



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CAMARA

(Artículo 36, Ley 5a. de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XVI - Nº 514

Bogotá, D. C., miércoles 10 de octubre de 2007

EDICION DE 12 PAGINAS

DIRECTORES:

EMILIO RAMON OTERO DAJUD

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

www.secretariassenado.gov.co

ANGELINO LIZCANO RIVERA

SECRETARIO GENERAL DE LA CAMARA

www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PUBLICO

SENADO DE LA REPUBLICA

PONENCIAS

INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 035 DE 2007 SENADO

por medio de la cual se prohíbe el uso del asbesto, en todas sus formas, en la fabricación de todo tipo de elementos en el territorio nacional.

Bogotá, D. C., 2 de octubre de 2007

Doctor

JOSE DAVID NAME CARDOZO

Presidente Comisión Quinta

Honorable Senado de la República

Ciudad

Señor Presidente:

Rendimos ponencia para primer debate reglamentario al Proyecto de ley número 35 de 2007 Senado, *por medio de la cual se prohíbe el uso del asbesto, en todas sus formas, en la fabricación de todo tipo de elementos en el territorio nacional*, cuyo autor es el honorable Senador Jesús Antonio Bernal Amorochó.

Objeto y alcance del proyecto

El proyecto de ley objeto de estudio, tiene como fin prohibir el uso del asbesto en cualquiera de sus formas en la fabricación de todo tipo de elementos en el territorio nacional, con el propósito de que el asbesto que es una materia mineral, cuyas fibras inhaladas pueden llegar a localizarse en algunas partes del cuerpo humano, lleguen a causar enfermedades como posiblemente la asbestosis, el mesotelioma pleural, el cáncer de pulmón o algún otro tipo de cáncer.

La iniciativa consta de nueve (9) artículos, mediante los cuales se esbozan las disposiciones internacionales sobre prohibiciones para el uso del asbesto, incluida la producción, importación, distribución y venta de materiales para la construcción, los cuales contengan cualquier tipo de asbesto o alguno de sus derivados, así como los periodos de transición para que las empresas que los utilizan reconvirtan sus procesos industriales y de manera muy general se mencionan las salvedades relacionadas con el personal que labora en empresas que utilizan el asbesto en sus procesos industriales. De otra parte, el proyecto de ley establece grosso modo la vigilancia que debe realizarse sobre el cumplimiento de la norma para remoción del asbesto en edificaciones donde el mismo ha sido utilizado y el tratamiento que debería darse a los desechos.

Actualmente existe una poderosa industria de explotación del asbesto basada fundamentalmente en las notables propiedades de dicho ma-

terial para uso industrial y en menor costo del mismo en comparación con otras fibras.

Desarrollo del proyecto

El **asbesto**, también llamado **amianto**, es un grupo de minerales metamórficos fibrosos diferentes (amosita, crisotilo, crocidolita y las formas fibrosas de tremolita, actinolita, y antofilita) que ocurren en forma natural en el ambiente.

Los minerales de asbesto tienen fibras largas y resistentes que se pueden separar y son suficientemente flexibles como para ser entrelazadas y resistir altas temperaturas, características para que el asbesto se haya usado en una gran variedad de productos manufacturados, principalmente en materiales de construcción (tejas para techado, baldosas y azulejos, productos de papel y productos de cemento con asbesto), productos de fricción (embrague de automóviles, frenos, componentes de la transmisión), materias textiles termo resistentes, envases, empaquetaduras y revestimientos.

Antecedentes históricos del uso del Asbesto

Colombia cuenta con una mina que comercializa Crisolito, localizada en el municipio de Campamento en el departamento de Antioquia, de propiedad de los trabajadores y con un positivo impacto social en la comunidad donde está ubicada. Adicional a las toneladas que se extraen de dicha mina, Colombia importa doce mil (12.000) toneladas de asbesto, las cuales son utilizadas por la industria del cemento y automotriz para la producción de bienes tanto al interior como al exterior del país.

A pesar del uso del asbesto durante muchas décadas, no se cuenta con estudios científicos que demuestren la toxicidad de este o de las moléculas que lo componen, o datos ciertos basados en estadísticas reales anuales que nos permitan concluir cómo se podría afectar la salud de los colombianos. Existen datos realizados en particular por entidades de la salud, para citar el caso del Hospital Santa Clara¹, que adelantó exámenes a determinado número de trabajadores que desarrollaban procesos en los cuales se involucra el asbesto y se obtuvo que posiblemente 42 de los casos de enfermedades con inflamación de la pleura podían estar asociadas al asbesto, sin embargo la muestra no fue continua y no se corroboró ninguna evidencia científica sobre el particular.

Se da una falsa creencia que propugna porque al respirar niveles de asbesto se pueden producir alteraciones en la pleura, llamadas placas. Las placas pleurales pueden ocurrir en trabajadores y ocasionalmente en gente que vive en áreas con altos niveles ambientales de asbesto. *Los efectos de las placas pleurales sobre la respiración generalmente no son serios, pero*

¹ Exposición de Motivos, honorable Senador Jesús Antonio Bernal Amorochó.

la exposición a niveles más altos puede producir un engrosamiento de la pleura que puede restringir la respiración.

Los efectos de la exposición a cualquier sustancia tóxica dependen de la dosis, la duración, la manera como usted está expuesto, sus hábitos y características personales y de la presencia de otras sustancias químicas.

Aun cuando muchas empresas en Colombia han venido reemplazando el asbesto por fibras Poli Vinid, alcohol y fibra de vidrio, estas también miradas en detalle pueden presentar problemas a la salud si su exposición al uso sin la toma de las medidas de seguridad requeridas causa enfermedades y dolencias al trabajador.

También es común encontrar artículos donde se menciona que el período de desarrollo de una enfermedad atribuible a la exposición del trabajador al uso del asbesto o de uno de sus tipos de fibras, muestran un tiempo de desarrollo de hasta 20 años desde la aspiración de las fibras hasta la aparición de la posible enfermedad, ***lo cual quedaría desvirtuado por la no existencia de control o seguimiento durante este período que precise que la exposición por el uso del asbesto hubiere sido la causa de la dolencia.***

Cabe afirmar que el humo de cigarrillo aumenta considerablemente las posibilidades de contraer cáncer del pulmón. Por lo tanto, si usted ha estado expuesto a una sustancia considerada cancerígena debería dejar de fumar, esta puede ser la acción más importante en cuanto a prevención para mejorar su salud y disminuir el riesgo de contraer cáncer.

Antecedentes normativos

Se mencionan entre otros los siguientes artículos de la Constitución Política de Colombia de 1991, el número 1 mediante el cual se establece que somos un Estado Social de Derecho; el artículo 2° que precisa que entre los fines esenciales del Estado está el de proteger a todas las personas residentes en Colombia en su vida y demás derechos y libertades; el artículo 5°, el artículo 11, el 12, los artículos 48, 49 y finalmente el artículo 366, mediante los cuales se esbozan las obligaciones del Estado para con sus residentes y se especifica el deber del Estado de brindar bienestar general y mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Del análisis de los mismos se desprende que al no estar comprobado científicamente que el uso del asbesto ocasiona problemas que afectan la salud humana, no se puede concluir que se viole ninguna de las normas citadas.

Normatividad internacional

La OIT ha venido desde hace dos (2) décadas recopilando evidencias e investigando sobre el posible carácter carcinogénico del asbesto, causado en los trabajadores que utilizan en los procesos industriales el asbesto. En concordancia con ello promulgó el Convenio 162/86 sobre la utilización del asbesto en condiciones de seguridad y la gradualidad para la instauración de reemplazar el asbesto por otro material. Este Convenio aprobado por varios países entre ellos Colombia quien lo incorporó a su legislación mediante la Ley 436 de 1998, regula con precisión las seguridades que deben tenerse si su empresa utiliza el asbesto.

En la convención de Ginebra de mayo de 2006 donde se trató el tema “Desarrollo de la estrategia global sobre seguridad y salud en el trabajo” se acogió un nuevo instrumento para fijar el marco promocional del objetivo de proteger la seguridad y la salud en el trabajo y se adelantó una recomendación sobre el uso de las distintas formas de asbesto, lo cual determina que no se prohíbe el uso de esta fibra, sino que se deben tomar medidas de seguridad en la manipulación de la misma por parte de los trabajadores que la utilizan.

Análisis del proyecto

El proyecto cita: *“En la Unión Europea, los países miembros han llegado a una decisión colectiva de prohibición total de todas las formas de asbesto. Inicialmente con la Directiva 76/769 se habían prohibido todos los usos de Crocidolita, Amosita, Antifilita y algunas formas del asbesto Crisotilo, también llamado Asbesto Blanco, dejando como permisibles algunas modalidades de dicho Asbesto Blanco. No obstante, en 1999, con efectos a partir del año 2005, la Unión Europea, mediante la Directiva IP/99/572 prohibió el asbesto en todas sus formas, incluyendo todas las modalidades de Crisotilo”...*

En buena medida, la tendencia hacia la adopción de legislaciones o medidas para la prohibición plena del uso del asbesto, se basa en el hecho de no haberse podido establecer científicamente un umbral seguro de exposición al asbesto. Si bien, varias agencias de salud de los Estados Unidos (Administración de Salud y Seguridad de Salud Ocupacional (OSHA) y el Instituto de salud y Seguridad Ocupacional (NIOSH)) han establecido un nivel máximo recomendable de exposición del 0.01 fibras/cc por un período de ocho (8) horas. Se colige que los países que utilicen el asbesto en sus procesos productivos deben contar con las normas de seguridad adecuadas y requeridas por el trabajador, supervisadas por intermedio de los Comités de Salud Ocupacional de cada entidad y de las Instituciones Administradoras de Riesgos Profesionales.

Lo anterior se desvirtúa teniendo en cuenta que los problemas asociados con los asbestos se derivan del uso indiscriminado en el pasado de los Anfíboles, cuando no se tenía claridad sobre los riesgos de estas sustancias y no se tomaron las suficientes medidas de seguridad. Además los trabajadores se exponían sin ninguna protección a concentraciones que podrían alcanzar las 200 fibras por centímetro cúbico de aire. En la actualidad las concentraciones actuales están más de 1.000 veces por debajo de este valor límite (0.1 fibra/cc).

El reporte Inserm ha sido el único estudio científico de gran envergadura que se ha adelantado para establecer concretamente si existe una exposición segura por debajo del umbral establecido por algunos Organismos Gubernamentales, esto es, por debajo de 1 fibra/cc, concluyendo que *“la existencia de dicho nivel mínimo no es demostrable”*.

