto de ley).

• **“Artículo 16.** Todas las personas tienen derecho a libre desarrollo de su personalidad sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico”.

• **“Artículo 18.** Se garantiza la libertad de conciencia. Nadie será molestado por razón de sus convicciones o creencias ni compelido a revelarlas ni obligado a actuar contra su conciencia”.

• **“Artículo 19.** Se garantiza la libertad de cultos. Toda persona tiene derecho a profesar libremente su religión y a difundirla en forma individual o colectiva.

Todas las confesiones religiosas e iglesias son igualmente libres ante la ley”.

• **“Artículo 95.** La calidad de colombiano enaltece a todos los miembros de la comunidad nacional. Todos están en el deber de engrandecerla y dignificarla. El ejercicio de los derechos y libertades reconocidos en esta Constitución implica responsabilidades.

Toda persona está obligada a cumplir la Constitución y las leyes.

Son deberes de la persona y del ciudadano: [“]

2. Obrar conforme al principio de solidaridad social, respondiendo con acciones humanitarias ante situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas; [“”].

B. Marco normativo general

El texto del proyecto de ley se relaciona estrechamente con lo dispuesto en los siguientes instrumentos jurídicos (ordenados en orden cronológico):

a) **Ley 9ª de enero 24 de 1979**, “por la cual se dictan *Medidas Sanitarias [1]*. Título IX. Defunciones, traslado de cadáveres, inhumanación y exhumación, trasplante y control de especímenes;

b) **Decreto 2362 de julio 25 de 1986**, “por el cual se reglamenta parcialmente el Título IX de la Ley 9ª de 1979, en cuanto a los procedimientos de trasplantes de componentes anatómicos en seres humanos y se sustituye integralmente el Decreto número 2642 de 1980” [2];

c) **Ley 73 de diciembre 20 de 1988**, “por la cual se adiciona la Ley 9ª de 1979 y se dictan otras disposiciones en materia de donación y trasplante de órganos y componentes anatómicos para fines de trasplantes u otros usos terapéuticos [3];

d) **Decreto 1172 de junio 6 de 1989 (Derogado por el artículo 9º, Decreto Nacional 1546 de 1998)**, “por el cual se reglamenta parcialmente el Título IX de la Ley 9ª de 1979, en cuanto a la obtención, preservación, almacenamiento, transporte, destino y disposición de órganos o componentes anatómicos y los procedimientos para trasplantes de los mismos en seres humanos, así como la Ley 73 de 1988”;

e) **Decreto 1546 de agosto 4 de 1998**, “por el cual se reglamentan parcialmente las Leyes 9ª de 1979, y 73 de 1988, en cuanto a la obtención, donación, preservación, almacenamiento, transporte, destino y disposición final de componentes anatómicos y los procedimientos para trasplante de los mismos seres humanos, y se adoptan las condiciones mínimas para el funcionamiento de las Unidades de Biomedicina Reproductiva, Centros o similares [4];

f) **Decreto 2493 de agosto 4 de 2004**, “por el cual se reglamentan parcialmente las Leyes 9ª de 1979 y 73 de 1988, en relación con los componentes anatómicos” [5];

g) **Ley 919 de diciembre 22 de 2004**, “por medio de la cual se prohíbe la comercialización de componentes anatómicos humanos para trasplante y se tipifica como delito su tráfico” [6];

h) **Resolución 2640 de agosto 16 de 2005**, “por medio de la cual se reglamentan los artículos 3º, 4º, 6º párrafos 2º, 7º numerales 10, 25 y 46 del Decreto 2493 de 2004 y se dictan otras disposiciones” [7];

i) **Resolución 42 de enero 9 de 2008**, “por la cual se modifica el artículo 20 de la Resolución 2640 de 2005” [8];

j) **Resolución 2279 de junio 24 de 2008**, “por la cual se modifican los artículos 5º y 6º de la Resolución 2640 de 2005” [9].

C. Marco normativo relevante

A continuación, se transcriben los apartes más importantes de la normatividad relevante:

• LEY 9ª DE ENERO 24 DE 1979

“De la donación o traspaso de órganos, tejidos y líquidos orgánicos de cadáveres o de seres vivos para trasplantes u otros usos terapéuticos.

Artículo 540. *Cualquier institución de carácter científico, hospitalario o similar, que se proponga emplear métodos de trasplantes o utilizar los elementos orgánicos con fines terapéuticos, deberá obtener de la autoridad sanitaria la licencia correspondiente previa comprobación de que su dotación es adecuada, sus*

equipos científicos capacitados y que por investigaciones y experiencias aceptadas universalmente, el acto terapéutico no constituirá un riesgo, distinto de aquel que el procedimiento conlleve, para la salud del donante o del receptor.

Parágrafo. *Modificado por el artículo 1º, Ley 73 de 1988. Solo se podrá autorizar la utilización de los elementos orgánicos a que se refiere este artículo, cuando exista consentimiento del donante, del receptor, consentimiento de los deudos o abandono del cadáver.*

Artículo 541. *El Ministerio de Salud fijará los requisitos del certificado de defunción en los casos en que se vayan a utilizar elementos orgánicos del cadáver, teniendo en cuenta:*

a) *Que el certificado sea expedido por más de un médico, y*

b) *Que quienes hagan la certificación sean médicos distintos de quienes van a utilizar los elementos orgánicos.*

Artículo 542. *El Ministerio de Salud deberá:*

a) *Determinar, previa consulta a las Sociedades Científicas relacionadas con esta materia, qué signos negativos de la vida o positivos de la muerte, además de los de la muerte cerebral, deberán ser contados por quienes expiden el certificado de defunción, y*

b) *Previa la consulta antes mencionada determinar en qué casos de excepción pueden aceptarse los signos de muerte cerebral, con exclusión de otros para certificar la defunción.*

Artículo 543. *Para efectos de donación o traspaso de órganos, tejidos o líquidos orgánicos por parte de una persona viva, el Ministerio de Salud establecerá qué certificaciones deberán presentarse para acreditar científicamente que el acto no constituye un riesgo, distinto del que el procedimiento conlleve, para la salud del donante ni para la del posible receptor.*

[“]

Artículo 546. *El Ministerio de Salud deberá:*

a) *Determinar los requisitos mínimos de orden científico y técnico que deberán llenar las personas y los establecimientos que practiquen los estudios anatómo-patológicos;*

b) *Establecer las normas sobre preservación, transporte, almacenamiento y disposición final de órganos, tejidos y líquidos orgánicos o de seres vivos para trasplantes en otros usos terapéuticos, a fin de eliminar cualquier riesgo para la salud o el bienestar de la comunidad;*

c) *Los resultados de los estudios anatómo-patológicos realizados en establecimientos distintos de aquel en que se haya practicado la intervención quirúrgica deberán hacerse conocer del médico tratante y de la institución remitente;*

Establecer sistemas de información necesarios para que los diagnósticos logrados mediante estos estudios anatómo-patológicos sean puestos oportunamente en conocimiento de las autoridades sanitarias y cumplan adecuadamente el objetivo enunciado.

Artículo 547. *Los especímenes quirúrgicos obtenidos en establecimientos que no cuenten con servicios de Anatomía Patológica, deberán ser remitidos para*

su estudio a las instituciones que el Ministerio de Salud determine”.

• **LEY 73 DE DICIEMBRE 20 DE 1988**

“**Artículo 1°.** El parágrafo del artículo 540 de la Ley 9ª de 1979, quedará así:

Artículo 540. Parágrafo. Solo se podrá proceder a la utilización de los órganos, componentes anatómicos y líquidos orgánicos a que se refiere este artículo, cuando exista consentimiento del donante, del receptor, de los deudos, abandono del cadáver o presunción legal de donación.

Artículo 2°. Para los efectos de la presente ley existe presunción legal de donación cuando una persona durante su vida se haya abstenido de ejercer el derecho que tiene a oponerse a que de su cuerpo se extraigan órganos o componentes anatómicos después de su fallecimiento, si dentro de las seis (6) horas siguientes a la ocurrencia de la muerte cerebral o antes de la iniciación de una autopsia médico-legal sus deudos no acreditan su condición de tales ni expresan su oposición en el mismo sentido.

Artículo 3°. La extracción y utilización de órganos, componentes anatómicos y líquidos orgánicos para fines de trasplante u otros usos terapéuticos, podrá realizarse en los siguientes casos:

a) Mediante donación formal de uno de los órganos simétricos o pares, por parte de una persona viva, para su implantación inmediata;

b) Mediante donación formal de todos o parte de los componentes anatómicos de una persona, hecha durante la vida de la misma pero para que tenga efectos después de su muerte, con destino a su implantación inmediata o diferida;

c) Mediante presunción legal de donación, de conformidad con el artículo 2° de esta ley.

Parágrafo. En todo caso prevalecerá la voluntad del donante por sobre el parecer contrario de sus deudos o cualesquiera otras personas.

Artículo 4°. El retiro de componente anatómico de un cadáver, para fines de trasplante u otros usos terapéuticos, cuando deba practicarse autopsia médico-legal, solo podrá hacerse teniendo en cuenta:

a) Que el procedimiento no interfiera con la práctica de la necropsia ni con sus objetivos o resultados;

b) Que no exista oposición de las autoridades competentes en cada caso, tanto de la Rama Jurisdiccional del Poder Público, como de la Policía Judicial, el Ministerio Público y los Ministerios de Justicia y Salud.

Parágrafo. En los casos a que se refiere el presente artículo la liberación y retiro de los componentes anatómicos podrá ser hecha por los médicos legistas o por otros profesionales competentes bajo la custodia de aquellos.

Artículo 5°. Cuando quiera que en desarrollo de la presente ley deba expresarse el consentimiento, bien sea como deudo de una persona fallecida o en otra condición, se tendrá en cuenta el siguiente orden:

1. El cónyuge no divorciado o separado de cuerpos.
2. Los hijos legítimos o naturales, mayores de edad.
3. Los padres legítimos o naturales.

4. Los hermanos legítimos o naturales, mayores de edad.

5. Los abuelos y nietos.

6. Los parientes consanguíneos en línea colateral hasta el tercer grado.

7. Los parientes afines hasta el segundo grado.

Los padres adoptantes y los hijos adoptivos ocuparán dentro del orden señalado en este artículo, el lugar que corresponde a los padres e hijos por naturaleza.

Cuando a personas ubicadas dentro de un mismo numeral de este artículo, corresponda expresar su consentimiento, en ausencia de otras con mayor derecho dentro del orden allí señalado, y manifiesten voluntad encontrada, prevalecerá la de la mayoría. En caso de empate, se entenderá negado el consentimiento.

Artículo 6°. Previamente a la utilización de órganos, componentes anatómicos o líquidos orgánicos, deberá practicarse prueba para detectar anticuerpos contra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). La muestra para los efectos anteriores deberá ser tomada:

a) En cualquier momento siempre y cuando exista respiración natural o asistida artificialmente;

b) Dentro de las dos (2) horas siguientes al momento de la muerte.

Artículo 7°. Prohíbese el ánimo de lucro para la donación o suministro de los componentes anatómicos a que se refiere la presente ley. En consecuencia, la utilización de los mismos no puede ser materia de compensación alguna en dinero o en especie.

Artículo 8°. Teniendo en cuenta las disposiciones de la presente ley, el Gobierno reglamentará la donación y trasplante de órganos y componentes anatómicos, así como el funcionamiento de bancos de órganos, comprendido en un solo texto dichos reglamentos.

Artículo 9°. Esta Ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias”.

D) Doctrina Legislativa al respecto

• **El origen de la figura del consentimiento presunto**

El origen del artículo 2° de la Ley 73 de diciembre 20 de 1988, según el cual “existe presunción legal de donación cuando una persona durante su vida se haya abstenido de ejercer el derecho que tiene a oponerse a que de su cuerpo se extraigan órganos o componentes anatómicos después de su fallecimiento, si dentro de las seis (6) horas siguientes a la ocurrencia de la muerte cerebral o antes de la iniciación de una autopsia médico-legal sus deudos no acreditan su condición de tales ni expresan su oposición en el mismo sentido”, y de los artículos 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8° y 9° del mismo estatuto, se encuentra en la Proposición Modificatoria (revóquese la aprobación de los artículos 1°, 2°, 3° del Proyecto de ley número 143 Senado, 262 Cámara), presentada por el honorable Representante Camilo Arturo Montenegro en la Comisión Quinta de la Cámara de Representantes (primer debate), el 14 de septiembre de 1988 (Acta número 08 [10]). Esta proposición fue ratificada por la Plenaria de la Cámara (segundo debate) en la sesión ordinaria del día miércoles 28 de septiembre de 1988 [11].

V. MARCO JURISPRUDENCIAL

Sobre el tema bajo estudio la Corte Constitucional se ha pronunciado extensamente en la Sentencia C-933 de 2007 [12] y C-810 de 2003 [13]. Los apartes más importantes frente a la discusión fijados por el Alto Tribunal se pueden resumir de la siguiente manera:

- **La donación de órganos no constituye una cuestión ética y jurídicamente neutra** Implica complejas y difíciles decisiones y discusiones morales, filosóficas, religiosas, sociológicas y antropológicas que suscitan agudas controversias en el contexto del debate y discusión contemporánea. Por ejemplo, el problema del consentimiento informado (y el nivel de información requerido); el respeto a la libertad de decisión del donante; el papel de la decisión de los familiares; la relación jurídica del Estado con los cuerpos de las personas fallecidas; el tipo de persona que puede considerarse apta para donar; el pluralismo de las sociedades modernas; las diversas concepciones ideológicas, filosóficas o religiosas que originan una particular visión respecto de este tema; el concepto de muerte y la capacidad tecnológica para determinarla de manera segura; la equidad de los criterios utilizados para la distribución de los órganos donados, así como frente a la comercialización ilegal y la creación de mercados negros de órganos o componentes anatómicos de seres humanos; entre otros.

- **Para la solución de estos interrogantes es necesario un análisis iusfilosófico y constitucional relativo a la protección del principio de libertad o cláusula general de libertad, y su conciliación con el principio de solidaridad social y la figura de la función social del cadáver.** Así mismo, junto con los problemas relativos al libre consentimiento de la persona o sus familiares para la donación *pos mortem* están estrechamente relacionados el tema de la libertad de conciencia, religioso y de cultos, así como el problema jurídico respecto de a quién corresponde el derecho de disposición sobre un cadáver, si al Estado o a la familia del fallecido.

- **El tema del consentimiento informado constituye el núcleo gordiano del problema jurídico que plantea el trasplante de órganos,** por cuanto la donación de órganos, tanto en vida como después de la muerte, debería ocurrir bajo el presupuesto de la adopción de una decisión libre, autónoma y bien informada, bien sea de la persona en vida o de sus familiares luego de su muerte. El tema del consentimiento informado se encuentra íntimamente relacionado con el tema del derecho a la información, pues el derecho a ser informado de manera clara, objetiva, idónea y oportuna sobre todos los aspectos que encierra la ablación de órganos, es un requisito necesario para garantizar que la persona en vida o los familiares de esta luego de su muerte, cuando no existe manifestación de voluntad expresa al respecto por parte de aquella, puedan otorgar un consentimiento libre u oponerse a la extracción de los órganos del cadáver del ser querido.

- **En relación con la donación de órganos después de la muerte y el consentimiento exigido por la gran mayoría de las legislaciones del mundo para que se pueda llevar a cabo, surgen algunos cuestionamientos ético-jurídicos** relacionados con el fundamento moral y constitucional de la exigencia de dicho consentimiento y respecto de quién es la persona ética y jurídicamente legitimada para otorgar dicho consentimiento.

- **En el caso específico de la donación después de la muerte, la persona en vida puede otorgar su consentimiento informado expresando así el deseo de que al morir sus órganos sean utilizados en un trasplante, o también puede manifestar expresamente la prohibición de que los órganos sean separados de su cadáver después de ocurrir la muerte, o puede mantener silencio respecto de este tema.** La mayoría de las legislaciones han determinado la prevalencia de la voluntad del donante en vida frente a las manifestaciones de voluntad de sus familiares o allegados más cercanos, lo cual cobra especial relevancia cuando estas voluntades no coinciden. No obstante, el problema fundamental surge cuando la persona en vida no ha manifestado su voluntad de donar sus órganos o componentes anatómicos después de su muerte.

- **En este sentido y para dar solución al problema del consentimiento para la donación de órganos *pos mortem*, cuando no existe voluntad expresa de la persona en vida, se pueden distinguir tres posiciones ético-jurídicas fundamentalmente:**

- **Consentimiento expreso de la persona.** Esta primera postura otorga un valor preponderante a la libertad de la persona y a la manifestación de la voluntad de la persona en vida respecto de si desea ser donante de órganos o no. El silencio de la persona en vida respecto del tema de la donación equivale, para esta postura, a una negativa implícita de la persona y, por tanto, conlleva a la negación jurídica de la ablación de órganos del cuerpo inerte de una persona luego de su muerte. Dentro de esta posición encontramos la posición jurídica que considera que el derecho a la disposición del propio cadáver haría parte de los llamados derechos personalísimos, razón por la cual es un derecho que solo podría ser ejercido por la propia persona, sin que haya lugar a que la voluntad directa y expresa de la persona pueda ser sustituida por la voluntad de terceros o la voluntad del Estado.

- **Función social del cadáver.** La segunda posición que se encuentra en el otro extremo, concede un valor preponderante al interés social y público, y en este sentido concibe el cadáver de una persona fallecida como un bien público o propiedad del Estado, del cual puede disponer este último aun en contra de la voluntad manifiesta de la persona en vida. En este modelo el cadáver se concibe como un bien con función social.

- **Consentimiento presunto.** La postura intermedia busca conciliar de diferentes maneras tanto la libertad manifestada en vida por la persona como el interés público o función social que puede cumplir el cadáver. Esta postura intermedia reconoce en principio validez a la decisión en vida de la persona respecto de la donación de sus órganos o componentes anatómicos después de su muerte, de tal manera que si la persona se opuso en vida a la donación, entonces esta no puede legalmente proceder. Sin embargo, en esta postura y en caso de que la persona no haya manifestado expresamente su voluntad en vida respecto del tema de la donación de órganos después de su muerte, el Estado y la ley presumen la voluntad tácita o implícita de la persona para que pueda efectuarse la donación, dando prioridad al interés público o a la función social del cadáver. No obstante esta postura intermedia presenta dos matices o variaciones:

- a) **Consentimiento presunto absoluto.** En una primera variación de la postura ético-jurídica del consenti-

miento presunto respecto de la donación, no se requiere la manifestación de voluntad de los familiares para que la presunción legal de donación opere y el Estado pueda llevar a cabo la extracción o ablación de órganos de un cadáver sin tener en cuenta el consentimiento u oposición de los deudos de la persona a quien pertenecía el cuerpo inerte;

b) **Consentimiento presunto relativo.** En una segunda variación de la presunción legal de donación o consentimiento presunto se le reconoce expresamente validez a la manifestación de voluntad de los familiares del fallecido, condicionando la configuración de la presunción legal de donación o del consentimiento presunto a la autorización expresa de los familiares o por lo menos a la no oposición o silencio por parte de estos. El requisito del consentimiento por parte de la familia se ha justificado de diversas maneras según se acuda a razones ético-culturales, antropológicas, sociológicas, morales y/o jurídicas.

• **La motivación para que la legislación colombiana con la Ley 73 de 1988 adoptara la postura intermedia del consentimiento presunto (consentimiento presunto relativo) se encuentra documentada en los debates a que dieron lugar la aprobación de esta ley en la plenaria de la Cámara de Representantes.** El proyecto de ley que dio origen a la Ley 73 de 1988 fue de origen parlamentario en el Senado de la República -Comisión Quinta Constitucional- y originalmente se legislaba solo lo concerniente a la donación y trasplante de córneas, proyecto que se extendió ya en la Cámara de Representantes, a todo lo relacionado con trasplantes. En la ponencia para primer debate en la Cámara el Representante Humberto Valencia García se argumentaba (el subrayado lo hemos añadido):

“La idea de los trasplantes de órganos constituye hoy en el mundo una de las grandes posibilidades para el desarrollo de la medicina en beneficio de la humanidad.

La investigación científica a pesar de sus avances se encuentra lejos de llegar a la perfección para reemplazar artificialmente componentes anatómicos que cumplan complejas funciones en el organismo humano.

Por ello durante mucho tiempo seguirá siendo la mejor de las expectativas utilizar órganos humanos con destino a trasplantes, porque de esta manera, a pesar de las dificultades que en gran medida han venido venciendo, como por ejemplo el rechazo, se alivian muchas dolencias de la humanidad.

Esta es la razón por la cual la mayoría de los países cultos del mundo están modificando permanentemente sus regulaciones en este campo, en orden a que, respetando los sentimientos comunitarios, se promueva cada vez la mayor utilización de órganos, componentes anatómicos y líquidos orgánicos para fines de trasplante y otros usos terapéuticos.

Dentro de los sucesivos cambios que en diferentes latitudes del mundo han venido presentándose, se pueden distinguir de manera generalizada las siguientes escuelas:

1. *Los órganos solamente pueden obtenerse mediante donación que la persona haga durante su vida o los deudos de esta hagan después de su muerte. Esta escuela identificada como donación en sentido positivo, representa hoy la escuela menos avanzada dentro del contexto universal, pues aquí, el cadáver tiene*

*como único dueño a los deudos de la personal, quienes nada pueden hacer en contra de la voluntad, de quien en vida ha decidido el camino que debe darse a sus despojos mortales. Por consiguiente no aparece en esta escuela la noción de **cadáver en función social.***

2. *En esta escuela únicamente la persona y durante su vida, puede disponer qué hacer con su cadáver y, por consiguiente, puede ocurrir la donación que también se cataloga igualmente a la anterior en sentido positivo.*

3. *La disposición de órganos o componentes anatómicos para fines de trasplante puede hacerse durante la vida de la persona o por parte de sus deudos después de la muerte de este, pero el procedimiento para los efectos a diferencia de las escuelas anteriores, se califica de **abstención o negativo** frente al ejercicio de sus deudos. En otras palabras, la persona y sus deudos son los dueños del cadáver, pero para que este **cumpla una función social** la iniciativa para donar no es determinante, pues basta con que los interesados se hayan abstenido de ejercer su derecho legal para oponerse a que el cadáver sea utilizado con fines de trasplante, para que en tales eventos aparezca la figura jurídica denominada **presunción de donación.***

Se respeta así el sentimiento comunitario o tradicional en la cultura colombiana, pero se da un paso de nueva avanzada en relación con la función social del cadáver, cuyo objetivo esencial es precisamente la solidaridad humanitaria frente a la enfermedad.

Esta es una escuela intermedia que se ajusta bien a la idiosincrasia de nuestro pueblo y sobre dicha filosofía se ha complementado el proyecto de ley que está a vuestra consideración.

4. *Existe otra escuela en la que únicamente la persona durante su vida puede abstenerse de hacer uso del derecho de oposición para que después de su muerte puedan ser utilizados sus órganos con fines de trasplante. Esta forma de donación es positiva pero limitada a una sola persona.*

5. *Esta escuela considera que el Estado es dueño del cadáver y en virtud de esta postura jurídica se coloca en función social el cadáver de cualquier persona para obtener órganos con fines de trasplante, aun contra la voluntad de sus deudos o de la persona misma durante su vida.*

Colombia hoy está en la práctica de la primera escuela, Portugal en la segunda escuela, en la tercera Alemania, Francia, España, Checoslovaquia, entre otras; y la quinta corresponde al contenido que estaba estipulado en el primer proyecto de ley que originalmente se presentó a consideración de esta Comisión que indicaba claramente que la córnea podría extraerse aun contra la voluntad de los deudos tal como ocurre en algunos países socialistas”.

• **En efecto, la legislación colombiana, en el artículo 3° de la Ley 73 de 1988 estipula que la extracción y utilización de órganos, componentes anatómicos y líquidos orgánicos para fines de trasplante u otros usos terapéuticos, podrá realizarse mediante donación formal de la persona en vida o mediante presunción legal de donación.** El párrafo de este artículo establece que en todo caso prevalecerá la voluntad del donante por sobre el parecer contrario de sus deudos o cualesquiera otra personas.

• **Para la legislación colombiana es prevalente la voluntad de la persona en vida, lo cual se encuentra conforme con el principio general de libertad, y los derechos de libertad de conciencia (artículo 18 de la Carta Política), de libre desarrollo de la personalidad (artículo 16 ibídem), el de la libertad de cultos (artículo 19 ibídem).** No obstante, cuando la persona en vida no ha manifestado expresamente su voluntad de donación o su oposición a la misma, entra a operar la figura del consentimiento presunto o la presunción legal de donación: “existe presunción legal de donación cuando una persona durante su vida se haya abstenido de ejercer el derecho que tiene a oponerse a que de su cuerpo se extraigan órganos o componentes anatómicos después de su fallecimiento, si dentro de las seis (6) horas siguientes a la ocurrencia de la muerte cerebral o antes de la iniciación de una autopsia médico-legal sus deudos no acreditan su condición de tales ni expresan su oposición en el mismo sentido” (artículo 2° de la Ley 73 de 1988, el subrayado no hace parte del texto original).