Situación de los trabajadores del sector

Si analizamos el siguiente texto: *“A partir del trabajo de las organizaciones sindicales se creó la Liga Mundial de Lucha Contra el Asbesto, en la que participan diversas organizaciones sindicales de países europeos, así como de Canadá y Brasil, principales potencias en la explotación de asbesto. Se destacan en la lucha internacional por la prohibición del asbesto, las federaciones sindicales CIOSL (Hoy Confederación Sindical Internacional) y la FITCM (Federación Internacional de Trabajadores de la Construcción y la Madera), las cuales han adelantado numerosas campañas para la capacitación de trabajadores acerca de los riesgos que involucra el asbesto para la salud.*

El trabajo de las diferentes organizaciones sindicales dio lugar en 1991 a la Declaración de los Sindicatos por la Prohibición Mundial del Asbesto, adoptada como decisión en el Congreso Mundial del Asbesto realizado en Suiza en el año en mención, en la que se instauró como política mundial de las organizaciones sindicales, la de buscar la prohibición del asbesto como única medida aceptable de protección para los trabajadores.

Las organizaciones laborales también han advertido que de manera artificial se ha venido haciendo una distinción entre el crisotilo (tipo de asbesto mayormente utilizado en Colombia) y las demás modalidades de asbesto, la cual tiene origen en el deseo de ciertos actores de la industria de impedir la prohibición total del asbesto”.

Teniendo en cuenta lo anterior tenemos que hasta el momento no se tiene conocimiento de casos comprobados de cáncer o asbestosis en los trabajadores los cuales estén asociados con el uso del crisolito en Colombia. Se cuenta con datos de las principales empresas de fibrocemento y fricción que utilizan crisolito en nuestro país, las cuales pertenecen a importantes grupos económicos, a saber: Toptec-Grupo Luker e Incolbestos-Grupo Chain Neme y Mexicanos Eternit-Grupo del Valle, las cuales no reportan problemas sobre el particular con sus trabajadores.

De otra parte, la Central Unitaria de Trabajadores “CUT”, la Federación Internacional de Trabajadores del Amianto Crisolito “FITAC”, el Sindicato Único de Trabajadores de Materiales para Construcción “Sutimac”, la Federación de Trabajadores Mineros y Metalúrgicos “Fentramiérgica”, el Sindicato de Trabajadores de Minera las Brisas “Sintramineral Asbrisas” en comunicado de septiembre 5 de 2007 dirigido al Presidente de la Comisión Quinta del Senado, doctor José David Name Cardozo, manifiestan en relación con el tema que nos ocupa:

“En Colombia desde hace más de 20 años la industria de Asbesto-cemento y de fricción vienen trabajando únicamente con crisolito, utilizando altos estándares de seguridad en el trabajo sin que hasta el momento se tenga un registro oficial de enfermedades en los trabajadores o en la comunidad, asociada con la utilización de estos productos, para información

de los miembros de la Comisión Quinta a los trabajadores que laboran en el sector y en cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional se someten periódicamente a rigurosos exámenes de control y seguimiento de su estado de salud, sin que hasta el momento se hayan presentado problemas relacionados con el manejo de esta fibra”.

Consideraciones especiales sobre riesgos por uso del Asbesto

En varios países de Latinoamérica existe prohibición mediante ley para el uso del asbesto (El Salvador, Honduras, Chile, Uruguay, Argentina y parcialmente en Venezuela) y en Colombia mediante la Ley 436 de 1998 la explotación de dicho mineral es posible y viable, se recomienda que se adelante un **Reglamento Técnico** que garantice el control de los posibles riesgos asociados al uso del asbesto, ante la imposibilidad de establecer un umbral seguro.

Dado que pueden quedar expuestos los empleados de la industria durante la fabricación de productos que contienen asbesto o durante la revisión de frenos y embragues, o en el sector de la construcción durante la renovación o demolición de edificios, los empleados en ambientes marítimos al renovar o desmantelar navíos construidos con materiales que contienen asbestos, los trabajadores de mantenimiento en los edificios mediante el contacto con materiales deteriorados, se debe cumplir en un todo con la Ley 436 de 1998 y **mantener un control estricto en materia de salud ocupacional a los trabajadores que usen el asbesto con el fin de prevenir, toda vez que no se ha probado científicamente que el uso y la exposición al asbesto o amianto produzca cáncer o cualquier otro tipo de enfermedad pulmonar o gástrica.**

Así mismo se recomienda que la exposición por empleado al asbesto no exceda 0.1 fibra por centímetro cúbico (f/cc) de aire promediado en un turno de ocho (8) horas. La exposición a corto plazo no debe exceder un promedio de 1 f/cc promediado en treinta (30) minutos. Así mismo, se deberá prohibir el rotar empleados para poder cumplir con los requisitos de límites permisibles de exposición².

Para los trabajadores en labores en las que se prevé que los niveles de exposición al asbesto sobrepasarán por lo menos uno de los límites permisibles de exposición, es necesario llevar a cabo un monitoreo periódicamente. En la industria en general, es necesario realizar el monitoreo inicial para los trabajadores que puedan quedar expuestos a niveles superiores a los límites permisibles de exposición o de exclusión. Los intervalos razonables no deben ser mayores de seis (6) meses para trabajadores que queden expuestos a niveles mayores que los límites permisibles de exposición.

De otra parte, se deberá proveer y exigir el uso de ropa protectora, como overoles, mono completo, gorra, guantes y calzado para todo empleado expuesto a concentraciones de asbesto en el aire que excedan los límites permisibles de exposición y exigir el uso de caretas, gafas de protección venteados u otro equipo de protección apropiado cuando exista la posibilidad de irritación en los ojos.

Se deben instalar zonas de descontaminación y establecer prácticas de higiene para los empleados que se exponen a niveles superiores a los límites permisibles de exposición. Además los empleados no pueden fumar en las áreas de trabajo en las que pueda ocurrir exposición al asbesto.

Si se tienen en cuenta las normas anteriores es viable el uso del asbesto, en Colombia, así como el uso de la fibra natural Crisolito (Campamento-Antioquia). La decisión entre reglamentar o prohibir un producto, debe estar basada en la realidad científica, no en percepciones o intereses comerciales³.

Impacto fiscal del proyecto

El autor de esta iniciativa omite el cumplimiento de la preceptiva del artículo 7º de la Ley 819 de 2003 que impone precisar los costos fiscales del proyecto e indicar la fuente de financiación del mismo para hacerlo compatible con el marco fiscal de mediano plazo.

Conformación Comisión Nacional de Salud Ocupacional sector asbesto

Téngase en cuenta que el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, hoy Ministerio de la Protección Social a través de Resolución 00935 del 15 de mayo de 2001, conformó esta Comisión como organismo operativo de las políticas y orientaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales,

en relación con el uso, manejo, utilización, manipulación y mecanismos de control de los riesgos derivados del asbesto, con el fin de consolidar programas de Salud Ocupacional, medidas preventivas y sistemas de vigilancia epidemiológica, es decir, que está conformada, reglamentada y funcionando dicha Comisión dando respuesta a la propuesta consignada en el artículo 8º del proyecto de ley.

Proposición

Basados en las precedentes consideraciones, rendimos ponencia negativa al Proyecto de ley número 35 de 2007 Senado, **por medio de la cual se prohíbe el uso del Asbesto, en todas sus formas, en la fabricación de todo tipo de elementos en el territorio nacional.**

Atentamente,

Antonio Valencia Duque, José Gonzalo Gutiérrez,
Senadores Ponentes.

* * *

PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 066 DE 2006 SENADO

por la cual se adiciona la Ley 361 de 1997.

Bogotá, D. C., octubre 8 de 2007

Honorable Senador

IVAN DIAZ MATEUS

Presidente

Comisión Séptima Constitucional Permanente

Ciudad

Referencia: **Informe de Ponencia para Segundo Debate al Proyecto de ley número 066 de 2006 Senado.**

Señor Presidente:

En mi condición de Ponente, designado por la Comisión Séptima para Segundo Debate de acuerdo a lo consignado en el Acta número 21 del 5 de junio de 2007, me permito hacerle llegar tanto en medio magnético como físico en original y dos (2) copias el Proyecto de ley de la Referencia, de iniciativa del honorable Senador Jairo Clopatofsky Ghisays y los honorables Representantes Germán Navas Talero y Omar Flores Vélez.

Atentamente,

Ricardo Arias Mora,
Senador de la República.

PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 066 DE 2006 SENADO

por la cual se adiciona la Ley 361 de 1997.

Honorable Plenaria del Senado:

De conformidad con la honrosa designación hecha por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, para rendir Ponencia para Segundo Debate al Proyecto de ley número 066 de 2006 Senado, *por la cual se adiciona la Ley 361 de 1997*, de acuerdo a lo consignado en el Acta número 21 de junio 5 de 2007, me permito hacer las siguientes precisiones.

Antecedentes del proyecto

El presente proyecto de ley fue radicado en la Secretaría General, por iniciativa del honorable Senador Jairo Clopatofsky Ghisays y los honorables Representantes Germán Navas Talero y Omar Flores Yepes. Fue repartido a la Comisión Séptima del Senado de la República donde se designó como Ponente al Senador Ricardo Arias Mora.

En Sesión Ordinaria del día 5 de junio de 2007, fue considerada y aprobada la ponencia para primer debate, con modificación de los artículos 2º, 3º, 4º sugeridas por el honorable Representante Germán Navas Talero, siendo aceptadas por el ponente, según consta en el Acta número 21 del 5 de junio de 2007 y publicada en la *Gaceta* 227 de junio de 2007.

En la misma Sesión, fue designado Ponente para Segundo Debate el Senador Ricardo Arias Mora, según Acta número 21 del 5 de junio de 2007.

Por lo tanto, las modificaciones que el suscrito ponente propone para segundo debate corresponden a las formuladas por el honorable Representante Germán Navas Talero, durante el desarrollo del Primer Debate en Comisión.

² Datos de la Organización Mundial de la Salud.

³ Documento “la verdad sobre los diferentes tipos de asbesto”.

MODIFICACIONES PROPUESTAS POR EL HONORABLE REPRESENTANTE GERMAN NAVAS TALERO AL PROYECTO DE LEY NUMERO 066 DE 2006 SENADO

A. En el párrafo único del artículo 2º, se propone eliminar la expresión “sin exceder las tarifas legalmente establecidas de parqueo en su jurisdicción”.