• **De otra parte el artículo 5° de la Ley 73 de 1988 regula el orden de prevalencia de los familiares en el ejercicio de su derecho a manifestar su consentimiento respecto de la ablación de órganos,** de la siguiente manera: el cónyuge no divorciado o separado de cuerpos; los hijos legítimos o naturales, mayores de edad; los padres legítimos o naturales, o los adoptivos; los hermanos legítimos o naturales, mayores de edad; los abuelos y nietos; los parientes consanguíneos en línea colateral hasta el tercer grado; los parientes afines hasta el segundo grado. Así mismo señala este artículo que a falta de consenso de los familiares que les corresponda manifestar su consentimiento, prevalecerá la voluntad de la mayoría.

• **El requisito del consentimiento por parte de la familia se ha justificado de diversas maneras según se acuda a razones ético-culturales, antropológicas, sociológicas, morales y/o jurídicas.** En este sentido, se ha acudido a razones jurídicas, especialmente provenientes del derecho civil, para en algunos casos alegar el derecho de los deudos a disponer del cadáver de un familiar fallecido sosteniendo una especie de derecho de propiedad o disposición sobre el cadáver. Se han acudido también a razones de tipo iusfilosófico alegando para ello fundamentalmente los principios reconocidos dentro del marco de un Estado Constitucional de Derecho como el principio de libertad general, de la cual se derivan la libertad de conciencia y la de cultos, y la autonomía del sujeto. Ligadas a estas últimas se han argüido razones éticas o de naturaleza cultural relacionadas con las tradiciones milenarias de carácter religioso o cultural de honra y culto a los muertos, que se manifiestan en la posibilidad de disponer del cadáver del familiar fallecido, lo cual cobra en algunos casos y dependiendo de las diferentes concepciones filosóficas y religiosas una trascendental importancia para los familiares del difunto en su condición de sujetos o individuos.

• **Para la Corte el fundamento constitucional del otorgamiento del derecho a los familiares de una persona fallecida a oponerse a la extracción de órganos o componentes anatómicos del cadáver de esta última, encuentra igualmente un sustento y fundamento constitucional,** de la misma manera que respecto de la propia persona en vida, en el principio general de libertad, y los derechos de libertad de con-

ciencia (artículo 18 de la Carta Política) y el de libertad de cultos (artículo 19 ibídem), en razón de los vínculos afectivos, emocionales y psicológicos que desarrollan las personas con sus familiares más allegados y que afectan directamente el desarrollo de su autonomía personal, por lo cual la ley les concede igualmente la posibilidad de manifestar su consentimiento u oponerse a la ablación de órganos del cadáver de un familiar.

• **La jurisprudencia constitucional colombiana ha reconocido un sustento constitucional en la cláusula general de libertad y la libertad de conciencia y de cultos al derecho de las personas a disponer del cadáver de un familiar muerto,** de donde se deriva también el sustento del requisito del consentimiento de los familiares o el derecho a oponerse a la ablación de órganos (Sentencias T-164 de 1994 y T-462 de 1998).

• **El derecho de los familiares a disponer de los despojos mortales de un familiar fallecido no se deriva de un derecho de propiedad o de dominio sobre el mismo (ni siquiera de la posesión jurídica), sino que tiene un fundamento legal de origen constitucional,** basado en el respeto a la cláusula general de libertad, y los derechos a la libertad de conciencia, de religión y de culto que cabe reconocerle y protegerle a los familiares de una persona fallecida, y que están asociados a la posibilidad de disponer y rendirle culto a los muertos en el cuerpo de la persona querida ya sin vida.

• **En este sentido, la Corte reitera el gran valor simbólico del cadáver y el papel esencial que lo simbólico juega en nuestra cultura.** Ha sostenido la Corte que el hecho de poder darle sepultura al cadáver de un familiar fallecido, cumple no solo una función de estratificación social, que por lo demás representa la dimensión del afecto familiar, por lo cual la conservación, mantenimiento y culto del cadáver cumple una “función simbólica semejante a la del “goce” en la propiedad”.

• **La conservación del cadáver encierra una importancia antropológica evidente, asociada a que “el ser humano soporta más fácilmente la muerte cuando tiene la certeza de que el cadáver reposa para siempre en un sitio.** El desaparecimiento de una persona denota un sufrimiento insoportable cuando se ha perdido la esperanza de vida y el cuerpo inerte no se encuentra. Este fenómeno ha sido bien estudiado a partir de la situación psicológica de los padres de víctimas del delito de desaparecimiento. La imposibilidad de superar el duelo, impide la recuperación y mantiene al pariente en una situación paradójica de esperanza insoportable. Enterrar a los muertos es también un acto simbólico a través del cual los hombres reconocen su condición temporal y se someten a los dictámenes de la naturaleza. La desesperanza, como situación límite, a su modo, también es una fuente de tranquilidad”.

• **La importancia que tiene el culto en la religión, como elemento inescindible de la creencia, ha conducido a la incorporación en las cartas constitucionales del derecho fundamental al culto religioso (C. P. artículo 19).** De esta manera se amplía el ámbito de protección de la libertad, al pasar de la simple aceptación de la creencia, a la plena admisión de los medios ceremoniales a través de los cuales la creencia se manifiesta. Todas las religiones, precisamente por el hecho de contemplar una trascendencia no experimentable directamente, se practican y vivencian por medio de formas rituales, inherentes a la actitud religiosa misma. La

participación ritual se conoce como el culto y consiste en la posibilidad de realizar todos aquellos actos, ceremonias y prácticas a través de las cuales se manifiesta la creencia en lo sobrenatural. Todo acto que impide el ejercicio del culto, es de una gravedad extrema para el creyente, pues cercena la comunicación con el “más allá” y obstaculiza el cumplimiento de un deber impuesto a los fieles. La importancia del culto deriva de la importancia misma de la religión, entendida como una creencia bajo la cual el individuo se encuentra subordinado, o en una situación de dependencia última, que irradia un sentido específico a todos los actos de la existencia.

- **Por consiguiente, para la Corte son claros los numerosos y profundos vínculos que pueden unir a las personas con el cadáver de un familiar fallecido,** cuya explicación se encuentra en razones de tipo cultural, religioso, sociológico y antropológico, así como en los vínculos efectivos, psicológicos y mentales que los unieron en vida con la persona fallecida.

- **La consagración de la figura del consentimiento presunto no puede vulnerar el derecho que tienen los familiares a oponerse a la ablación de órganos del cuerpo de un familiar fallecido.** La libertad individual prevalece sobre los fines sociales dentro del marco de un Estado liberal y democrático de Derecho, lo cual encuentra su fundamento último en el principio de dignidad humana. La persona humana digna y libre no puede ser utilizada o sacrificados sus derechos para satisfacer o alcanzar fines colectivos o sociales, por muy altruistas que estos sean, en este caso la donación de órganos para ser utilizados en fines de trasplante o terapéuticos.

- **Como corolario de la anterior premisa de respeto por la libertad, se desprende que el Estado liberal y democrático de derecho está en la obligación de reconocer el pluralismo existente en la sociedad,** respetando la libertad y autonomía de los ciudadanos reflejada en las diferentes concepciones ideológicas, filosóficas y religiosas de estos, lo cual se proyecta igualmente en las diversas concepciones de vida, del bien y de lo bueno, no pudiendo imponer el Estado ninguna concepción en particular, tampoco en este caso respecto del tema de la donación de órganos frente al cual existe una multiplicidad de posturas, todas ellas respetables.

- **Esta Corte, en Sentencia C-810 de 2003, tuvo ya la oportunidad de pronunciarse sobre este tema en particular, respecto de un proyecto de ley que buscaba establecer el día nacional de donación de órganos, imponiendo una determinada orientación de promoción a favor de la donación y obligando a las universidades e instituciones educativas de primaria y bachillerato a desarrollar jornadas destinadas a promover la cultura de la donación.** En esa oportunidad la Corte encontró inconstitucional dicho proyecto por violación a la autonomía universitaria y fundamentó su decisión precisamente en el papel neutral e imparcial que debe asumir el Estado frente a la temática de donación de órganos, sin perjuicio de las campañas de información que se puedan desarrollar en este sentido, y que la Corte encuentra importantes y necesarias para ilustrar el tema de la donación con todos sus puntos tanto a favor como en contra. En este sentido la Corte concluyó:

“En conclusión, el carácter pluralista de la Constitución (manifiesto en los artículos 1°, 7°, 10, 13, 16, 18 y 19, entre otros) no oficializa ningún credo religioso ni otorga privilegio a ninguna concepción de la moral o a convicción ideológica alguna. Por tanto, el Estado no puede imponer a las instituciones educativas que asuman una posición respecto a la donación, pues su papel es garantizarle a los ciudadanos la libertad de optar, poniendo a disposición una información completa y neutral. Si el Estado decidiera imponer a las instituciones educativas su concepción sobre lo bueno al asumir una posición en cuanto a la donación y trasplante, desconocería el carácter pluralista del Estado colombiano, pues excluiría la posibilidad de que los ciudadanos accedieran a información diferente que les permitiera formarse una opinión realmente libre. Ello impediría entonces que la ciudadanía decidiera autónomamente si acoge o no alguna de las visiones, por lo que la Corte concluye que el artículo 2° objetado es inconstitucional en su integridad”.

- **En suma, la legislación colombiana con fundamento en los principios de origen constitucional, la cláusula general de libertad, el principio de libertad, el de conciencia, de religión y de cultos, ha reconocido y protegido,** de un lado y en SEGUNDO lugar, el derecho de la persona en vida a decidir sobre el destino de su propio cuerpo después de su muerte, otorgándole primacía y prevalencia a la voluntad manifestada en vida por la persona, bien sea que consienta o que se oponga a la ablación de órganos post mortem. De otro lado y en segundo lugar, a falta de consentimiento o manifestación expresa de voluntad de la persona en vida, la ley colombiana ha reconocido el derecho de los familiares a oponerse a la extracción de órganos y componentes anatómicos del cuerpo de un familiar fallecido, estableciendo unas condiciones para ello, reconocimiento que encuentra sustento en los vínculos que generan las personas con sus familiares más cercanos y con la conservación y culto a los muertos, todo lo cual tiene un sustento de carácter constitucional en la libertad de conciencia, de religión y de cultos, los cuales desarrollan el principio de la autonomía de la voluntad. Finalmente, y con fundamento en el principio de solidaridad social (artículo 1° de la Constitución Política) la ley colombiana ha establecido que en caso de no existir ni la voluntad de la persona en vida, ni la de los familiares luego de la muerte, el Estado asume que existe un consentimiento presunto, operando entonces la presunción legal de donación, que autoriza al Estado a extraer los órganos y componentes anatómicos del cuerpo de una persona fallecida. Respecto de la figura de la presunción legal de donación, el legislador colombiano, de manera acertada y ajustada a la Constitución Política, ha pretendido buscar una armonización y conciliación de los principios y derechos derivados de la cláusula general de libertad con los principios de solidaridad e interés social.

- **En síntesis, la Corte concluye, en relación con el tema de donación de órganos y la presunción legal de donación,** que esta cumple con un fin constitucional legítimo y persigue la conciliación del principio de libertad y solidaridad social. Sin embargo, para la Corte esta figura debe respetar el derecho de los familiares a oponerse a la extracción de órganos y componentes anatómicos del cuerpo de un familiar fallecido, en aras de respetar la primacía de la libertad individual y los derechos de libertad de conciencia, de religión y de cul-

tos de los familiares. Así mismo, concluye la Corte que el Estado debe asumir frente al tema de la donación de órganos una posición neutra e imparcial respetando las diferentes ideologías o concepciones sobre el bien y lo bueno de los ciudadanos.

VI. CONCEPTOS TÉCNICOS

A. Registraduría General de la Nación

La Registraduría General de la Nación se pronunció sobre el proyecto de ley bajo estudio presentando las siguientes consideraciones:

“Las cédulas de ciudadanía de última generación expedidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil a partir del año 2000 fueron concebidas con especificaciones estandarizadas para garantizar la unidad en criterios de datos, imágenes y características de seguridad. El incorporar un nuevo campo de datos en el respaldo de la cédula de ciudadanía implicaría el posible cambio en el diseño de los documentos, en las posiciones en que se imprime la información y por ende el cambio de las especificaciones del mismo.

Como la cédula de ciudadanía es un documento de seguridad, debe garantizarse que las especificaciones de cada documento producido sean las mismas, el cambio planteado podría requerir de un proceso de renovación de los documentos ya producidos.

Incorporar un nuevo campo en la información de los documentos, requiere de la creación del mismo en cada uno de las bases de datos que componen el Sistema Nacional de Identificación (MTR-AFIS, SIRC y ANI), y el despliegue de nuevas versiones para los diferentes aplicativos de captura de información en Registradurías del País y Consulados en el exterior (DCU, Booking, Centros de Acopio, SITAC) y los de (SSC, CMS y HLED). Los anteriores cambios requerirían de la asignación de un presupuesto particular adicional con el que la Registraduría Nacional no cuenta, máxime si se observa que a la fecha no ha sido aprobado el presupuesto para atender las necesidades de mantenimiento de la plataforma de identificación para la vigencia 2014”[14].

B. Sociedad Colombiana de Trasplantes

Sergio Salcedo, Presidente de la Sociedad Colombiana de Trasplantes, envió los comentarios de la entidad, sobre las estrategias que debían seguirse en Colombia para mejorar la donación de órganos. Así, afirmó que esta figura requiere un análisis que considere experiencias internacionales, ya que muchas de las acciones que parecen obvias desde la intuición, resultan ineficientes a la hora de evaluar su impacto.

En este sentido, afirmó que en los últimos 3 años de acuerdo con la información que publica la *Red Nacional de Trasplantes*, las cifras de donación de órganos en el país han disminuido en forma sustancial así como los trasplantes, en especial de riñón y que en contraposición, se han venido incrementando el número de pacientes en listas de espera.

Dentro de las razones a las que atribuyó esa disminución, mencionó las siguientes:

“Disminución en la tasa de homicidios: Esto podría ser cierto en ciudades como Bogotá, donde cada año disminuyen entre un 20-30% los homicidios con una tasa actual de 14/100.000.

“Modelo agotado: El modelo de coordinación de donación no aporta más y se agitó. Ese modelo, incluye formar una serie de médicos que se encarguen de hacer labores de detección en los diferentes hospitales, y que posteriormente aborden a la familia quienes presentan tasas de aceptación que varían entre el 10% en regiones como la costa Caribe hasta el 8 0% en Medellín.

“Conciencia médica: Los médicos que trabajan en unidades de urgencias y cuidados intensivos, no están formados en manejar de forma adecuada estos pacientes.

“Falta de cultura de donación: Hay desconocimiento de la población de la importancia de la donación y mitos que generan desconfianza sobre el proceso. [15]

Adicionalmente, el doctor Salcedo mencionó otras razones para la disminución de órganos como por ejemplo la dificultad económica que limita el acceso. Así, afirmó que aunque el trasplante renal es más *costo-efectivo* a largo plazo que las terapias de diálisis, el costo del SEGUNDO año postrasplante es muy elevado.

Por otro lado, las experiencias internacionales muestran que si se aborda solo un aspecto, no hay impacto. En este sentido mencionó que países como Chile implementaron la obligatoriedad de la inclusión de la pregunta si se era o no donante en el documento de identidad y el resultado no fue positivo, razón por la cual este año decidieron promulgar una nueva ley que determina que todos los chilenos son donantes salvo que declaren lo contrario ante un notario en cuyo caso pierden privilegios a la hora de requerir un órgano [16].

Otras de las experiencias internacionales documentadas, fue el modelo que se construyó en España y que se basa en aspectos como por ejemplo: Una cultura extendida sobre la importancia de donar órganos, hospitales con servicios de cuidados intensivos que cuentan con un coordinador intrahospitalario encargado de la labor de detectar posibles donantes y abordar a la familia, y médicos especialistas en cuidados intensivos que participan constantemente de estudios de investigación, con grupos de trasplante y determinan el porcentaje de donantes efectivos en relación con potenciales donantes. Para terminar, la Sociedad Colombiana de Trasplantes sugirió como estrategia innovadora para aumentar la donación de órganos en el país, promover campañas masivas donde se resalte la transparencia en la distribución y se ataquen los mitos, crear la figura del coordinador intrahospitalario como obligatorio en las unidades de cuidados intensivos y urgencias y premiar a las aseguradoras que hagan trasplantes, creando un reaseguro que pague los costos del SEGUNDO año.

3. Profamilia

Juan Gonzalo López Casas, Gerente Nacional de servicios de salud, Profamilia y ex Director Instituto Nacional de Salud también presentó sus comentarios y observaciones sobre la materia de este proyecto de ley. De esta manera, en su artículo *La donación de órganos y los mitos urbanos [17]*, afirmó que así como el trasplante es considerado como la mejor opción terapéutica para aquellos pacientes cuyos órganos han fallado, también, el pilar fundamental de este ejercicio, es la donación de órganos y tejidos.

Mencionó que de acuerdo con las cifras publicadas por el Instituto Nacional de Salud (INS) [18], la tasa de

donación efectiva en Colombia durante el SEGUNDO semestre de 2013 fue de 8,5 por millón de población; lo que equivale a una disminución del 17,3% al compararlo con los resultados obtenidos durante este mismo periodo del 2012. Es decir, se pasó de 243 a 201 donantes efectivos; y esto se tradujo en una tasa real de donación de 7,6 por millón de habitantes, 11,8% menos que en el 2012. Adicionalmente, la negativa familiar fue del 38%, lo que representó un aumento del 11,8% con respecto al año anterior y la lista de espera aumentó un 33,9% al pasar de 1.148 a 1.538 pacientes.

En relación con los mitos urbanos que se generan permanentemente en contra de la donación de órganos, afirmó que: *“los más difundidos a nivel universal corresponden, por ejemplo, a la historia de un hombre que se despierta, con resaca, en la bañera de la habitación de un hotel y al cual le han robado los dos riñones para venderlos en el mercado negro. O el relacionado con la persona que decide no donar porque en caso de sufrir un accidente los médicos no le salvarían la vida si se sabe que es donante. Pretextos como: la religión no lo permite, la donación es costosa, ser demasiado joven o viejo para hacerlo o que se extraen todos los órganos y que por lo tanto el cuerpo queda desfigurado alimentan esta tendencia”* [19]. Estos mitos, de acuerdo con las observaciones del Gerente Nacional de servicios de salud de Profamilia, actúan como barreras para la consolidación de una cultura de donación en nuestro país y requieren una fuerte campaña educativa encaminada a mostrar que aunque la donación y trasplante es un proceso complejo, en Colombia, las entidades que lo realizan son clínicas y hospitales con alta capacidad técnico-científica que están integradas a través de la Red de Donación y Trasplantes y articuladas desde la Coordinación Nacional a cargo del Instituto Nacional de Salud (INS) con la asesoría técnica del Comité Nacional. En este comité tienen asiento los representantes del Ministerio de Salud, el INS, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, la Asociación Colombiana de Trasplante de órganos, los bancos de tejidos y de médula ósea, bioética, asociaciones de trasplantados, asociaciones científicas, las coordinaciones regionales de la red de donación y trasplante y las universidades. Al comprender esta complejidad es evidente que no se puede extraer y trasplantar un órgano como si fuera una parte de algún motor, por lo tanto, estos mitos no tienen ningún asidero en la realidad [20].

En relación con el turismo de trasplante, que es un tema que ha afectado severamente la donación afirmó que *“en la Declaración de Estambul este fenómeno se definió así: El viaje para trasplantes es el traslado de órganos, donantes, receptores o profesionales del trasplante fuera de las fronteras jurisdiccionales, dirigido a realizar un trasplante. El viaje para trasplantes se convierte en “turismo de trasplantes” si implica el tráfico de órganos o la comercialización de trasplantes, o si los recursos (órganos, profesionales y centros de trasplantes) dedicados a suministrar trasplantes a pacientes de otro país debilitan la capacidad del país de ofrecer servicios de trasplantes a su propia población. Igualmente, mencionó que este fenómeno se ha enfrentado en nuestro país con toda la contundencia que permite la actual normativa: mientras que en el 2005, se trasplantaron 109 pacientes extranjeros, en el año 2012 esta cifra disminuyó a 3* [22].

En este punto, aseveró que es imperativo resaltar dos fallos de las altas cortes de Colombia: El primero corresponde al Consejo de Estado, el cual declaró la legalidad del artículo 40 del Decreto número 2493, artículo que regula el trasplante a extranjeros y el cual ha sido objeto de ataque por parte de aquellos interesados en incentivar el turismo de trasplantes. El segundo, es la Sentencia T-1088 de 2012, de la Corte Constitucional, a través de la cual se ratificó la prioridad que tienen los colombianos para acceder a este tratamiento.

4. Instituto Nacional de Salud (INS)

Por su parte, el último informe sobre la actividad de donación y trasplantes en el país, con corte a SEGUNDO semestre de 2013, elaborado por la Dirección de Redes en Salud Pública, la Subdirección de la Red Nacional de Trasplantes y Bancos de Sangre y la Coordinación Nacional de la Red de Donación y Trasplantes [23], aseveró que durante el SEGUNDO semestre del año 2013 en Colombia se realizaron 479 trasplantes de órganos, lo que representó una disminución del 16% con relación al número de trasplantes realizados durante el mismo periodo en el año 2012, que correspondió a 570. Adicionalmente, en Colombia, el total de trasplantes realizados durante este periodo estimó una tasa de trasplantes por millón de población de 20,3, que en ese periodo del año 2012 fue de 24,5 trasplantes por millón de población. (DANE, población proyectada 2013: 47”121.089). Adicionalmente, durante el primer semestre del año 2013 por tipo de órgano, se evidencia una disminución del 22,4% en el número de trasplantes de corazón frente al mismo periodo del año 2012, e igualmente una disminución del 14,4% en los trasplantes de riñón y del 12,1% en trasplantes de hígado.

En relación con la aceptación y negativa familiar a la donación, el INS, pudo establecer que a nivel nacional en el SEGUNDO semestre del año 2013, se presentó un porcentaje de negativa familiar de 38%, con un aumento del 11,8% en el número de negativas familiares a la donación con relación al mismo periodo del año anterior. Así, el porcentaje de aceptación familiar a la donación en Colombia en el primer semestre del año 2013, disminuyó 11,8 puntos porcentuales con respecto al mismo periodo del año 2012.

Finalmente, en relación con las listas de espera para trasplante, el informe mostró que al comparar el estado de las listas de espera de órganos al 30 de junio del año 2013 con respecto al mismo periodo del año 2012, se presentó un aumento del 33,9% en el número de pacientes registrados a través del Registro Nacional de Donación y Trasplantes y que el aumento se evidenció en los receptores en lista de espera para trasplante de riñón en un 36%, del 31% en los receptores en lista de espera para trasplante de hígado y del 29,1% en receptores para trasplante de corazón. Por su parte, de los 1.538 receptores en lista de espera para trasplante de órganos sólidos al 30 de junio de 2013, 61 eran menores de 18 años, de los cuales 40 se encontraban en lista de espera para trasplante de riñón, 17 para trasplante de hígado y 4 para trasplante de corazón. Para terminar, el informe presentó cifras que indicaron que para el primer semestre del año 2013 las IPS con programa de trasplante reportaron en el Registro Nacional de Información Software RDTC, 46 receptores que fallecieron en lista de espera: 29 de ellos se encontraban en lista de espera de riñón, 15 receptores para trasplante de hígado y 2 de corazón.

5. Ministerio de Transporte

Dentro del concepto del Ministerio de Transporte se destacan los siguientes señalamientos:

“vale precisar que la donación de órganos y tejidos es un acto solidario y altruista que le permite a las personas con enfermedades crónicas terminales continuar con la vida pero que también es una decisión confidencial, no es necesario compartirla con extraños”.

Recuerda que la reglamentación en esta materia está contenida en la Ley 73 de 1988, por la cual se adiciona la Ley 9ª de 1979 y se dictan otras disposiciones en materia de donación y trasplante de órganos y componentes anatómicos para fines de trasplantes u otros usos terapéuticos ya que se incluye la presunción legal de donación.