B. Adicionar al final del párrafo único del artículo 2º, “por el uso de las bahías se podrá cobrar las tarifas legalmente establecidas de parqueo en su jurisdicción”.

Del texto aprobado por la Comisión:

Parágrafo. Las autoridades Municipales y Distritales competentes habilitarán y reglamentarán, en beneficio de la comunidad en general, sin exceder las tarifas legalmente establecidas de parqueo en su jurisdicción, el uso de las bahías de estacionamiento y determinarán en las normas urbanísticas del Plan de Ordenamiento Territorial lo concerniente al presente artículo, en un periodo no mayor a 6 meses a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

Por el texto propuesto:

Parágrafo. Las autoridades Municipales y Distritales competentes habilitarán y reglamentarán, en beneficio de la comunidad en general, el uso de las bahías de estacionamiento y determinarán en las normas urbanísticas del Plan de Ordenamiento Territorial lo concerniente al presente artículo, en un período no mayor a 6 meses a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, **por el uso de las bahías se podrá cobrar las tarifas legalmente establecidas.**

C. En el artículo 3º, adicionar después de la expresión y/o movilidad reducida “o cuya capacidad de orientación se encuentre disminuida por razón de la edad o enfermedad”.

Del texto aprobado por la Comisión:

Artículo 3º. Las autoridades Municipales y Distritales deberán disponer en general en todo sitio donde exista bahías de estacionamiento para uso público y en particular las mismas, en los hospitales, clínicas, instituciones prestadoras de salud, instituciones financieras, centros comerciales, supermercados, empresas prestadoras de servicios públicos, parques, unidades residenciales, nuevas urbanizaciones edificaciones destinadas a espectáculos públicos, unidades deportivas, autocinemas, centros educativos, edificios públicos y privados de sitios de parqueo, debidamente señalizados y demarcados para personas con algún tipo de discapacidad y/o movilidad reducida, con las dimensiones internacionales, en un porcentaje mínimo equivalente al dos por ciento (2%) del total de parqueaderos habilitados. En ningún caso podrá haber menos de un (1) espacio habilitado, debidamente señalado con el símbolo internacional de accesibilidad. De conformidad con lo establecido en el Decreto 1660 de 2003.

Por el texto propuesto:

Artículo 3º. Las autoridades Municipales y Distritales deberán disponer en general en todo sitio donde exista bahías de estacionamiento para uso público y en particular las mismas, en los hospitales, clínicas, instituciones prestadoras de salud, instituciones financieras, centros comerciales, supermercados, empresas prestadoras de servicios públicos, parques, unidades residenciales, nuevas urbanizaciones edificaciones destinadas a espectáculos públicos, unidades deportivas, autocinemas, centros educativos, edificios públicos y privados de sitios de parqueo, debidamente señalizados y demarcados para personas con algún tipo de discapacidad y/o movilidad reducida, **o cuya capacidad de orientación se encuentre disminuida por razón de la edad o enfermedad,** con las dimensiones internacionales, en un porcentaje mínimo equivalente al dos por ciento (2%) del total de parqueaderos habilitados. En ningún caso podrá haber menos de un (1) espacio habilitado, debidamente señalado con el símbolo internacional de accesibilidad. De conformidad con lo establecido en el Decreto 1660 de 2003.

d) En el artículo 3º, incluir nuevo párrafo: Para los efectos del presente artículo, se considera que una persona se encuentra disminuida en su capacidad de orientación, cuando tenga o exceda los sesenta y cinco (65) años de edad.

E. En el artículo 4º. No presento ninguna modificación.

Proposición

Por lo mencionado anteriormente, solicito respetuosamente dar Segundo Debate al Proyecto de ley número 066 de 2006 Senado, **por la cual se adiciona la Ley 361 de 1997 Senado,** teniendo en cuenta las modificaciones adjuntas.

Atentamente,

Ricardo Arias Mora,

Senador Ponente.

COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., a los ocho (8) días del mes de octubre año dos mil seis (2007).

En la presente fecha se autoriza la publicación en la *Gaceta del Congreso* de la República, Informe de Ponencia para Segundo Debate y Texto Propuesto para Segundo Debate, **al Proyecto de ley número 066 de 2006 Senado, por la cual se adiciona la Ley 361 de 1997.** Proyecto de ley de autoría de los honorables Senadores Congresistas *Jairo Clopatofsky, Carlos Germán Navas Talero y Omar Flórez Vélez.*

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 066 DE 2006 SENADO

por la cual se adiciona la Ley 361 de 1997.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

CAPITULO I

De las definiciones

Artículo 1º. Definiciones. Para efectos de la adecuada comprensión y aplicación de la presente ley se establecen las siguientes definiciones:

Bahías de estacionamiento: Parte complementaria de la estructura de la vía utilizada como zona de transición entre la calzada y el andén destinada al estacionamiento de vehículos.

Movilidad reducida: Es la restricción para desplazarse que presentan algunas personas debido a una discapacidad o que sin ser discapacitadas presentan algún tipo de limitación en su capacidad de relacionarse con el entorno al tener que acceder a un espacio o moverse dentro del mismo, salvar desniveles, alcanzar objetos situados en alturas normales.

Accesibilidad: Condición que permite, en cualquier espacio o ambiente ya sea interior o exterior, el fácil y seguro desplazamiento de la población en general y el uso en forma confiable, eficiente y autónoma de los servicios instalados.

CAPITULO II

De las bahías de estacionamiento

Artículo 2º. Autorícese el parqueo de vehículos en las bahías de estacionamiento, en todo el territorio nacional, definidas por la Ley 769 del 2002 en su artículo 2º.

Parágrafo. Las autoridades Municipales y Distritales competentes habilitarán y reglamentarán, en beneficio de la comunidad en general, el uso de las bahías de estacionamiento y determinarán en las normas urbanísticas del Plan de Ordenamiento Territorial lo concerniente al presente artículo, en un periodo no mayor a 6 meses a partir de la entrada en vigencia de la presente ley; por el uso de las bahías se podrá cobrar las tarifas legalmente establecidas.

Artículo 3º. Las autoridades Municipales y Distritales deberán disponer en general en todo sitio donde existan bahías de estacionamiento para uso público y en particular las mismas, en los hospitales, clínicas, instituciones prestadoras de salud, instituciones financieras, centros comerciales, supermercados, empresas prestadoras de servicios públicos, parques, unidades residenciales, nuevas urbanizaciones edificaciones destinadas a espectáculos públicos, unidades deportivas, autocinemas, centros educativos, edificios públicos y privados de sitios de parqueo, debidamente señalizados y demarcados para personas con algún tipo de discapacidad y/o movilidad reducida, o cuya capacidad de orientación se encuentre disminuida por razón de la edad o enfermedad, con las dimensiones internacionales, en un

porcentaje mínimo equivalente al dos por ciento (2%) del total de parqueaderos habilitados. En ningún caso podrá haber menos de un (1) espacio habilitado, debidamente señalado con el símbolo internacional de accesibilidad. De conformidad con lo establecido en el Decreto 1660 del 2003.

Parágrafo. Para los efectos previstos en este artículo, se considera que una persona se encuentra disminuida en su capacidad de orientación, cuando tenga o exceda los sesenta y cinco (65) años de edad.

Artículo 4°. En aquellos Municipios y Distritos en los cuales las bahías de estacionamiento existentes, para los sitios definidos en el artículo 3°, hayan sido clausuradas, las autoridades Municipales y Distritales competentes deberán habilitarlas a partir de la entrada en vigencia de la presente ley y cualquier ciudadano podrá acudir a la acción de cumplimiento para hacer valer lo dispuesto en la misma.

CAPITULO III

De la accesibilidad al medio físico

Artículo 5°. Las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, las definidas en el artículo 3° de la presente ley, así como las autoridades gubernamentales del nivel nacional, departamental, distrital, y municipal, que no cumplan con lo establecido en el Título IV, Capítulos I y II de la Ley 361 de 1997, y su Decreto Reglamentario 1538 de 2005, sobre la accesibilidad al medio físico, eliminación de las barreras arquitectónicas, acceso a los espacios de uso público, a las vías públicas, a los edificios abiertos al público y a las edificaciones para vivienda, serán sancionados de acuerdo con lo establecido en el Capítulo IV de la presente ley.

Parágrafo. La adecuación en instalaciones construidas antes de la expedición del Decreto 1538 de 2005, tendrá un plazo de dos años a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

CAPITULO IV

De las sanciones

Artículo 6°. Para aquellos que incumplan con lo establecido en la presente ley se les aplicarán las siguientes sanciones:

Para las personas naturales o jurídicas privadas se aplicará una sanción que irá entre (50) hasta doscientos (200) salarios mínimos legales diarios vigentes.

Para las autoridades gubernamentales que incumplan los preceptos establecidos por esta ley y las demás normas de discapacidad serán sancionadas conforme lo prevé la Ley de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos y demás normas aplicables, como faltas graves y causales de mala conducta.

Artículo 7°. El Ministerio de Medio Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial y el Ministerio de Transporte, vigilarán el cumplimiento de lo establecido en la presente ley.

CAPITULO V

Disposiciones finales

Artículo 8°. La presente ley se adiciona a las demás normas que protegen los derechos de las personas con discapacidad, con el fin de garantizar la plena efectividad de sus derechos así como su exigibilidad.

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

Presentado por,

Ricardo Arias Mora,
Senador Ponente.

COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., a los ocho (8) días del mes de octubre año dos mil seis (2007).

En la presente fecha se autoriza la publicación en la *Gaceta del Congreso* de la República, Informe de Ponencia para Segundo Debate y Texto Propuesto para Segundo Debate, **al Proyecto de ley número 066 de 2006 Senado, por la cual se adiciona la Ley 361 de 1997.** Proyecto de ley de autoría honorables Senadores Congresistas *Jairo Clopatofsky, Carlos Germán Navas Talero y Omar Flórez Vélez.*

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

TEXTOS APROBADOS

TEXTO APROBADO EN SESION PLENARIA DEL SENADO DE LA REPUBLICA DEL DIA 25 DE SEPTIEMBRE DE 2007 AL PROYECTO DE LEY NUMERO 096 DE 2006 SENADO

por medio de la cual se modifica parcialmente la Ley 683 de 2001.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. El artículo 3° de la Ley 683 del 09 de 2001 quedará así:

Artículo 3°. Créase un subsidio mensual equivalente a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes, con destino a cada veterano de que habla esta ley y que no devengue pensión de jubilación de más de cinco (5) o más salarios mínimos mensuales vigentes, independientemente del grado o condición actual.

Parágrafo 1°. El subsidio establecido en el artículo no constituye en ningún caso derecho de sustitución pensional.

Parágrafo 2°. El subsidio estará a cargo del Presupuesto Nacional y será pagado por conducto del Ministerio de Hacienda.

Artículo 2°. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación.

Con el propósito de dar cumplimiento a lo establecido al artículo 182 de la Ley 5ª de 1992, nos permitimos presentar el texto definitivo aprobado en sesión Plenaria del Senado de la República el día 25 de septiembre de 2007, al Proyecto de ley número 096 de 2006 Senado, *por medio de la cual se modifica parcialmente la Ley 683 de 2001*, y de esta manera continúe su trámite legal y reglamentario en la Cámara de Representantes.

Cordialmente,

Efraín Cepeda Sarabia,
Ponente.

TEXTO APROBADO EN SESION PLENARIA DEL SENADO DE LA REPUBLICA DEL DIA 11 DE SEPTIEMBRE DE 2007 AL PROYECTO DE LEY NUMERO 120 DE 2006 SENADO

por medio de la cual la Nación se asocia a la celebración de los 470 años de la Villa Hispánica del municipio de Tibaná, departamento de Boyacá.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. La Nación se vincula a la conmemoración de los 470 años de la Villa Hispánica del municipio de Tibaná, departamento de Boyacá, que cumple el 6 de octubre de 2007.

Artículo 2°. Autorízase al Gobierno Nacional para que incorpore dentro del Presupuesto General de la Nación, correspondiente a las vicencias fiscales de los años 2008 y 2009, las partidas presupuestales para concurrir a la finalidad de las siguientes obras de utilidad pública y de interés social en el municipio de Tibaná, departamento de Boyacá, así:

PROYECTO	VALOR
Construcción de la nueva sede para la Institución Educativa Gustavo Romero Hernández.	\$1.035.000.000
Construcción de los campos deportivos de la Escuela vereda Supaneca Abajo y de la Urbanización Villa del Río.	\$120.000.000
Mejoramiento de la red vial de la zona urbana.	\$1.800.000.000
Pavimentación de la vía Batán-Aposentos.	\$3.624.000.000
Ampliación del alcantarillado urbano.	\$1.200.000.000
Mejoramiento de la malla vial rural de la municipalidad.	\$2.500.000.000
Construcción del centro de comercialización y acopio plaza de mercado	\$458.000.000
Construcción de las cunetas y obras de drenaje de la vía Tibaná-Jenesano.	\$546.260.000
Construcción de la doble calzada: carrera 2 y salida a Jenesano.	\$1.800.000.000
Construcción de la planta de tratamiento de aguas residuales del perímetro urbano.	\$835.000.000
Pavimentación de la vía Turmequé-Villapinzón.	\$7.248.000.000

Artículo 3°. Autorízase al Gobierno Nacional para efectuar las apropiaciones presupuestales necesarias para el cumplimiento de la presente ley. Lo anterior sin perjuicio de la obligación de registro de los proyectos en el Banco de Proyectos de Inversión Pública del Departamento Nacional de Planeación y el cumplimiento de las demás disposiciones legales para acceder a recursos del presupuesto nacional mediante cofinanciación.

Artículo 4°. Para dar cumplimiento a lo dispuesto en la presente ley, se celebrarán convenios interadministrativos entre la Nación, el departamento de Boyacá y el municipio de Tibaná.

Artículo 5°. Exáltese la labor de sus gentes por lograr el desarrollo económico y social del Municipio y el reconocimiento a su valioso aporte al progreso e integración de la comunidad boyacense.

Artículo 6°. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación.

Con el propósito de dar cumplimiento a lo establecido al artículo 182 de la Ley 5ª de 1992, nos permitimos presentar el texto definitivo aprobado en sesión Plenaria del Senado de la República el día 11 de septiembre de 2007, al Proyecto de ley número 120 de 2006 Senado, *por medio de la cual la Nación se asocia a la celebración de los 470 años de la Villa Hispánica del municipio de Tibaná, departamento de Boyacá*, y de esta manera continúa su trámite legal y reglamentario en la Cámara de Representantes.

Cordialmente,

Juan Manuel Galán Pachón,
Ponente.

**TEXTO APROBADO EN SESION PLENARIA DEL SENADO
DE LA REPUBLICA DEL DIA 2 DE OCTUBRE DE 2007
AL PROYECTO DE LEY NUMERO 88 DE 2007 SENADO**
*por medio de la cual se modifica el parágrafo 3° del artículo 21
del Decreto 1791 de 2000.*

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

De los ascensos

Artículo 1°. Modifícase el parágrafo 3° del artículo 21 del Decreto 1791 de 2000, el cual quedará así:

Parágrafo 3°. Se exceptúa de lo dispuesto en el numeral 4 de este artículo, el personal que hubiere sido declarado no apto para el servicio operativo como consecuencia de heridas en actos del servicio, en combate, como consecuencia de la acción del enemigo, en conflicto internacional, en tareas de mantenimiento o restablecimiento del orden público o que hubiere sido declarado no apto con reubicación laboral por la Junta Médico-Laboral o Tribunal Médico de Revisión Militar y Policía, sin importar la circunstancia en que haya adquirido su disminución de la capacidad laboral, podrá ser ascendido siempre y cuando cumpla con los demás requisitos exigidos y excelente trayectoria profesional, salvo que las lesiones o heridas hayan sido ocasionadas con violación de la ley o los Reglamentos.

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

Con el propósito de dar cumplimiento a lo establecido al artículo 182 de la Ley 5ª de 1992, nos permitimos presentar el texto definitivo aprobado en sesión Plenaria del Senado de la República el día 2 de octubre de 2007, al Proyecto de ley número 88 de 2007 Senado, *por medio de la cual se modifica el parágrafo 3° del artículo 21 del Decreto 1791 de 2000*, y de esta manera continúa su trámite legal y reglamentario en la Cámara de Representantes.

Cordialmente,

Jairo Clopotofsky Ghisays,
Ponente.

El presente texto fue aprobado en Sesión Plenaria del Senado de la República el día 2 de octubre de 2007 sin modificaciones.

Emilio Otero Dajud,
Secretario General.

LEYES SANCIONADAS

LEY 1164 DE 2007

(octubre 3)

por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

CAPITULO I

Disposiciones generales

Artículo 1°. *Del objeto.* La presente ley tiene por objeto establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del Talento Humano del área de la salud mediante la articulación de los diferentes actores que intervienen en estos procesos.

Por Talento Humano en Salud se entiende todo el personal que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de todos los habitantes del territorio nacional dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud.

Artículo 2°. *De los principios generales.* El Talento Humano del área de la Salud se regirá por los siguientes principios generales:

Equidad: La formación y el desempeño del Talento Humano en Salud deben estar orientados a proveer servicios de salud en cantidad, oportunidad y calidad igual para todos los habitantes de acuerdo con sus necesidades e independiente de su capacidad de pago.

Solidaridad: La formación y el desempeño del Talento Humano en Salud deben estar fundamentados en una vocación de servicio que promueva la mutua ayuda entre las personas, las instituciones, los sectores económi-

cos, las regiones y las comunidades bajo el principio de que el más fuerte debe apoyar al más débil.

Calidad: La formación y el desempeño del Talento Humano en Salud deben caracterizarse por el logro de los mayores beneficios posibles en la formación y la atención, dentro de la disponibilidad de recursos del sistema educativo y de servicios y con los menores riesgos para los usuarios de servicios de salud. Se reconocen en la calidad dos componentes interrelacionados: el ejercicio idóneo de competencias propias de cada profesión u ocupación en salud y la satisfacción y mejoramiento de la salud de los usuarios de los servicios.

Ética: La formación y el desempeño del Talento Humano en Salud deben estar enmarcado en el contexto cuidadoso de la vida y la dignidad del ser humano.

Integralidad: La formación y el desempeño del talento humano deben reconocer las intervenciones y actividades necesarias para promover, conservar y recuperar la salud, prevenir las enfermedades, realizar tratamientos y ejecutar acciones de rehabilitación, todos ellos en cantidad, calidad, oportunidad y eficiencia de la salud de los individuos y las colectividades.

Concertación: La formación y el desempeño del Talento Humano en Salud deben establecer espacios y mecanismos para propiciar acercamientos conceptuales y operativos que permitan definir líneas compartidas de acción, por parte de los diferentes actores que intervienen en la prestación de los servicios de salud.

Unidad: Debe ser una característica del accionar de los diferentes actores institucionales que intervienen en la formación y el desempeño del Talento Humano en Salud, que garantiza la concreción de la articulación y la armonización de las políticas, estrategias, instrumentos legislativos, normas, procesos y procedimientos que rigen en sus respectivos campos de actuación para lograr un desarrollo equilibrado y acorde con las necesidades del país.

Efectividad: La formación y el desempeño del personal de salud deben garantizar en sus acciones el logro de resultados eficaces en la atención de salud individual y colectiva, mediante la utilización eficiente de los recursos disponibles y la selección del mejor curso de acción alternativa en términos de costos.

Artículo 3°. *De las características inherentes al accionar del Talento Humano en Salud.* Las actividades ejercidas por el Talento Humano en la prestación de los servicios de salud tiene características inherentes a su accionar, así:

1. El desempeño del Talento Humano en Salud es objeto de vigilancia y control por parte del Estado.

2. Las competencias propias de las profesiones y ocupaciones según los títulos o certificados respectivos, obtenidos legalmente deben ser respetadas por los prestadores y aseguradores de servicios de salud, incluyendo la individualidad de los procesos de atención.

El desempeño del Talento Humano en Salud lleva consigo un compromiso y una responsabilidad social, que implica la disposición de servicio hacia los individuos y las colectividades sin importar creencias, raza, filiación política u otra condición humana.

CAPITULO II

Organismos de apoyo para el desarrollo del Talento Humano en Salud

Artículo 4°. *Del Consejo Nacional del Talento Humano en Salud.* Créase el Consejo Nacional del Talento Humano en Salud, como un organismo asesor del Gobierno Nacional, de carácter y consulta permanente, para la definición de políticas, encaminadas al desarrollo del Talento Humano en Salud.