Adicionalmente, señala el Viceministro de Transporte, que de acuerdo con la Resolución número 623 de 2013, se expidió un nuevo formato de licencia de conducción, el cambio propuesto por el proyecto, significaría la expedición de una nueva ficha técnica y la reexpedición de nuevas licencias a las personas que ya han realizado el cambio.

Para terminar cree que, el cambio propuesto por el proyecto de ley podría no aumentar considerablemente la cantidad de donantes y por el contrario generar una disminución en los mismos, pues considera que no se podría hacer uso de la presunción legal actual.

VII. CONSIDERACIONES GENERALES DE LOS PONENTES

Luego de observar los argumentos anteriores, que incluyen la problemática de los pacientes en espera de donación de órganos, las experiencias comparadas en el mundo y el análisis de las mejores estrategias para afrontar la disminución de donación de órganos en Colombia, es posible concluir que esta figura, más allá de ser un acto de caridad, se convierte en una muestra real de solidaridad con el dolor de otro ciudadano colombiano y en la posibilidad que tiene cualquiera de nosotros, de donar vida.

A. EN COLOMBIA HAY ESCASEZ DE DONANTES DE ÓRGANOS Y TEJIDOS. LAS CIFRAS ASÍ LO EVIDENCIAN:

- En Colombia existen 10.2 donantes por cada millón de habitantes, en España son cerca de 40 donantes por cada millón de habitantes y Estados Unidos 26 donantes por cada millón de habitantes.

- Para el momento de la presentación del proyecto de ley, en la ciudad de Bogotá, 1.245 personas están a la espera de una donación de órgano o tejido.

- En la Capital del país, el promedio de edad de quienes esperan una donación es de 43 años y la mayoría son de estratos 2 y 3.

- Cada mes entran a la lista de espera unas 42 personas en promedio.

- El 7.6% de quienes están en lista de espera son niños.

- La mitad de los pacientes en lista de espera, fallecen por escasez de donantes.

- En el año 2012, solo 321 personas se recuperaron gracias a la decisión de algunas personas de donar sus órganos.

Actualmente, este proceso, que busca reemplazar un órgano enfermo por uno sano, puede ser realizado en Colombia por cualquier persona viva o muerta. En el caso de quienes fallecen por muerte encefálica, encontramos que de un solo donante, pueden recibir ayuda hasta 84 personas, siempre que se obtenga el consentimiento de la familia. A pesar de estas cifras alentadoras, nos encontramos con que debido a la desinformación sobre el tema, poco se ha podido hacer por las más de 1.991 personas que se encuentran actualmente en espera de un trasplante de riñón, o las más de 118 personas que necesitan un nuevo hígado y o alrededor de 27 personas que hoy, necesitan un corazón para seguir viviendo en calidades óptimas, como lo señala el gráfico.

¹Del total de trasplantes realizados entre enero y noviembre de 2015, el 86% (940) fueron a partir de donantes cadavéricos, mientras que los restantes 156 fueron realizados a partir de donantes vivos relacionados; de estos 156 fueron a partir de donantes relacionados genéticamente hasta tercer grado de consanguinidad el 94% (146) y a partir de donantes relacionados emocionalmente el 6% (10). (Tabla 1)

Tabla 2. Número de Pacientes en Lista de Espera para Trasplante de Órganos 2014-2015

Componente Anatómico	Estado de lista de espera a 31 Diciembre 2014	Estado de lista de espera a 31 Diciembre 2015
Riñón	1991	2015
Hígado	118	82
Corazón	27	20
Pulmón	16	14
Páncreas		6
Riñón – páncreas	14	11
Intestino	1	3
Corazón – riñón	2	1
Riñón – Hígado	10	9
Hígado-Riñón-Páncreas	0	1
Total	2179	2162

Fuente: Grupo Red de Donación y Trasplantes-INS

La información de la gráfica anterior debe ser comparada con los trasplantes por tipo de órgano que se dieron entre junio de 2014 a junio de 2015:

Tabla 6. Número de Receptores en Lista de Espera para Trasplante de Órganos, junio de 2014, junio 2015

Componente Anatómico	Receptores activos en lista de espera, junio 2015	Receptores activos en lista de espera, junio 2014
Riñón	2106	1684
Hígado	104	91
Corazón	28	37
Pulmón	14	11
Riñón /Páncreas	11	11
Corazón /Riñón	0	3
Riñón / Hígado	0	1
Páncreas	1	0
Intestino	2	1
TOTAL	2266	1839

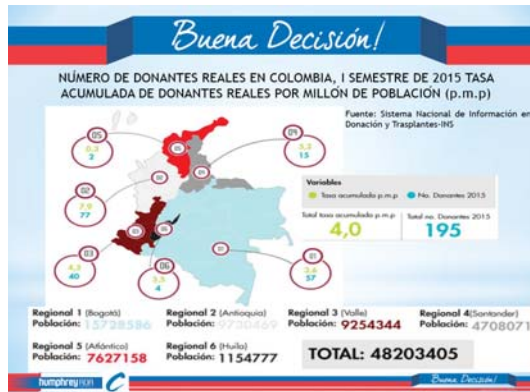
Fuente: Sistema Nacional de Información en Donación y Trasplantes-INS

Efectivamente, aunque la donación de órganos es un tema de suma importancia en el país, no ha sido abordado con suficiente profundidad. Ahora bien, es evidente que este es un tema sobre todo de educación donde las instituciones gubernamentales y las entidades prestadoras de servicios de salud tienen la mayor responsabilidad, pues cuando el ciudadano está informado es mucho más esperanzador que se dé la decisión por parte del causante o de sus familiares de donar los órganos o tejidos. Se puede observar que el número de donantes reales para el año 2015 fue de 2.266, que equivalen a una tasa de donación por millón de población de 7.2 (DANE, población proyectada 2015:

¹ INFORME EJECUTIVO RED DE DONACIÓN Y TRASPLANTES / NOVIEMBRE DE 2015. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DIRECCIÓN REDES EN SALUD PÚBLICA SUBDIRECCIÓN RED NACIONAL DE TRASPLANTES Y BANCOS DE SANGRE COORDINACIÓN NACIONAL RED DONACIÓN Y TRASPLANTES.

47.661.787); en el año 2014 hubo en Colombia 1.839 donantes reales, es decir se presentó un aumento del 5%, con un ligero incremento en la tasa de donación por millón de población que para el 2014 fue de 7.0.

Número de Donantes Reales en Colombia, I Semestre de 2015 Tasa acumulada de Donantes Reales por Millón de Población (P.M.P)



Al profundizar en los falsos mitos que se presentan alrededor de estos temas, y que fueron relacionados en el capítulo de conceptos técnicos, nos encontramos con que algunas personas aún creen que en Colombia los trasplantes se realizan principalmente para los extranjeros. Como ya se vio, la Corte Constitucional emitió una sentencia en la que confirmó que el servicio de trasplante de órganos a extranjeros, se puede realizar únicamente cuando no existan receptores nacionales en lista de espera.

Es preciso señalar que la mayor victoria de esta propuesta legislativa es lograr la actualización permanentemente de la información de donantes de órganos y tejidos con el Registro Nacional de Donantes de Órganos, administrado por el Instituto Nacional de Salud, a través de las 3 entidades identificadas en la propuesta, es decir la Registraduría Nacional del Estado Civil, el Ministerio de Transporte y las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud.

Uno de los puntos sensibles del fenómeno de la donación de órganos y tejidos es la aceptación o negativa a familias al momento de la donación de órganos y como lo señala el informe del Sistema Nacional de Información en Donación y Trasplantes (INS) para el 2015, es preciso tomar cartas en el asunto para garantizar un Estado que realmente sea solidario y dispuesto a diseñar modelos de leyes y políticas públicas de cara a un Estado real social y de derecho.



VIII. PLIEGO DE MODIFICACIONES

Aunque el texto puesto a consideración de la Comisión Primera de la Cámara de Representantes para primer debate tuvo observaciones respecto del artículo 5° y el artículo 2°, el día 10 de agosto hemos recibido una comunicación formal y respetuosa de parte de la Honorable Representante Clara Rojas, sugiriendo una oportuna y nueva redacción para el artículo 5° del proyecto, el cual consideramos se encuentra totalmente justificada y por lo tanto la presentamos para que el honorable pleno de la Cámara de Representantes se sirva estudiar y aprobar junto con el texto propuesto.

Artículo 5°. Cadena de custodia. El Gobierno nacional deberá asegurar la cadena de custodia de los órganos donados desde el momento de su extracción, en todo el territorio nacional. Los funcionarios públicos y/o particulares que infrinjan lo dispuesto en este artículo so pena de incurrirán en las sanciones de que tratan consagradas en los artículos 2° y 3° de la Ley 919 de 2004.



2656/2016

Bogotá D.C Agosto 10 de 2016

Doctor:
HUMPHREY ROA SARMIENTO
Comisión Primera
Cámara de Representantes
Bogotá

Respetado Representante Humphrey Roa:

En consideración a que usted fue ponente en la Comisión Primera de la Cámara de Representantes del Proyecto de Ley No. 180 DE 2015 CAMARA - 044 DE 2015 SENADO "Por medio de la cual se ordena a la Registraduría nacional del estado civil y al ministerio de transporte, plasmar la voluntad de ser donante de órganos, de la persona que así lo acepte al momento de expedición de la cédula de ciudadanía y licencia de conducción, que se hará efectiva solo después de su fallecimiento", en aras de una mejor y más precisa redacción del artículo 5 del texto aprobado me permito sugerir la siguiente redacción:

Artículo 5°. Cadena de custodia. El Gobierno Nacional deberá asegurar la cadena de custodia de los órganos donados desde el momento de su extracción, en todo el territorio nacional. Los funcionarios públicos y/o particulares que infrinjan lo dispuesto en este artículo incurrirán en las sanciones de que tratan los artículos 2 y 3 de la Ley 919 de 2004.

Cordialmente,

CLARA ROJAS
Representante a la Cámara
Partido Liberal

IX. PROPOSICIÓN

Con fundamento en las anteriores consideraciones y argumentos, en el marco de la Constitución Política y la ley, propongo a los honorables Congressistas de la Cámara de Representantes, dar SEGUNDO debate al **Proyecto ley número 180 de 2015 Cámara, 44 de 2015 Senado, por medio de la cual se ordena a la Registraduría Nacional del Estado Civil y al Ministerio de Transporte, plasmar la voluntad de ser donante de órganos, de la persona que así lo acepte al momento de expedición de la cédula de ciudadanía y licencia de conducción, que**

se hará efectiva solo después de su fallecimiento.
Con Modificaciones.

De las y los Honorables Representantes,

e órganos, de
ciudadanía y l.
o. Con Modif...

De las y los Honorables Representantes,


HUMPHREY ROA SARMIENTO
Representante a la Cámara


EDWARD DAVID RODRIGUEZ RODRIGUEZ
Representante a la Cámara


CARLOS ARTURO CORREA MOJICA
Representante a la Cámara


JORGE ENRIQUE ROZA RODRIGUEZ
Representante a la Cámara


FERNANDO DE LA PEÑA MARQUEZ
Representante a la Cámara


ANGÉLICA LISBETH LOZANO CORREA
Representante a la Cámara


SILVIO JOSÉ CARRASQUILLA TORRES
Representante a la Cámara

**TEXTO PROPUESTO CON MODIFICACIONES
PARA SEGUNDO DEBATE EN LA COMISIÓN
SEGUNDO DE LA CÁMARA DE REPRESENTANTES
AL PROYECTO LEY NÚMERO 180 DE
2015 CÁMARA, 44 DE 2015 SENADO**

por medio de la cual se ordena a la Registraduría Nacional del Estado Civil y al Ministerio de Transporte, plasmar la voluntad de ser donante de órganos, de la persona que así lo acepte al momento de expedición de la cédula de ciudadanía y licencia de conducción, que se hará efectiva solo después de su fallecimiento.

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. *Manifestación de voluntad.* A partir de la vigencia de la presente ley, el Ministerio de Transporte y la Registraduría Nacional del Estado Civil dentro del trámite de expedición de los documentos de identificación en cualquiera de sus modalidades, deberá incluir dentro del formulario de solicitud correspondiente una opción para que las personas manifiesten de manera expresa su deseo de ser o no, donantes de órganos y tejidos, con el fin de que estos sean utilizados después de su fallecimiento, para trasplante o implante en otra persona, con objetivos terapéuticos.

Parágrafo 1°. El Ministerio de Transporte a través del RUNT realizará las actualizaciones tecnológicas requeridas para cumplir lo establecido en la presente ley, en un término de seis (6) meses.