Artículo 5°. *De la integración.* El Consejo Nacional del Talento Humano en Salud estará integrado por los siguientes miembros:

- a) Ministro de Educación o el Viceministro delegado;
- b) Ministro de la Protección Social o el Viceministro delegado quien lo presidirá;
- c) Dos representantes de las asociaciones de las facultades de los programas del área de la salud, uno del sector público y otro del sector privado;
- d) Un (1) representante de los egresados de las instituciones educativas con programas de educación no formal en el área de salud;
- e) Un (1) representante de los egresados de los programas de educación superior del área de la salud;
- f) Un (1) representante de las asociaciones de las ocupaciones del área de la salud;
- g) Un (1) representante de las asociaciones de estudiantes de programas del área de la salud;
- h) Un representante de las asociaciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS);
- i) Un representante de las asociaciones de las entidades aseguradoras (EPS/ARS) o quien haga sus veces.

Parágrafo 1°. El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos para la escogencia de los representantes de los literales c), d), e), f), g), h), e i). Además el miembro del Consejo enunciado en el literal c) será alternado entre instituciones educativas públicas y privadas.

Sin perjuicio de lo anterior la Academia Nacional de Medicina, la Asociación Nacional de Profesionales de la Salud, Assosalud, la Federación Médica Colombiana, la Asociación Colombiana de Universidades, Ascúm, el coordinador de Conaces de la Sala de Salud y la Academia Colombiana de Salud Pública y Seguridad Social serán asesores permanentes de este Consejo.

Parágrafo 2°. El Consejo contará con una Secretaría Técnica, de carácter permanente, escogida por el mismo Consejo entre los funcionarios del

nivel directivo del Ministerio de la Protección Social. La Secretaría Técnica presentará los estudios que realizan las comisiones y los que considere convenientes, para que aseguren el soporte técnico al Consejo.

Parágrafo 3°. Para el estudio y análisis de los diferentes temas objeto de su competencia, el Consejo Nacional del Talento Humano contará con una Sala Laboral y una Académica.

Artículo 6°. *De las funciones.* El Consejo Nacional del Talento Humano en Salud tendrá las siguientes funciones:

- a) Dictar su propio reglamento y organización;
- b) Recomendar sobre la composición y el funcionamiento de los comités y el observatorio de Talento Humano en Salud de que trata la presente ley, y crear los comités ad hoc y grupos necesarios para abordar aspectos específicos del desarrollo del Talento Humano en Salud cuando lo considere pertinente;
- c) Recomendar al Ministerio de Educación, con base en los análisis y estudios realizados en las comisiones correspondientes, acerca de las políticas y planes de los diferentes niveles de formación, para el mejoramiento de la competencia, pertinencia, calidad, cantidad, contenidos e intensidad, de los programas educativos del área de la salud, sin perjuicio de la autonomía universitaria;
- d) Dar concepto técnico al Ministerio de la Protección Social sobre la definición del manual de tarifas;
- e) Promover la actualización de las normas de ética de las diferentes disciplinas, apoyando los tribunales de ética y los comités bioéticos, clínicos, asistenciales y de investigación;
- f) Las demás funciones que se generen con ocasión de la reglamentación de la presente ley.

Parágrafo 1°. Para el cumplimiento de sus funciones, el Consejo se reunirá cuantas veces lo determine su reglamento interno, en todo caso con una periodicidad no menor de dos (2) meses y sus actos se denominarán acuerdos, los cuales se enumerarán de manera consecutiva por anualidades.

Parágrafo 2°. Para todos los efectos el Consejo creado en la presente ley sustituye al Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud.

Parágrafo 3°. Los acuerdos del Consejo Nacional del Talento Humano tendrán carácter meramente consultivo y Asesor.

Artículo 7°. *De los Comités de Talento Humano en Salud.* El Consejo Nacional del Talento Humano en salud, estará apoyado por los siguientes comités:

- Un comité por cada disciplina profesional del área de la salud.
- Un comité de Auxiliares en salud.
- Un comité de Talento Humano en Salud Ocupacional.
- Un comité de las culturas médicas tradicionales.
- Un comité para la Medicina Alternativa, Terapias Alternativas y complementarias.
- Un comité de Ética y Bioética.

Los demás comités que el Consejo Nacional del Talento Humano en Salud considere pertinentes para el cumplimiento de sus funciones.

Parágrafo 1°. El comité para la medicina alternativa, terapias alternativas y complementarias, estará conformado, entre otros, por los siguientes comités:

- a) Medicina Tradicional China;
- b) Medicina ayurveda;
- c) Medicina Naturopática, y
- d) La Medicina Homeopática.

Parágrafo 2°. El Comité Intersectorial de Bioética creado por el Decreto 1101 de 2001, se articulará con el comité de ética y bioética creado en la presente ley, para lo cual el Ministerio de la Protección Social reglamentará su funcionamiento.

Artículo 8°. *Del Observatorio del Talento Humano en Salud.* Créase el Observatorio del Talento Humano en Salud, como una instancia del ámbito nacional y regional, cuya administración y coordinación estará a cargo del Ministerio de la Protección Social y aportará conocimientos e información

sobre el Talento Humano en Salud a los diferentes actores involucrados en su desarrollo y organización.

Artículo 9°. *De los Colegios Profesionales.* A las profesiones del área de la salud organizadas en colegios se les asignarán las funciones públicas señaladas en la presente ley, para lo cual deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Que tenga carácter nacional;
- b) Que tenga el mayor número de afiliados activos en la respectiva profesión;
- c) Que su estructura interna y funcionamiento sean democráticos;
- d) Que tenga un soporte científico, técnico y administrativo que le permita desarrollar las funciones.

Artículo 10. *De las funciones públicas delegadas a los Colegios Profesionales.* Previo cumplimiento de las condiciones y requisitos exigidos en la presente ley y la reglamentación que expida el Gobierno Nacional, los colegios profesionales de la salud cumplirán las siguientes funciones públicas:

- a) inscribir los profesionales de la disciplina correspondiente en el Registro Unico Nacional del Talento Humano en Salud;
- b) Expedir la tarjeta profesional como identificación única de los profesionales inscritos en el Registro Unico Nacional del Talento Humano en Salud;
- c) Expedir los permisos transitorios para el personal extranjero de salud que venga al país en misiones científicas o asistenciales de carácter humanitario de que trata el parágrafo 3° del artículo 18 de la presente ley, el permiso sólo será otorgado para los fines expuestos anteriormente;
- d) Recertificar la idoneidad del personal de salud con educación superior, de conformidad con la reglamentación expedida por el Ministerio de la Protección Social para la recertificación de que trata la presente ley.

Parágrafo 1°. El Gobierno Nacional con la participación obligatoria de las universidades, asociaciones científicas, colegios, y agremiaciones de cada disciplina, diseñará los criterios, mecanismos, procesos y procedimientos necesarios para garantizar la idoneidad del personal de salud e implementar el proceso de recertificación dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente ley.

Parágrafo 2°. Las funciones públicas establecidas en el presente artículo serán asignadas por el Ministerio de la Protección Social a un solo colegio por cada profesión del área de la salud, de conformidad con la presente ley.

Parágrafo 3°. Dentro de los seis (6) meses siguientes a la vigencia de la presente ley, el Ministerio de la Protección Social diseñará y expedirá los parámetros, mecanismos, instrumentos, sistemas de información y de evaluación necesarios para el ejercicio de las funciones públicas que aquí se delegan.

Parágrafo 4°. El Ministerio de la Protección Social ejercerá la segunda instancia sobre los actos proferidos por los Colegios Profesionales en relación con las funciones públicas delegadas en el presente artículo.

Parágrafo 5°. La delegación de funciones públicas que se hace en la presente ley a los Colegios Profesionales, en ningún caso implicará la transferencia de dineros públicos.

Artículo 11. *De la inspección, vigilancia y control de las funciones asignadas a los colegios.* La inspección, vigilancia y control de las funciones públicas asignadas a los colegios corresponde al Gobierno Nacional. Cuando del resultado de la inspección, vigilancia y control se evidencie que los colegios están contraviniendo el ejercicio de las funciones asignadas, el Gobierno Nacional reasumirá dichas funciones.

Artículo 12. *De la pertinencia de los programas del área de la salud.* El Consejo Nacional del Talento Humano en Salud, a través de los comités de cada disciplina, realizará el análisis de la pertinencia de los programas correspondientes a los diferentes niveles de formación del área de la salud, de manera que estos respondan a las necesidades de la población. Los resultados de este análisis serán recomendaciones previas para que el Gobierno Nacional expida la reglamentación correspondiente en los diferentes niveles de formación de acuerdo con la Ley 30 de 1992 y la Ley 115 de 1994 o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

Para efectos de la formación del Talento Humano de que trata la presente ley, se adoptan las siguientes definiciones sobre pertinencia y competencias.

Pertinencia: Es la característica de un programa educativo en el área de la salud para responder a los requerimientos de formación en coherencia con los avances del conocimiento y la tecnología en el área del saber correspondiente, de manera que den respuesta a las necesidades y problemas de salud de la población, sean estos actuales o previsibles en el futuro.

Competencia: Es una actuación idónea que emerge en una tarea concreta, en un contexto determinado. Esta actuación se logra con la adquisición y desarrollo de conocimientos, destrezas, habilidades, aptitudes y actitudes que se expresan en el ser, el saber, el hacer y el saber-hacer.

CAPITULO III

Características de la formación del Talento Humano en Salud

Artículo 13. *De la calidad en los programas de formación en el área de la salud.* El Ministerio de Educación Nacional, teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional del Talento Humano en Salud, definirá y mantendrá actualizados los criterios de calidad, para el registro calificado y acreditación de los programas de formación en el área de la salud.

Los programas académicos del área de la salud serán aprobados previo concepto de la evaluación sobre prácticas formativas definidas en la relación docencia-servicio que realice el Consejo Nacional del Talento Humano en Salud. El proceso de verificación del Modelo de evaluación de la relación docencia-servicio se efectuará en forma integrada con la verificación de las condiciones mínimas de calidad por parte del Ministerio de Educación Nacional.

Parágrafo 1°. Los programas de formación en el área de la salud deberán contener prácticas formativas que se desarrollen en los escenarios que cumplan las condiciones definidas para el efecto, a fin de garantizar la adquisición de conocimientos, destrezas y habilidades, actitudes y aptitudes requeridas por los estudiantes en cada disciplina.

En cualquier caso la Institución de Salud u otro escenario de práctica garantizará la supervisión por un docente responsable de la práctica formativa que realiza el estudiante, así como las normas de calidad exigidas por la normatividad vigente.

Se consideran escenarios de práctica del área de la salud:

1. Los diferentes espacios institucionales y comunitarios, que intervienen en la atención integral en salud de la población.
2. Otras entidades diferentes que no son del sector salud pero que la profesión u ocupación lo justifique como prácticas formativas para el personal de salud. En todo caso la institución formadora debe contar con una red habilitada de docencia-servicio que contenga los diferentes niveles de complejidad necesarios para la formación del Talento Humano en Salud.

Parágrafo 2°. El hospital Universitario es una Institución Prestadora de Servicios de salud que proporciona entrenamiento universitario y es reconocido por ser hospital de enseñanza y práctica supervisada por autoridades académicas competentes y que ofrece formación y atención médica en cada uno de los niveles de complejidad. El hospital está comprometido con las funciones esenciales de la Universidad, cuales son formación, investigación y extensión. El Hospital Universitario es un escenario de práctica con características especiales por cuanto debe cumplir como mínimo con los siguientes requisitos:

- a) Manifestar explícitamente dentro de su misión y objetivos, su vocación docente e investigativa;
- b) Estar debidamente habilitado y acreditado, de acuerdo con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y mantener esta condición durante la ejecución de los convenios de docencia-servicios;
- c) Disponer de una capacidad instalada, recurso humano especializado y una tecnología acorde con el desarrollo de las ciencias de la salud y los requerimientos de formación de personal de salud establecidos;
- d) Tener convenios o contratos de prácticas formativas con instituciones de educación superior legalmente reconocidas que cuenten con programas en salud acreditados;
- e) Garantizar la acción conjunta del personal y la utilización de su tecnología hospitalaria y educativa; para que desarrollen el componente de prácticas formativas de los programas de pre y posgrado de las diferentes

disciplinas del área de la salud proporcional al número de estudiantes recibido y dentro del marco del convenio docencia-servicio;

f) Contar con servicios que permitan desarrollar los programas docentes de pregrado y posgrado, mínimo con las especialidades médicas básicas y todas las que correspondan a las prioridades de salud pública del país;

g) Cumplir con todos los criterios de evaluación de las prácticas formativas establecidos por la autoridad competente;

h) Actuar como centro de referencia para redes de servicios departamentales o nacionales y distritales;

i) Obtener y mantener reconocimiento permanente nacional y/o internacional de las investigaciones que realice la entidad, como contribución a la resolución de los problemas de salud de la población de acuerdo a la reglamentación que para tal efecto se expida y contar con la vinculación de por lo menos un grupo de investigación reconocido por Colciencias;

j) Incluir procesos orientados a la formación investigativa de los estudiantes y contar con publicaciones y otros medios de información propios que permitan la participación y difusión de aportes de sus grupos de investigación;

k) Para el ofrecimiento de programas de especialidades médico-quirúrgicas, establecerá los requisitos de vinculación de docentes que garanticen la idoneidad y calidad científica, académica e investigativa;

l) Disponer de espacios para la docencia y la enseñanza adecuadamente equipados, que correspondan a sus objetivos de formación y al número de estudiantes.

El Hospital dispondrá de instalaciones para el bienestar de docentes y estudiantes, áreas adecuadas para el estudio, descanso y bienestar dentro de la Institución como en sus escenarios de práctica.

Artículo 14. *De la calidad para los escenarios de práctica.* Los criterios de calidad, desarrollados en el Modelo de evaluación de las prácticas formativas incluidos para estos efectos los hospitales universitarios, se integrarán a las normas, procesos y procedimientos establecidos por el Ministerio de Educación sobre los criterios de calidad para el registro calificado de los programas de formación en el área de la salud.

Artículo 15. *De la calidad de los egresados de educación superior del área de la salud.* El Consejo Nacional del Talento Humano en Salud, con el concurso de sus comités, analizará los resultados de la evaluación de los exámenes de la Calidad de la Educación Superior y propondrá al Ministerio de Educación Nacional las recomendaciones pertinentes y la priorización para la inspección, vigilancia y control de los programas de formación del área de la salud.

Artículo 16. *De la cantidad de programas de formación del área de la salud.* El Gobierno Nacional, con base en información suministrada por el Observatorio del Talento Humano en Salud y el Ministerio de Educación, definirá un proceso de información semestral para que los potenciales estudiantes del área de la salud conozcan el número y calidad de los programas que ofrecen las diferentes instituciones educativas, las prioridades de formación según las necesidades del país, la cantidad, calidad y número de egresados por disciplina, así como las perspectivas laborales de cada una de las profesiones del área de la salud.

CAPITULO IV

Del ejercicio de las profesiones y de las ocupaciones del Talento Humano en Salud

Artículo 17. *De las profesiones y ocupaciones.* Las profesiones del área de la salud están dirigidas a brindar atención integral en salud, la cual requiere la aplicación de las competencias adquiridas en los programas de educación superior en salud. A partir de la vigencia de la presente ley se consideran como profesiones del área de la salud, además de las ya clasificadas, aquellas que cumplan y demuestren, a través de su estructura curricular y laboral, competencias para brindar atención en salud en los procesos de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación.

Las ocupaciones corresponden a actividades funcionales de apoyo y complementación a la atención en salud con base en competencias laborales específicas relacionadas con los programas de educación no formal.

Artículo 18. *Requisitos para el ejercicio de las profesiones y ocupaciones del área de la salud.* Las profesiones y ocupaciones del área de la salud

se entienden reguladas a partir de la presente ley, por tanto, el ejercicio de las mismas requiere el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Acreditar una de las siguientes condiciones académicas:

a) Título otorgado por una institución de educación superior legalmente reconocida, para el personal en salud con formación en educación superior (técnico, tecnólogo, profesional, especialización, magister, doctorado), en los términos señalados en la Ley 30 de 1992, o la norma que la modifique, adicione o sustituya;

b) Certificado otorgado por una institución de educación no formal, legalmente reconocida, para el personal auxiliar en el área de la salud, en los términos establecidos en la Ley 115 de 1994 y sus reglamentarios;

c) Convalidación en el caso de títulos o certificados obtenidos en el extranjero de acuerdo a las normas vigentes. Cuando existan convenios o tratados internacionales sobre reciprocidad de estudios la convalidación se acogerá a lo estipulado en estos.

2. Estar certificado mediante la inscripción en el Registro Unico Nacional.

Parágrafo 1°. El personal de salud que actualmente se encuentre autorizado para ejercer una profesión u ocupación contará con un período de tres (3) años para certificarse mediante la inscripción en el Registro Unico Nacional.

Parágrafo 2°. Quienes a la vigencia de la presente ley se encuentren ejerciendo competencias propias de especialidades, subespecialidades y ocupaciones del área de la salud sin el título o certificado correspondiente, contarán por una sola vez con un período de tres años para acreditar la norma de competencia académica correspondiente expedida por una institución legalmente reconocida por el Estado.

Parágrafo 3°. Al personal extranjero de salud que ingrese al país en misiones científicas o de prestación de servicios con carácter humanitario, social o investigativo, se le otorgará permiso transitorio para ejercer, por el término de duración de la misión, la cual no debe superar los seis (6) meses.

En casos excepcionales y debidamente demostrados, el término señalado en el presente artículo podrá ser prorrogado de acuerdo con el programa a desarrollar y la reglamentación que para tal efecto se expida.

Este permiso será expedido directamente por el Ministerio de la Protección Social o a través de los colegios de profesionales que tengan funciones públicas delegadas de acuerdo a la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo 4°. En casos de estado de emergencia sanitaria legalmente declarada, el Ministerio de la Protección Social podrá autorizar, en forma transitoria, el ejercicio de las profesiones, especialidades y ocupaciones, teniendo en cuenta para este caso las necesidades del país y la suficiencia del talento humano que se requiere para garantizar un adecuado acceso a los servicios de salud.

Artículo 19. *Del ejercicio de las medicinas y las terapias alternativas y complementarias.* Los profesionales autorizados para ejercer una profesión del área de la salud podrán utilizar la medicina alternativa y los procedimientos de las terapias alternativas y complementarias en el ámbito de su disciplina, para lo cual deberán acreditar la respectiva certificación académica de esa norma de competencia, expedida por una institución de educación superior legalmente reconocida por el Estado.

Las ocupaciones del área de la salud de acuerdo con la respectiva certificación académica podrán ejercer las diferentes actividades funcionales de apoyo y complementación a la atención en salud que en materia de medicina y terapias alternativas y complementarias sean definidas.

Parágrafo. Se entiende por medicina y terapias alternativas aquellas técnicas, prácticas, procedimientos, enfoques o conocimientos que utilizan la estimulación del funcionamiento de las leyes naturales para la autorregulación del ser humano con el objeto de promover, prevenir, tratar y rehabilitar la salud de la población desde un pensamiento holístico.

Se consideran medicinas alternativas, entre otras, la medicina tradicional China, medicina Adyurveda, medicina Naturopática y la medicina Homeopática. Dentro de las terapias alternativas y complementarias se consideran entre otras la herbología, acupuntura moxibustión, terapias manuales y ejercicios terapéuticos.

Artículo 20. *Del ejercicio de las Culturas Médicas Tradicionales.* De conformidad con los artículos 7° y 8° de la Constitución Política, se garantizará el respeto a las culturas médicas tradicionales propias de los diversos grupos étnicos, las cuales solo podrán ser practicadas por quienes sean reconocidos en cada una de sus culturas de acuerdo a sus propios mecanismos de regulación social.

El personal al que hace referencia este artículo deberá certificarse mediante la inscripción en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud y se les otorgará la identificación única. Igualmente el Gobierno Nacional establecerá mecanismos de vigilancia y control al ejercicio de prácticas basadas en las culturas médicas tradicionales.

Artículo 21. *De la prohibición de exigir otros requisitos para el ejercicio de las profesiones y de las ocupaciones del área de la salud.* La presente ley regula general e integralmente el ejercicio de las profesiones y ocupaciones y tiene prevalencia, en el campo específico de su regulación, sobre las demás leyes.

Para el ejercicio de las profesiones y de las ocupaciones del área de la salud, no se requieren registros, inscripciones, licencias, autorizaciones, tarjetas, o cualquier otro requisito diferente a los exigidos en la presente ley.

Artículo 22. *Del ejercicio ilegal de las profesiones y ocupaciones del área de la salud.* Ninguna persona podrá realizar actividades de atención en salud o ejercer competencias para las cuales no está autorizada sin los requisitos establecidos en la presente ley.