Artículo 2°. *Revocatoria de manifestación.* La voluntad de donación expresada en vida por una persona, solo puede ser revocada por ella misma y no podrá ser sustituida después de su muerte por sus deudos y/o familiares.

Todo ciudadano podrá modificar su decisión de ser o no donante de órganos y tejidos, mediante petición escrita radicada ante el Instituto Nacional de Salud, en-

tividad a cargo de la administración del Registro Nacional de Donantes de Órganos.

Parágrafo. Cuando la petición escrita esté radicada ante el Instituto Nacional de Salud, esta entidad deberá notificar esa revocatoria a la Registraduría y al Ministerio de Transporte.

Artículo 3°. El Estado a través del Ministerio de Salud y Protección Social deberá proveer educación pública permanente sobre la importancia de la donación de órganos y tejidos en el país y promoverá la iniciativa de que los ciudadanos expresen mediante el trámite de estos documentos su intención de donar órganos.

Artículo 4°. A partir de la vigencia de la presente ley, también se permitirá a los ciudadanos expresar su voluntad como donante de órganos al momento de afiliación al sistema de aseguramiento de salud. De igual manera todo afiliado al sistema podrá efectuar su registro como donante de órganos en todo momento.

Artículo 5°. *Cadena de custodia.* El Gobierno nacional deberá asegurar la cadena de custodia de los órganos donados desde el momento de su extracción, en todo el territorio nacional. **Los funcionarios públicos y/o particulares que infrinjan lo dispuesto en este artículo** incurrirán en las sanciones **de que tratan** los artículos 2° y 3° de la Ley 919 de 2004.


Artículo 6°. La Registraduría Nacional del Estado Civil, el Ministerio de Transporte y las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud, actualizarán permanentemente la información de donantes de órganos y tejidos con el Registro Nacional de Donantes de Órganos, administrado por el Instituto Nacional de Salud.

Artículo 7°. El médico tratante deberá verificar con el Registro Nacional de Donantes de Órganos, la voluntad o no, del paciente fallecido apto para donación de órganos y tejidos:

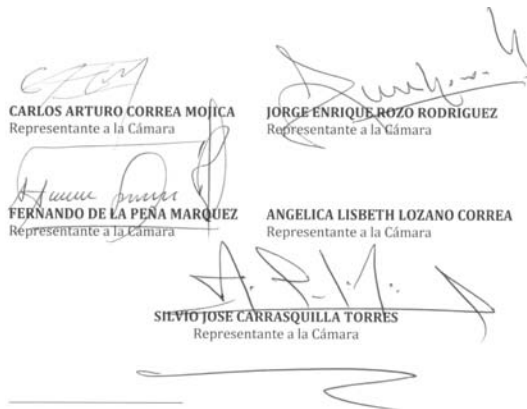
Artículo 8°. La Registraduría Nacional del Estado Civil, el Ministerio de Transporte, el Ministerio de Salud y Protección Social y las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud reglamentarán dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia la presente ley, el protocolo de consentimiento informado en el que se notifique al ciudadano en el momento de recolección de datos, los alcances y consecuencias de la donación de órganos.

Artículo 9°. *Vigencia.* La presente ley rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

De las y los Honorables Representantes,


HUMPHREY ROA SARMIENTO
Representante a la Cámara


EDWARD DAVID RODRIGUEZ RODRIGUEZ
Representante a la Cámara



[1] Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=1177#0>

[2] Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=14589#0>

[3] Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=14524>

[4] Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=14522#0>

[5] Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=14525#0>

[6] Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=15507#0>

[7] Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=17328#0>

[8] Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=28746#0>

[9] Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=31167#2>

[10] IMPRENTA NACIONAL. *Anales del Congreso. Órgano de Publicidad de las Cámaras Legislativas*. Actas de Comisiones. Comisión Quinta. Martes 18 de octubre de 1988. Bogotá, D. C. / Colombia. Año XXXI. N° 134.

[11] IMPRENTA NACIONAL. *Anales del Congreso. Órgano de Publicidad de las Cámaras Legislativas*. Actas de Plenaria. De la sesión ordinaria del día miércoles 28 de septiembre de 1988. Jueves 6 de octubre de 1988. Bogotá, D. C. / Colombia. Año XXXI. No. 121.

[12] CORTE CONSTITUCIONAL. *Sentencia C-933 de 8 de noviembre de 2007*. Demanda de inconstitucionalidad contra el artículo 2° (parcial) de la Ley 73 de 1988 "Por la cual se adiciona la Ley 9ª de 1979 y se dictan otras disposiciones en materia de donación y trasplante de órganos y componentes anatómicos para fines de trasplantes u otros usos terapéuticos". M. P. Jaime Araújo Rentería. Referencia: Expediente D-6806. **Disponible en:**

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=30236>

[13] CORTE CONSTITUCIONAL. *Sentencia C-810 de 18 de septiembre de 2003*. Objeciones Presidenciales al **Proyecto de ley número 238/02 Senado, 085/01 Cámara**, "por la cual se ordena una ley de honores que institucionaliza el Día Nacional de la Donación de Órganos y Trasplante de Órganos y Tejidos de la República de Colombia". M. P. Eduardo

Montealegre Lynett. Referencia: expediente OP-069. **Disponible en:**

http://www.secretariassenado.gov.co/senado/base-doc/cc_sc_nf/2003/c-810_2003.html

[14] PORTELA HERRÁN, ALFONSO. Registrador Delegado en lo Electoral con Funciones Administrativas de Registrador Nacional. *Concepto Proyecto de ley número 56 de 2013*. Número de la comunicación: RDRCI-DNI-CPE 4503. Número de correspondencia enviada: 096928. Bogotá, D. C., 7 de noviembre de 2013.

[15] SERGIO SALCEDO. Presidente de la SOCIEDAD COLOMBIANA DE TRASPLANTES. *Concepto Proyecto de ley número 56 de 2013*. Enviado por correo electrónico el día 23 de octubre de 2013.

[16] Mayor información sobre el tema, puede encontrarse en <http://www.biobiochile.cl/2013/09/30/este-martes-entra-en-vigencia-ley-de-donacion-universal-de-organos.shtml>.

[17] JUAN GONZALO LÓPEZ CASAS. Gerente Nacional de Servicios de Salud, PROFAMILIA y ex Director INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Artículo: LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y LOS MITOS URBANOS publicado Conexión Digital. Enviado por correo electrónico el 30 de octubre de 2013.

[18] INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, DIRECCIÓN REDES EN SALUD PÚBLICA, SUBDIRECCIÓN RED NACIONAL DE TRASPLANTES Y BANCOS DE SANGRE, COORDINACIÓN NACIONAL RED DONACIÓN Y TRASPLANTES. Informe I Semestre Red de Donación y Trasplantes. FERNANDO DE LA HOZ RESTREPO, Director General. Bogotá 2013.

[19] JUAN GONZALO LÓPEZ CASAS. Gerente Nacional de Servicios de Salud, PROFAMILIA y ex Director INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Artículo: LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y LOS MITOS URBANOS publicado Conexión Digital. Enviado por correo electrónico el 30 de octubre de 2013.

[20] *Ibidem*.

[21] JUAN GONZALO LÓPEZ CASAS. Gerente Nacional de Servicios de Salud, PROFAMILIA y ex Director INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Artículo: LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y LOS MITOS URBANOS publicado Conexión Digital. Enviado por correo electrónico el 30 de octubre de 2013.

[22] *Ibidem*.

[23] INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, DIRECCIÓN REDES EN SALUD PÚBLICA, SUBDIRECCIÓN RED NACIONAL DE TRASPLANTES Y BANCOS DE SANGRE, COORDINACIÓN NACIONAL RED DONACIÓN Y TRASPLANTES. Informe I Semestre Red de Donación y Trasplantes. FERNANDO DE LA HOZ RESTREPO, Director General. Bogotá 2013.

[24] INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, DIRECCIÓN REDES EN SALUD PÚBLICA, SUBDIRECCIÓN RED NACIONAL DE TRASPLANTES Y BANCOS DE SANGRE, COORDINACIÓN NACIONAL RED DONACIÓN Y TRASPLANTES. Informe I Semestre Red de Donación y Trasplantes. FERNANDO DE LA HOZ RESTREPO, Director General. Bogotá 2013.

TEXTO APROBADO EN LA COMISIÓN PRIMERA DE LA HONORABLE CÁMARA DE REPRESENTANTES DEL PROYECTO DE LEY NÚMERO 180 DE 2015 CÁMARA, 44 DE 2015 SENADO

por medio de la cual se ordena a la Registraduría Nacional del Estado Civil y al Ministerio de Transporte, plasmar la voluntad de ser donante de órganos, de la persona que así lo acepte al momento de expedición de la cédula de ciudadanía y licencia de conducción, que se hará efectiva solo después de su fallecimiento.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1º. Manifestación de voluntad. A partir de la vigencia de la presente ley, el Ministerio de Transporte y la Registraduría Nacional del Estado Civil dentro del trámite de expedición de los documentos de identificación en cualquiera de sus modalidades, deberá incluir dentro del formulario de solicitud correspondiente una opción para que las personas manifiesten de manera expresa su deseo de ser o no, donantes de órganos y tejidos, con el fin de que estos sean utilizados después de su fallecimiento, para trasplante o implante en otra persona, con objetivos terapéuticos.

Parágrafo 1º. El Ministerio de Transporte a través del RUNT realizará las actualizaciones tecnológicas requeridas para cumplir lo establecido en la presente ley, en un término de seis (6) meses.

Artículo 2º. Revocatoria de manifestación. La voluntad de donación expresada en vida por una persona, solo puede ser revocada por ella misma y no podrá ser sustituida después de su muerte por sus deudos y/o familiares.

Todo ciudadano podrá modificar su decisión de ser o no donante de órganos y tejidos, mediante petición escrita radicada ante el Instituto Nacional de Salud, entidad a cargo de la administración del Registro Nacional de Donantes de Órganos.

Parágrafo. Cuando la petición escrita esté radicada ante el Instituto Nacional de Salud, esta entidad deberá notificar esa revocatoria a la Registraduría y al Ministerio de Transporte.

Artículo 3º. El Estado a través del Ministerio de Salud y Protección Social deberá proveer educación pública permanente sobre la importancia de la donación de órganos y tejidos en el país y promoverá la iniciativa de que los ciudadanos expresen mediante el trámite de estos documentos su intención de donar órganos.

Artículo 4º. A partir de la vigencia de la presente ley, también se permitirá a los ciudadanos expresar su voluntad como donante de órganos al momento de afiliación al sistema de aseguramiento de salud. De igual manera todo afiliado al sistema podrá efectuar su registro como donante de órganos en todo momento.

Artículo 5º. Cadena de custodia. El Gobierno Nacional deberá asegurar la cadena de custodia de los órganos donados desde el momento de su extracción, en todo el territorio nacional, so pena de incurrir en las sanciones consagradas en los artículos 2º y 3º de la Ley 919 de 2004.

Artículo 6º. La Registraduría Nacional del Estado Civil, el Ministerio de Transporte y las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud, actualizarán permanentemente la información de donantes de órganos y teji-

dos con el Registro Nacional de Donantes de Órganos, administrado por el Instituto Nacional de Salud.

Artículo 7º. El médico tratante deberá verificar con el Registro Nacional de Donantes de Órganos, la voluntad o no, del paciente fallecido apto para donación de órganos y tejidos.

Artículo 8º. La Registraduría Nacional del Estado Civil, el Ministerio de Transporte, el Ministerio de Salud y Protección Social y las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud reglamentarán dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia la presente ley, el protocolo de consentimiento informado en el que se notifique al ciudadano en el momento de recolección de datos, los alcances y consecuencias de la donación de órganos.

Artículo 9º. Vigencia. La presente ley rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

En los anteriores términos fue aprobado con modificaciones el presente Proyecto de ley según consta en Acta número 03 de agosto 3 de 2016. Anunciado el 2 de agosto de 2016 según consta en el Acta número 02 de esa misma fecha.



HUMPHREY ROA SARMIENTO
Coordinador Ponente

TELESFORO PEDRAZA ORTEGA
Presidente

AMPARO YANETH CALDERON PERDOMO
Secretaria Comisión Primera Constitucional

* * *

INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 95 DE 2015 SENADO, 249 DE 2016 CÁMARA

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.

Honorable Representante

ÁLVARO LÓPEZ GIL

Presidente

Comisión Séptima Constitucional Permanente

Cámara de Representantes

Ciudad

Referencia: Informe de Ponencia para Segundo Debate - Proyecto de ley número 95 de 2015 Senado, 249 de 2016 Cámara, 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 Representantes:

Dando cumplimiento al encargo que nos hiciera la honorable Mesa Directiva de la Comisión Séptima

Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes, con el fin de rendir ponencia para cuarto debate al proyecto de la referencia, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 150, 153 y 156 de la Ley 5ª de 1992, de manera atenta sometemos a su consideración el presente informe en los siguientes términos:

I. ANTECEDENTES DEL PROYECTO

La presente iniciativa fue radicada el 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 y Ernesto Macías Tovar*.

Le correspondió el número 95 de 2015 en el Senado y se publicó en la *Gaceta del Congreso* No. 753 de 2015. Por disposición de la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, el Senador Honorio Miguel Henríquez Pinedo fue designado para rendir informe de ponencia en primer debate ante esta célula legislativa, el cual fue aprobado en primer debate el 9 de diciembre de 2015.

El Senador Honorio Miguel Henríquez Pinedo fue designado nuevamente como ponente para rendir informe de esta iniciativa ante la honorable Plenaria del Senado de la República. El 4 de mayo de 2016 fue debatido y aprobado, y contó con el apoyo de los voceros de las distintas bancadas, y de Senadores que padecieron ataques mitigables mediante los desfibriladores externos automáticos.

En la Cámara de Representantes le correspondió el número 249 de 2016, y por disposición de la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes, los Representantes José Élvor Hernández Casas, Óscar Ospina Quintero y María Margarita Restrepo Arango (Coordinadora) fueron designados para rendir informe de ponencia en primer debate ante esta célula legislativa.

El proyecto de ley fue aprobado por la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes en sesión del día 3 de agosto de 2016. Igualmente, fueron aprobadas dos proposiciones: una de artículo nuevo presentada por el Representante Rafael Eduardo Paláu Salazar y otra aditiva del artículo 3º presentada por la Representante Argenis Velásquez, las cuales se discriminan más adelante en el cuadro de Pliego de Modificaciones. En la referida sesión fueron designados como ponentes para rendir informe de ponencia ante la Plenaria de la Corporación los honorables Representantes José Élvor Hernández Casas, Óscar Ospina Quintero y María Margarita Restrepo Arango (Coordinadora).

II. 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”*.

III. 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.

IV. ASPECTOS GENERALES

4.1 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 cardiacos repentinos son el resultado de la fibrilación ventricular, lo que genera un ritmo cardiaco 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 cardiaco 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 uno de muertes en ese país. Adicionalmente, de 424.000 personas que sufrieron ataques cardiacos fuera del hospital durante 2015, 133.000 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 y 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 de 20 a 40 años; 186.321 de 40 a 60 años, y 326.515 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 uno de muertes 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 100.000 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

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

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.

Al mismo tiempo, según registros del DANE en Colombia sobre enfermedades cardíacas, 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 cardíacas.

4.2 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 músculo cardíaco se reduce severamente o se corta completamente. Esto sucede porque las arterias coronarias que suplen al músculo cardíaco con sangre se estrechan por la acumulación de grasa, colesterol, y otras sustancias, que juntas se llaman placa, un proceso lento que es conocido como arterioesclerosis. Cuando una placa se rompe en una arteria coronaria, se forma un coágulo alrededor de la placa, el cual puede bloquear el fluido de sangre al músculo cardíaco, privándolo de oxígeno y nutrientes, lo que se denomina isquemia. Cuando el daño o muerte de parte del músculo cardíaco ocurre como resultado de una isquemia, se presenta el ataque cardíaco o infarto de miocardio. Cada 43 segundos, alguien en Estados Unidos tiene un infarto de 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.

4.3 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 desfibrilación será más efectiva entre menos tiempo haya transcurrido desde el inicio del paro. (Idealmente menos de 4 minutos)”*⁵.

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 acti-

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

⁴ http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartAttack/AboutHeartAttacks/About-HeartAttacks_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).

vase 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. **Soprote 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 cardiaco, 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 DEA12;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 cardiaco. En caso de requerirse la descarga, por las características del ritmo desfibrilable, el aparato activa automáticamente la energía y se carga solo.

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

(...)

Respecto de la investigación en educación hay que resaltar el esfuerzo de investigadores 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 general del manejo de este equipo, incluso por el personal de salud, demuestra la ausencia de políticas de educación adecuadas que son necesarias para la colocación de los DEA en áreas de acceso masivo de población, y que no solamente se requiere su adquisición sino una política clara de educación hacia la comunidad para que sea utilizado de manera adecuada.

(...)

Según la OPS (Organización Panamericana de Salud) tradicionalmente el Soporte Vital Básico se refirió a la atención no invasiva, sin embargo, debido a la llegada de aparatos computarizados para leer electrocardiogramas, la desfibrilación se considera ahora parte del soporte vital básico, con la disponibilidad de los

desfibriladores automáticos externos de acceso público (DEA)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 Pain-

tridge, 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 Información de Precios de Medicamentos) y el Manual Tarifario ISS 2001 (Instituto de Seguridad Social), la metodología empleada en ese reporte siguió los lineamientos propuestos en el Manual para la Elaboración de Evaluaciones Económicas en Salud Pública por el IETS (Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud).

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

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

Los resultados del caso base mostraron que en el escenario de espacios públicos, el costo de una muerte evitada es de 87.492.099 pesos colombianos. En el escenario de las ambulancias básicas el costo de una muerte evitada es de 47.980.642 pesos colombianos. Al expresar estas cifras en costo por año de vida ganado, el DEA sería altamente costo-efectivo en ambos 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 sobrevivir 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 sobrevivir con el DEA y la probabilidad de sobrevivir 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 prestaría 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 anotar, 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 de los DEA, con el fin de reducir las muertes cardiovasculares por 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.

V. FUNDAMENTOS JURÍDICOS

La Constitución Política establece en su artículo 49 lo siguiente:

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

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

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

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

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

En relación con el objeto que persigue este proyecto y lo que consagra la norma *ibidem*, la atención de la salud y su recuperación 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-efecti-

⁹ Disponible en: http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKewj5xZHdv5_JAhXFh4KHcrgAVIQFggeMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fdietphysicalactivity%2Fsa-lt-report-SP.pdf&usq=AFQjCNFovpce4LFZQ0J3SMpP4o9aXeh3w.

¹⁰ Sentencia C-459 de 2004.

vidad 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 la calidad de vida de los colombianos.

VI. PLIEGO DE MODIFICACIONES

A continuación el siguiente cuadro comparativo: en la primera columna se transcribe el texto aprobado por la Comisión Séptima de la Cámara, donde se incluyen las dos proposiciones presentadas por los Representantes Rafael Eduardo Paláu Salazar (proposición de artículo nuevo) y Argenis Velásquez (proposición aditiva del artículo 3º), la cuales fueron aprobadas por la Comisión Séptima; y en la segunda el texto propuesto para cuarto debate ante la Plenaria de la Corporación, donde se incluye un nuevo cambio para cuarto debate en el artículo 6º, con el fin de armonizar el contenido de la iniciativa con el concepto rendido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público respecto de la fuente de los recursos económicos para la financiación de la compra de los DEA. Así mismo, se integra el contenido del artículo nuevo propuesto por el Representante Pa-

láu con el contenido del artículo 4º del texto propuesto para cuarto debate, por guardar similitud en su objeto. Se hace igualmente una breve modificación al párrafo del artículo 4º y al párrafo 2º del artículo 3º, con el fin de acoger una recomendación de Fenalco; y al párrafo 4º del artículo 3º, con el fin de aclarar que los DEA se instalarán en los Resguardos indígenas, previa solicitud de dichos Resguardos:

TEXTO APROBADO	TEXTO PROPUESTO
<p>TEXTO APROBADO EN TERCER DEBATE POR LA COMISIÓN SÉPTIMA DE LA CÁMARA DE REPRESENTANTES PROYECTO DE LEY NÚMERO 95 DE 2015 SENADO</p> <p><i>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></p> <p>El Congreso de la República de Colombia DECRETA:</p> <p>Artículo 1º. <i>Objeto.</i> 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.</p> <p>Artículo 2º. <i>Definiciones.</i> Para los efectos de la presente ley se entenderá por:</p> <p>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.</p> <p>2. Transportes asistenciales. Son los transportes asistenciales básicos y medicalizados, tanto públicos como privados, de orden terrestre, fluvial, marítimo y aéreo.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Artículo 3º. <i>Ámbito de aplicación.</i> 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:</p>	<p>TEXTO PROPUESTO PARA CUARTO DEBATE ANTE LA PLENARIA DE LA CÁMARA DE REPRESENTANTES PROYECTO DE LEY NÚMERO 95 DE 2015 SENADO, 249 DE 2016 CÁMARA</p> <p><i>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></p> <p>El Congreso de la República de Colombia DECRETA:</p> <p>Artículo 1º. <i>Objeto.</i> 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.</p> <p>Artículo 2º. <i>Definiciones.</i> Para los efectos de la presente ley se entenderá por:</p> <p>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.</p> <p>2. Transportes asistenciales. Son los transportes asistenciales básicos y medicalizados, tanto públicos como privados, de orden terrestre, fluvial, marítimo y aéreo.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Artículo 3º. 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:</p>

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 *Ibidem.*

¹³ *Ibidem.*

¹⁴ Véase <http://www.elspectador.com/noticias/bogota/buscan-instalar-desfibriladores-puntos-de-alta-afluencia-titulo-584269>.

TEXTO APROBADO	TEXTO PROPUESTO	TEXTO APROBADO	TEXTO PROPUESTO
<p>a) Transportes asistenciales básicos, medicalizados, públicos y privados, de orden terrestre, fluvial, marítimo y aéreo.</p> <p>b) Terminales de transporte terrestre, marítimo, fluvial y aéreo nacional e internacional.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>e) Cárceles y centros penitenciarios o de detención de orden nacional, municipal o distrital.</p> <p>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.</p> <p>g) Los sistemas de transporte masivo metropolitano.</p> <p>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.</p> <p>i) Centros de rehabilitación, salud mental o reclusión temporal.</p> <p>j) Universidades públicas y privadas.</p> <p>k) Colegios públicos, privados o en concesión.</p> <p>l) Centros comerciales.</p> <p>m) Inmuebles de uso mixto tales como centros empresariales y de unidades residenciales y comerciales de más de cien unidades.</p> <p>n) Comandos de la Policía Nacional de Colombia, donde habrá un (1) Desfibrilador Externo Automático (DEA).</p> <p>o) Resguardos indígenas Parágrafo 1°. Los anteriores sin perjuicio de otros espacios con alta afluencia de público que sean identificados por las autoridades competentes.</p> <p>Parágrafo 2°. La Superintendencia Nacional de Salud, 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.</p>	<p>a) Transportes asistenciales básicos, medicalizados, públicos y privados, de orden terrestre, fluvial, marítimo y aéreo;</p> <p>b) Terminales de transporte terrestre, marítimo, fluvial y aéreo nacional e internacional;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>e) Cárceles y centros penitenciarios o de detención de orden nacional, municipal o distrital;</p> <p>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;</p> <p>g) Los sistemas de transporte masivo metropolitano;</p> <p>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;</p> <p>i) Centros de rehabilitación, salud mental o reclusión temporal;</p> <p>j) Universidades públicas y privadas;</p> <p>k) Colegios públicos, privados o en concesión;</p> <p>l) Centros comerciales;</p> <p>m) Inmuebles de uso mixto, tales como centros empresariales y de unidades residenciales y comerciales de más de cien unidades.</p> <p>n) Comandos de la Policía Nacional de Colombia y en los Centros de Atención Inmediata (CAI).</p> <p>o) Resguardos Indígenas Parágrafo 1°. Los anteriores sin perjuicio de otros espacios con alta afluencia de público que sean identificados por las autoridades competentes.</p> <p>Parágrafo 2°. La Superintendencia Nacional de Salud, 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.</p>	<p>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.</p> <p>Parágrafo 4°. La implementación y dotación de los Desfibriladores Externos Automáticos DEA en los espacios contemplados en el literal o) estará a cargo del Gobierno nacional en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Artículo 4°. <i>Entrenamiento y uso.</i> 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.</p>	<p><u>El registro, verificación, supervisión y control estará a cargo de las autoridades departamentales, distritales, municipales y locales.</u></p> <p>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.</p> <p>Parágrafo 4°. La implementación y dotación de los Desfibriladores Externos Automáticos DEA en los espacios contemplados en el literal o) estará a cargo del Gobierno nacional en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, <u>previo requerimiento por parte de dichos Resguardos.</u></p> <p>Artículo 4°. <i>Entrenamiento y uso.</i> 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.</p> <p><u>En la utilización de los DEA se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:</u></p> <p><u>a) Cada actuación con un DEA ha de ir precedida o seguida de forma inmediata de la comunicación al teléfono de emergencias 123, con el fin de activar de manera urgente toda la cadena de supervivencia.</u></p> <p><u>b) Tras cada uso del DEA debe remitirse al Servicio de Emergencias de la ciudad, en un plazo máximo de 72 horas, el registro documental que el propio equipo proporciona acompañado de un informe que la persona que lo haya utilizado debe redactar conforme lo reglamente el Ministerio de Salud.</u></p> <p><u>c) Los DEA podrán ser utilizados por personal no sanitario teniendo en cuenta que su uso está incorporado en el esquema básico de reanimación cardiopulmonar con el apoyo de los servicios de Emergencias de la ciudad, con los que se contactará al inicio de actuaciones.</u></p>