Artículo 23. *Del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud.* Créase el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud consistente en la inscripción que se haga al Sistema de Información previamente definido, del personal de salud que cumpla con los requisitos establecidos para ejercer como lo señala la presente ley, proceso con el cual se entiende que dicho personal se encuentra certificado para el ejercicio de la profesión u ocupación, por el período que la reglamentación así lo determine. En este registro se deberá señalar además la información sobre las sanciones del personal en salud que reporten los Tribunales de Ética y Bioética según el caso; autoridades competentes o los particulares a quienes se les deleguen las funciones públicas.

Artículo 24. *De la identificación única del Talento Humano en Salud.* Al personal de la salud debidamente certificado se le expedirá una tarjeta como Identificación Única Nacional del Talento Humano en Salud, la cual tendrá una vigencia definida previamente para cada profesión y ocupación y será actualizada con base en el cumplimiento del proceso de recertificación estipulado en la presente ley. El valor de la expedición de la Tarjeta Profesional será el equivalente a cinco (5) salarios diarios mínimos legales vigentes a la fecha de la mencionada solicitud.

Artículo 25. *Recertificación del Talento Humano en Salud.* Para garantizar la idoneidad permanente de los egresados de los programas de educación en salud, habrá un proceso de recertificación como mecanismo para garantizar el cumplimiento de los criterios de calidad del personal en la prestación de los servicios de salud.

El proceso de recertificación por cada profesión y ocupación es individual y obligatorio en el territorio nacional y se otorgará por el mismo período de la certificación.

Parágrafo 1°. El proceso de recertificación de los profesionales será realizado por los colegios profesionales con funciones públicas delegadas de conformidad con la reglamentación que para los efectos expida el Ministerio de la Protección Social quien ejercerá la segunda instancia en estos procesos. En caso de que una profesión no tenga colegios con funciones públicas delegadas, estas serán efectuadas por el Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo 2°. Una vez establecido el proceso de recertificación las Instituciones que presten servicios de salud deberán adoptar las medidas necesarias para que el personal de salud que labore en la entidad cumpla con este requisito.

CAPITULO V

Del desempeño del Talento Humano en Salud

Artículo 26. *Acto propio de los profesionales de la salud.* Entendido como el conjunto de acciones orientadas a la atención integral del usuario, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas dentro

del perfil que le otorga el respectivo título, el acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medios, basada en la competencia profesional.

Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad permanente de la autorregulación, entendida como el conjunto concertado de acciones necesarias para tomar a su cargo la tarea de regular la conducta y actividades profesionales derivadas de su ejercicio, la cual debe desarrollarse teniendo en cuenta los siguientes criterios:

a) La actitud profesional responsable que permita la adopción de una conducta ética para mayor beneficio de los usuarios;

b) La competencia profesional que asigne calidad en la atención prestada a los usuarios;

c) El criterio de racionalización del gasto en salud dado que los recursos son bienes limitados y de beneficio social;

d) El mantenimiento de la pertinencia clínica y uso racional de la tecnología con base en el autocontrol y la generación de prácticas y guías y/o protocolos de atención en salud comúnmente aceptadas;

e) La actuación de las sociedades científicas, universidades, asociaciones de facultades, en la expedición de guías y normas de atención integral.

Artículo 27. *Desempeño de la misión médica.* El Ministerio de la Protección Social, las Entidades Territoriales y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud propenderán porque el personal de salud conozca y actúe en consistencia con las normas del Derecho Internacional Humanitario a la cuales se ha suscrito el país, en particular en lo que respecta a la protección y asistencia de los heridos, enfermos y náufragos, protección del personal sanitario, protección general de la misión médica y protección de las unidades y medios de transporte sanitario.

Parágrafo. No se sancionará al personal de salud por haber ejercido una actividad de salud conforme con la deontología, cualesquiera que hubieren sido las circunstancias o los beneficiarios de dicha actividad y la persona que ejerza una actividad de salud no podrá ser sancionada de modo alguno por el hecho de no proporcionar o de negarse a proporcionar información protegida por el secreto profesional sobre los heridos y los enfermos a quienes asista o haya asistido. Se tendrá en cuenta para estos efectos los convenios internacionales.

Artículo 28. *Políticas para el desempeño.* El Consejo Nacional del Talento Humano en Salud recomendará al Gobierno Nacional las políticas y estrategias relacionadas con el desempeño del Talento Humano que labora en salud en el sector público.

Artículo 29. *De las tarifas para la prestación de servicios.* El Consejo Nacional del Talento Humano en Salud dará concepto técnico al Ministerio de la Protección Social sobre la definición del manual de tarifas mínimas expresada en salarios mínimos diarios legales, para la prestación de servicios en armonía con el artículo 42 de la Ley 812 de 2003, debiendo garantizar, entre otros, el equilibrio del mercado de servicios, de la unidad de pago por capitación y el respeto a la autonomía profesional. Deberá, además, dicho manual contar con concepto previo y favorable del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y ser expedido dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley.

La Superintendencia de Salud o la entidad que haga sus veces, deberá imponer sanciones al incumplimiento de la aplicación del manual tarifario definido por el Gobierno Nacional.

Artículo 30. *Del Programa de estímulos e incentivos.* El Gobierno Nacional definirá dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente ley un Programa de Estímulos e Incentivos dirigido al personal de la salud con el objeto de contribuir a:

a) Mejorar la presencia y actuación del Talento Humano en Salud necesarios por disciplina en aquellas áreas geográfico-poblacionales en las cuales las reglas del mercado no operan;

b) Fomentar los programas de formación especializada del Talento Humano en Salud, en disciplinas y áreas prioritarias;

c) Establecer programas de estímulos a la investigación y formación del Talento Humano en áreas prioritarias;

d) Generar programas de apoyo a la calidad en la formación de personal y la prestación de servicios.

Artículo 31. *Becas crédito.* De este Programa de estímulos e incentivos harán parte las becas créditos definidas en el párrafo 1° del artículo 193 de la Ley 100 de 1993, las cuales serán otorgadas teniendo en cuenta las necesidades prioritarias de formación del Talento Humano en las áreas clínicas y/o quirúrgicas y de investigación, con dedicación exclusiva en las distintas especialidades reconocidas en salud, focalizando de acuerdo con la capacidad de financiamiento de los beneficiarios, las necesidades regionales y los recursos disponibles, conforme a las condiciones que establezca su reglamentación.

Parágrafo 1°. Los profesionales de la salud que hayan prestado el servicio social en lugares de difícil acceso, los egresados de programas educativos acreditados o el personal que laboró en las Instituciones prestadoras de servicios de salud acreditadas, tendrán prioridad para acceder a las becas crédito ofrecidas por el Gobierno Nacional.

Parágrafo 2°. El Gobierno Nacional diseñará la metodología para la condonación de la deuda adquirida en la beca-crédito.

Artículo 32. *Incentivos para promover la calidad.* El Consejo Nacional del Talento Humano en Salud propondrá modalidades de incentivos que promuevan la calidad de los servicios, así como el desempeño del personal en el ambiente laboral.

Artículo 33. *Del Servicio Social.* Créase el Servicio Social Obligatorio para los egresados de los programas de educación superior del área de la salud, el cual debe ser prestado en poblaciones deprimidas urbanas o rurales o de difícil acceso a los servicios de salud, en entidades relacionadas con la prestación de servicios, la dirección, la administración y la investigación en las áreas de la salud. El Estado velará y promoverá que las instituciones prestadoras de servicios (IPS), Instituciones de Protección Social, Direcciones Territoriales de Salud, ofrezcan un número de plazas suficientes, acorde con las necesidades de la población en su respectiva jurisdicción y con el número de egresados de los programas de educación superior de áreas de la salud. El servicio social debe prestarse, por un término no inferior a seis (6) meses, ni superior a un (1) año.

El cumplimiento del Servicio Social se hará extensivo para los nacionales y extranjeros graduados en el exterior, sin perjuicio de lo establecido en los convenios y tratados internacionales.

Parágrafo 1°. El diseño, dirección, coordinación, organización y evaluación del Servicio Social creado mediante la presente ley, corresponde al Ministerio de la Protección Social. Igualmente, definirá el tipo de metodología que le permita identificar las zonas de difícil acceso y las poblaciones deprimidas, las entidades para la prestación del servicio social, las profesiones objeto del mismo y los eventos de exoneración y convalidación.

Parágrafo 2°. El Servicio Social creado mediante la presente ley, se prestará por única vez en una profesión de la salud, con posterioridad a la obtención del título como requisito obligatorio y previo para la inscripción en el Registro Unico Nacional.

Parágrafo 3°. La vinculación de los profesionales que presten el servicio debe garantizar la remuneración de acuerdo al nivel académico de los profesionales y a los estándares fijados en cada institución o por la entidad territorial y la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y a Riesgos Profesionales. En ningún caso podrán ser vinculados a través de terceras personas jurídicas o naturales.

Parágrafo 4°. El personal de salud que preste el Servicio Social en lugares de difícil acceso, tendrá prioridad en los cupos educativos de programas de especialización brindados por las universidades públicas, siempre y cuando cumplan con los demás requisitos académicos exigidos; igualmente gozarán de descuentos en las matrículas de conformidad con los porcentajes establecidos por las entidades educativas. El Gobierno Nacional reglamentará los incentivos para las entidades públicas o privadas de los lugares de difícil acceso que creen cupos para la prestación del servicio social.

Parágrafo 5°. El Servicio Social creado en la presente ley sustituye, para todos los efectos del personal de la salud, al Servicio Social Obligatorio creado mediante la Ley 50 de 1981. No obstante, mientras se reglamenta la presente ley, continuarán vigentes las normas que rigen el Servicio Social Obligatorio para los profesionales de la salud.

CAPITULO VI

De la prestación ética y bioética de los servicios

Artículo 34. *Del contexto ético de la prestación de los servicios.* Los principios, valores, derechos y deberes que fundamentan las profesiones y ocupaciones en salud, se enmarcan en el contexto del cuidado respetuoso de la vida y la dignidad de cada ser humano, y en la promoción de su desarrollo existencial, procurando su integridad física, genética, funcional, psicológica, social, cultural y espiritual sin distinciones de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política, y de un medio ambiente sano.

La conducta de quien ejerce la profesión u ocupación en salud, debe estar dentro de los límites del Código de Ética de su profesión u oficio y de las normas generales que rigen para todos los ciudadanos, establecidas en la Constitución y la ley.

Artículo 35. *De los principios Éticos y Bioéticos.* Además de los principios rectores consagrados en la Constitución Política, son requisitos de quien ejerce una profesión u ocupación en salud, la veracidad, la igualdad, la autonomía, la beneficencia, el mal menor, la no maleficencia, la totalidad y la causa de doble efecto:

De veracidad: El personal de salud debe ser coherente con lo que se es, piensa, dice y hace con todas las personas que se relaciona en el ejercicio de su profesión u ocupación.

De igualdad: Se debe reconocer el mismo derecho a todos, por ser igualmente humanos, a la buena calidad de atención en salud, y a la diferencia de atención conforme a las necesidades de cada uno.

De autonomía: El personal de salud debe ejercer su capacidad para deliberar, decidir y actuar. Las decisiones personales, siempre que no afecten desfavorablemente a sí mismo y a los demás, deberán ser respetadas. El afectado en lo referente a este principio o, de no poderlo hacer, su representante legal, es quien debe autónomamente decidir sobre la conveniencia o no, y oportunidad de actos que atañen principalmente a los intereses y derechos del afectado.

De beneficencia: Se debe hacer lo que conviene a cada ser humano respetando sus características particulares, teniendo más cuidado con el más débil o necesitado y procurando que el beneficio sea más abundante y menos demandante de esfuerzos en términos de riesgos y costos. La cronicidad, gravedad o incurabilidad de la enfermedad no constituye motivo para privar de la asistencia proporcionada a ningún ser humano; se debe abogar por que se respeten de modo especial los derechos de quienes pertenecen a grupos vulnerables y estén limitados en el ejercicio de su autonomía.

Del mal menor: Se deberá elegir el menor mal evitando transgredir el derecho a la integridad, cuando hay que obrar sin dilación y las posibles decisiones puedan generar consecuencias menos graves que las que se deriven de no actuar.

De no maleficencia: Se debe realizar los actos que, aunque no benefician, puedan evitar daño. La omisión de actos se sancionará cuando desencadena o pone en peligro de una situación lesiva.

De totalidad: Se deben eliminar las partes de un individuo humano siempre que sea necesario para su conservación, teniendo en cuenta los siguientes requisitos:

- a) Que el órgano o parte, por su alteración o funcionamiento, constituya una seria amenaza o cause daño a todo el organismo;
- b) Que este daño no pueda ser evitado o al menos disminuido notablemente, sino con la mutilación en cuestión;
- c) Que el porcentaje de eficacia de la mutilación, según el avance científico y recursos del momento, haga deducir que es razonable la acción;
- d) Que se prevea, por la experiencia y los recursos con que se cuenta, que el efecto negativo, es decir, la mutilación en cuestión y sus consecuencias, será compensado con el efecto positivo.

De causa de doble efecto: Es éticamente aceptable realizar una acción en sí misma buena o indiferente que tenga un efecto bueno y uno malo, si:

- a) La acción en sí misma, es decir, sin tener en cuenta las circunstancias, es buena o indiferente;
- b) La intención es lograr el efecto bueno;

c) El efecto bueno se da al menos con igual inmediatez que el malo, no mediante el efecto malo;

d) Debe haber una razón urgente para actuar y el bien que se busca debe superar el mal que se permite. No es ético conseguir un bien menor a costa de un mal mayor;

e) Si el efecto bueno pudiera obtenerse por otro medio, no es ético hacerlo por un medio que implique un efecto malo.

Artículo 36. *De los valores.* El ejercicio de la profesión u ocupación se realizará teniendo en cuenta los siguientes valores: humanidad, dignidad, responsabilidad, prudencia y secreto, aplicándolos a sí mismo, a las otras personas, la comunidad, la profesión u ocupación, y las instituciones.

Humanidad: El valor de la humanidad es superior a cualquier otro y debe reconocerse su prioridad respecto a los demás valores. Cada ser humano debe ser tratado por el personal que ejerce una profesión u ocupación en salud de acuerdo con una jerarquía razonablemente sustentada de sus necesidades biológicas, psicológicas, sociales y espirituales.

Dignidad: Debe reconocerse la dignidad de cada ser de la especie humana, entendida como mayor excelencia entre los seres vivos, por la que no puede ser maltratado por sí mismo ni por otro, ni ser instrumentalizado o discriminado, sino ser promovido dentro de sus características.

Responsabilidad: Se debe analizar, dar razón y asumir las consecuencias de las propias acciones u omisiones en lo referente al ejercicio de la profesión u ocupación.

Prudencia: Se debe aplicar la sensatez a la conducta práctica no sólo en cuanto a ponerse fines, sino en cuanto a una valoración acertada de los medios y de los mismos fines, ponderando previamente qué fin se desea alcanzar, con qué actos, cuáles son sus consecuencias positivas y negativas para sí mismo y para los demás, y cuáles los medios y el momento más adecuado para alcanzarlos.

El secreto: Se debe mantener la confidencialidad, confiabilidad y credibilidad en el cumplimiento de los compromisos.

Artículo 37. *De los derechos del Talento Humano en Salud.* El ejercicio de la profesión u ocupación se realizará teniendo en cuenta el derecho a la objeción de conciencia, a la protección laboral, al buen nombre, al compromiso ético y al ejercicio competente.

Del derecho a la objeción de conciencia: El personal de salud puede presentar objeción de conciencia ante todo lo que la pueda violentar.

De la protección laboral: Debe garantizarse en lo posible, al personal que ejerce una profesión u ocupación en salud la integridad física y mental, y el descanso que compense los posibles riesgos que se asuman en el trabajo y permita atender dignamente a quien recibe sus servicios. No será causal de inhabilidad para el ejercicio laboral en administración pública la sanción que haya sido declarada extinta por cualquiera de las causales señaladas en la ley.

Del derecho al buen nombre: No se mencionarán las limitaciones, deficiencias o fracasos, del equipo de trabajo para menoscabar sus derechos y estimular el ascenso o progreso laboral, excepto cuando sea necesario y justo, por el bien de terceros. También se evitará todo tipo de conductas lesivas, tales como ultrajes físicos o psicológicos, injurias, calumnias, falsos testimonios o críticas nocivas.

Del compromiso ético: El Talento Humano en Salud rehusará la prestación de sus servicios para actos que sean contrarios a la ética profesional cuando existan condiciones que interfieran su libre y correcto ejercicio.

Del ejercicio competente: El Talento Humano en Salud debe ser ubicado de acuerdo a sus competencias correspondientes a sus títulos o certificados expedidos por la entidad educativa. No se comprometerán a realizar labores que excedan su capacidad.

Artículo 38. *De los deberes del Talento Humano en Salud.* El ejercicio de la profesión u ocupación se realizará teniendo en cuenta el deber de la protección de los lazos afectivos del paciente, la promoción de una cultura ética, la reserva con los fármacos, productos y técnicas desconocidas, la formación de los aprendices y la responsabilidad de aplicar la ética y la bioética en salud.

De la protección de los lazos afectivos del paciente: Se protegerá el derecho de cada ser humano a la privacidad, la comunicación y a mantener los lazos afectivos con su familia y amigos, dentro de sus circunstancias de salud.

De la promoción de una cultura ética: Debe promoverse la participación en la creación de espacios para la reflexión ética sobre las situaciones cotidianas de la práctica y los problemas que inciden en las relaciones, en

el trabajo de educación, organizaciones empresariales y gremiales relacionadas con la salud.

De la reserva con los fármacos, productos y técnicas desconocidos: Se debe denunciar y abstenerse de participar en propaganda, promoción, venta y utilización de productos, cuando se conocen los daños que producen o se tienen dudas sobre los efectos que puedan causar a los seres humanos y al ambiente.

De la formación de los aprendices: En el desarrollo de la actividad académica respectiva, el personal de salud contribuirá a la formación integral del estudiante estimulando en él un pensamiento crítico, la creatividad, el interés por la investigación científica y la educación permanente.

De la responsabilidad de aplicar la ética y la bioética en salud: El personal de salud debe difundir y poner en práctica los principios, valores, derechos y deberes mencionados en esta ley; compete de modo especial a quienes conforman los tribunales de ética de cada profesión, los comités bioéticos: clínicos asistenciales y de investigación, los profesores de ética y bioética de las carreras y ocupaciones en salud, los comités ad hoc y demás grupos, asesores y decisivos de la ética y bioética en salud velar por la aplicación y difusión de estas disciplinas.

CAPITULO VII

Disposiciones finales

Artículo 39. *La vigencia.* La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

La Presidenta del honorable Senado de la República,

Nancy Patricia Gutiérrez Castañeda.

El Secretario General del honorable Senado de la República,

Emilio Ramón Otero Dajud.

El Presidente de la honorable Cámara de Representantes,

Oscar Arboleda Palacio

El Secretario General de la honorable Cámara de Representantes,

Angelino Lizcano Rivera.

REPUBLICA DE COLOMBIA - GOBIERNO NACIONAL

Publíquese y ejecútense.

Dada en Bogotá, D. C., a 3 de octubre de 2007.

ÁLVARO URIBE VÉLEZ

El Ministro de Hacienda y Crédito Público,

Oscar Iván Zuluaga Escobar.

El Ministro de la Protección Social,

Diego Palacio Betancourt.

CONTENIDO

Gaceta número 514 - Miércoles 10 de octubre de 2007

SENADO DE LA REPUBLICA

PONENCIAS

Informe de ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 035 de 2007 Senado, por medio de la cual se prohíbe el uso del asbesto, en todas sus formas, en la fabricación de todo tipo de elementos en el territorio nacional	1
Ponencia para segundo debate, Modificaciones propuestas por el honorable Representante Germán Navas Talero y Texto propuesto al Proyecto de ley número 066 de 2006 Senado, por la cual se adiciona la Ley 361 de 1997.	3

TEXTOS APROBADOS

Texto aprobado en sesión plenaria del Senado de la República del día 25 de septiembre de 2007 al Proyecto de ley número 096 de 2006 Senado, por medio de la cual se modifica parcialmente la Ley 683 de 2001.	5
Texto aprobado en sesión plenaria del Senado de la República del día 11 de septiembre de 2007 al Proyecto de ley número 120 de 2006 Senado, por medio de la cual la Nación se asocia a la celebración de los 470 años de la Villa Hispánica del municipio de Tibaná, departamento de Boyacá.	5
Texto aprobado en sesión plenaria del Senado de la República del día 2 de octubre de 2007 al Proyecto de ley número 88 de 2007 Senado, por medio de la cual se modifica el parágrafo 3º del artículo 21 del Decreto 1791 de 2000.	6

LEYES SANCIONADAS

Ley 1164 de 2007, por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud.	6
--	---