TEXTO APROBADO	TEXTO PROPUESTO
<p>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.</p> <p>Artículo 5°. <i>Implementación.</i> 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:</p> <p>a) Estandarización del tipo de DEA requerido para la atención de emergencias extrahospitalarias.</p> <p>b) Registro, inspección y vigilancia de los DEA.</p> <p>c) Registro, inspección y vigilancia de los lugares y transportes obligados a contar con un DEA.</p> <p>d) Capacitación, certificación y supervisión para el uso del DEA.</p> <p>e) Procedimiento y protocolo para la disponibilidad necesaria (geográfica, por factores de emergencia y riesgo de los DEA) en lugares públicos y privados.</p> <p>f) Procedimiento para simulacros en atención de emergencias que requieran el uso de los DEA.</p> <p>g) Coordinación de la ruta vital y de emergencia con las entidades hospitalarias públicas y privadas.</p> <p>h) Régimen sancionatorio por el incumplimiento de las disposiciones anteriores.</p> <p>i) Armonización de las disposiciones normativas para la implementación de los DEA y los mecanismos de supervisión con las Secretarías de Salud departamentales, distritales y municipales.</p> <p>Las demás que sean pertinentes y necesarias en los términos previstos por la presente ley.</p> <p>Artículo 6°. <i>Adquisición.</i> Las entidades de derecho público efectuarán las previsiones y apropiaciones presupuestales necesarias para la adquisición de los DEA en los términos previstos por la presente ley, en concordancia con lo dispuesto por la Ley 80 de 1993, la Ley 1751 de 2015 y las demás normas que sean complementarias y concordantes.</p> <p>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.</p>	<p>Parágrafo. Los lugares de alta afluencia de público definidos por el reglamento, sean de naturaleza pública o privada, garantizarán el un número plural de personas capacitadas y certificadas para el uso de los DEA, de acuerdo con los criterios fijados por el Ministerio de Salud y Protección Social, de tal manera que siempre haya personal capacitado a disposición para garantizar el primer eslabón de la cadena vital.</p> <p>Artículo 5°. <i>Implementación.</i> De acuerdo con lo previsto por la presente ley, el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará y la Superintendencia Nacional de Salud supervisará lo relativo a:</p> <p>a) Estandarización del tipo de DEA requerido para la atención de emergencias extrahospitalarias;</p> <p>b) Registro, inspección y vigilancia de los DEA;</p> <p>c) Registro, inspección y vigilancia de los lugares y transportes obligados a contar con un DEA;</p> <p>d) Capacitación, certificación y supervisión para el uso del DEA;</p> <p>e) Procedimiento y protocolo para la disponibilidad necesaria (geográfica, por factores de emergencia y riesgo de los DEA) en lugares públicos y privados;</p> <p>f) Procedimiento para simulacros en atención de emergencias que requieran el uso de los DEA;</p> <p>g) Coordinación de la ruta vital y de emergencia con las entidades hospitalarias públicas y privadas;</p> <p>h) Régimen sancionatorio por el incumplimiento de las disposiciones anteriores.</p> <p>i) Armonización de las disposiciones normativas para la implementación de los DEA y los mecanismos de supervisión con las Secretarías de Salud departamentales, distritales y municipales.</p> <p>Las demás que sean pertinentes y necesarias en los términos previstos por la presente ley.</p> <p>Artículo 6°. <i>Adquisición.</i> Las entidades de derecho público efectuarán las previsiones y apropiaciones presupuestales necesarias para la adquisición de los DEA en los términos previstos por la presente ley, en concordancia con lo dispuesto por la Ley 80 de 1993; la Ley 1751 de 2015 y las demás normas que sean complementarias y concordantes, con cargo a los recursos destinados a salud ocupacional.</p> <p>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.</p>

TEXTO APROBADO	TEXTO PROPUESTO
<p>Artículo 7°. <i>Reglamentación.</i> El Gobierno nacional reglamentará las materias que sean de su competencia en un término máximo de seis (6) meses posteriores a la promulgación de la presente ley.</p> <p>Artículo 8°. <i>Vigencia.</i> La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.</p> <p>Artículo Nuevo. <i>Utilización de los DEA.</i></p> <p>1) Cada actuación con un DEA ha de ir precedida o seguida de forma inmediata de la comunicación al teléfono de emergencias 123, con el fin de activar de manera urgente toda la cadena de supervivencia.</p> <p>b) Tras cada uso del DEA debe remitirse al Servicio de Emergencias de la ciudad, en un plazo máximo de 72 horas, el registro documental que el propio equipo proporciona acompañado de un informe que la persona que lo haya utilizado debe redactar conforme lo reglamente el Ministerio de Salud.</p> <p>c) Los DEA podrán ser utilizados por personal no sanitario teniendo en cuenta que su uso está incorporado en el esquema básico de reanimación cardiopulmonar con el apoyo de los servicios de Emergencias de la ciudad, con los que se contactará al inicio de actuaciones.</p>	<p>Artículo 7°. <i>Reglamentación.</i> El Gobierno nacional reglamentará las materias que sean de su competencia en un término máximo de seis (6) meses posteriores a la promulgación de la presente ley.</p> <p>Artículo 8°. <i>Vigencia.</i> La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.</p>

VI. PROPOSICIÓN

Con fundamento en las anteriores consideraciones, de manera respetuosa solicitamos a la Plenaria de la honorable Cámara de Representantes dar cuarto debate y aprobar, con modificaciones, el Proyecto de ley número 95 de 2015 Senado, 249 de 2016 Cámara, *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.*

Cordialmente,


 H.R. MARGARITA MARÍA RESTREPO ARANGO
 Coordinador Ponente


 H.R. OSCAR OSPINA QUINTERO
 Ponente


 H.R. JOSE-ELVER HERNANDEZ
 Ponente

**TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE
AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 95 DE 2015
SENADO, 249 DE 2016 CÁMARA**

**TEXTO PROPUESTO PARA CUARTO DEBATE
ANTE LA PLENARIA DE LA CÁMARA DE
REPRESENTANTES AL PROYECTO DE LEY
NÚMERO 95 DE 2015 SENADO, 249 DE 2016
CÁMARA**

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, de-

partamentos 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;

n) Comandos de la Policía Nacional de Colombia y en los Centros de Atención Inmediata (CAI);

o) Resguardos Indígenas.

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

Parágrafo 2°. La Superintendencia Nacional de Salud reglamentará 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. El registro, verificación, supervisión y control estará a cargo de las autoridades departamentales, distritales, municipales y locales.

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.

Parágrafo 4°. La implementación y dotación de los Desfibriladores Externos Automáticos (DEA) en los espacios contemplados en el literal o) estará a cargo del Gobierno nacional en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, previo requerimiento por parte de dichos resguardos.

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 propie-

dades 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.

En la utilización de los DEA se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

a) Cada actuación con un DEA ha de ir precedida o seguida de forma inmediata de la comunicación al teléfono de emergencias 123, con el fin de activar de manera urgente toda la cadena de supervivencia;

b) Tras cada uso del DEA debe remitirse al Servicio de Emergencias de la ciudad, en un plazo máximo de 72 horas, el registro documental que el propio equipo proporciona acompañado de un informe que la persona que lo haya utilizado debe redactar conforme lo reglamente el Ministerio de Salud;

c) Los DEA podrán ser utilizados por personal no sanitario teniendo en cuenta que su uso está incorporado en el esquema básico de reanimación cardiopulmonar con el apoyo de los servicios de emergencias de la ciudad, con los que se contactará al inicio de actuaciones.

Parágrafo. Los lugares de alta afluencia de público definidos por el reglamento, sean de naturaleza pública o privada, garantizarán el número de personas capacitadas y certificadas para el uso de los DEA, de acuerdo con los criterios fijados por el Ministerio de Salud y Protección Social, 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 reglamentará y la Superintendencia Nacional de Salud 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;

i) Armonización de las disposiciones normativas para la implementación de los DEA y los mecanismos de supervisión con las Secretarías de Salud departamentales, distritales y municipales.

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

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

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

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

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


H.R. MARGARITA MARÍA RESTREPO ARANGO
Coordinador Ponente


H.R. OSCAR OSPINA QUINTERO
Ponente


H.R. JOSÉ-ELVER HERNÁNDEZ
Ponente

TEXTO DEFINITIVO APROBADO EN PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 249 DE 2016 CÁMARA, 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.

(Aprobado en la Sesión del 2 de agosto de 2016 en la Comisión VII de la honorable Cámara de Representantes, Acta número 02)

El Congreso 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, cines, 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;

n) Comandos de la Policía Nacional de Colombia, donde habrá un (1) Desfibrilador Externo Automático (DEA);

o) Resguardos indígenas.

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

Parágrafo 2°. La Superintendencia Nacional de Salud, las autoridades departamentales, municipales y locales reglamentarán el registro, verificación, supervisión y control de los Desfibriladores Externos Auto-

máticos (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.

Parágrafo 4°. La implementación y dotación de los Desfibriladores Externos Automáticos (DEA) en los espacios contemplados en el literal o) estará a cargo del Gobierno Nacional en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social.

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 reglamentará y la Superintendencia Nacional de Salud 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;

i) Armonización de las disposiciones normativas para la implementación de los DEA y los mecanismos

de supervisión con las Secretarías de Salud departamentales, distritales y municipales.

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

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

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

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

Artículo 8°. *Utilización de los DEA.*

1. Cada actuación con un DEA ha de ir precedida o seguida de forma inmediata de la comunicación al teléfono de emergencia 123, con el fin de activar de manera urgente toda la cadena de supervivencia.

2. Tras cada uso del DEA debe remitirse al Servicio de Emergencia de la ciudad, en un plazo máximo de 72 horas, el registro documental que el propio equipo proporciona acompañado de un informe que la persona que lo haya utilizado debe redactar conforme lo reglamente el Ministerio de Salud.

3. Los DEA podrán ser utilizados por personal no sanitario teniendo en cuenta que su uso está incorporado en el esquema básico de reanimación cardiopulmonar con el apoyo de los servicios de emergencia de la ciudad, con los que se contará al inicio de actuaciones.

Artículo 9°. *Vigencia.* La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

De los honorables Representantes,


H.R. MARGARITA MARÍA RESTREPO ARANGO
Coordinador Ponente


H.R. OSCAR OSPINA QUINTERO
Ponente


H.R. JOSÉ-ELVER HERNÁNDEZ
Ponente

CONTENIDO

Gaceta número 690 - Miércoles, 31 de agosto de 2016
CÁMARA DE REPRESENTANTES

	Págs.
PONENCIAS	
Ponencia para segundo debate, texto aprobado en la Comisión Primera y texto propuesto con modificaciones y texto aprobado en la Comisión Primera al Proyecto de ley número 180 de 2015 Cámara, 44 de 2015 Senado por medio de la cual se ordena a la Registraduría Nacional del Estado Civil y al Ministerio de Transporte, plasmar la voluntad de ser donante de órganos, de la persona que así lo acepte al momento de expedición de la cédula de ciudadanía y licencia de conducción, que se hará efectiva solo después de su fallecimiento.....	1
Informe de ponencia para segundo debate, pliego de modificaciones, texto propuesto y texto definitivo aprobado en primer al Proyecto de ley número 95 de 2015 Senado, 249 de 2016 Cámara, 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	19