



# GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5a. de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA  
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XVII - Nº 710

Bogotá, D. C., viernes 10 de octubre de 2008

EDICION DE 32 PAGINAS

DIRECTORES:

EMILIO RAMON OTERO DAJUD  
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO  
www.secretariassenado.gov.co

JESÚS ALFONSO RODRIGUEZ CAMARGO  
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA  
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 312 DE 2008 SENADO-090 DE 2007 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NUMERO 142 DE 2007 CÁMARA

*por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.*

Bogotá, D. C., 17 de septiembre de 2008

Doctor

RICARDO ARIAS MORA

Presidente Comisión Séptima

Senado de la República

Ciudad

**Referencia:** Informe de ponencia para primer debate al **Proyecto de ley número 312 de 2008 Senado-090 de 2007 Cámara, Acumulado con el Proyecto de ley número 142 de 2007 Cámara, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.**

Señor Presidente:

En cumplimiento de la designación que me fue encomendada, presento el informe para primer debate en el Senado de la República al Proyecto de ley número 312 de 2008 Senado-090 de 2007 Cámara Acumulado con el Proyecto de ley número 142 de 2007 Cámara, *por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia*, y para efectos de lo cual me permito hacer las siguientes consideraciones:

#### 1. OBJETO Y CONTENIDO DE LA INICIATIVA LEGISLATIVA

##### Objeto del proyecto

El objeto de este proyecto de ley plantea la definición de acciones tendientes al control integral del cáncer para la población colombiana y en la búsqueda por controlar la mortalidad y la morbilidad por esa enfermedad y claramente mejorar la condición y calidad de vida de quienes la padecen, mediante intervenciones estatales y desarrolladas por quienes participan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. El ámbito de intervención va desde la prevención, diagnóstico temprano, tratamiento integral, rehabilitación y finalmente el cuidado paliativo, teniendo como premisa básica, los principios de continuidad, longitudinalidad, integralidad, oportunidad, accesibilidad y coordinación con criterio de red de servicios.

#### 2. MARCO JURIDICO DEL PROYECTO

El proyecto de ley a que se refiere esta ponencia cumple con lo establecido en el artículo 140 numeral 1 de la Ley 5ª de 1992, ya que se trata de una iniciativa Congressional presentada individualmente por la Representante a la Cámara Sandra Ceballos Arévalo, quien tiene la competencia para tal efecto.

Cumple además con los artículos 154, 157, 158 de la Constitución Política referentes a su origen, formalidades de publicidad y unidad de materia. Así mismo con el artículo 150 de la Carta que manifiesta que dentro de las funciones del congreso está la de hacer las leyes.

#### 3. ANTECEDENTES

El proyecto de ley tiene origen en la Cámara de Representantes, presentado a consideración del Congreso por la honorable Representante a la Cámara Sandra Ceballos, radicado con el número 090 de 2007. La Cámara de Representantes fundamentada en el artículo 163 de la Ley 5ª de 1992, decidió la acumulación de los Proyectos de ley números 090 de 2007 y 142 de 2007; con base en ello, la Mesa Directiva de la honorable Cámara de Representantes, expidió la Resolución número 05 de 2008, autorizando dicha acumulación.

En el Senado de la República le asignaron el número 312 de 2008 y por el asunto de la competencia le correspondió a la Comisión Séptima de Senado conocer del proyecto, donde me designaron como ponente del proyecto de ley para primer debate en el Senado de la República.

#### 4. MARCO CONSTITUCIONAL DEL PROYECTO

El artículo 48 de la Carta Magna establece la Seguridad Social como un derecho, y como un servicio público obligatorio, cuya organización debe hacerse conforme a los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia, de tal manera que el Estado, con la participación de los particulares lo mejore progresivamente. El artículo 49 de la Carta, determina que se debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Uno de los pilares para lograr lo anterior es la detección temprana, que pretende mejorar los indicadores de resultados para las acciones de promoción y prevención, fundamento en el artículo 2º de la Ley 1122/07.

De igual manera la Corte Constitucional a través de la Sentencia C-760 de 2008, se pronunció determinando que el Derecho a la Salud es fundamental que comprende, entre otros, “*el derecho a acceder a servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad*”, e impartió órdenes encaminadas a asegurar que se proteja de manera efectiva el derecho a la salud dentro del sistema vigente, refiriéndose esta orden

a temas específicos entre los cuales se destaca adoptar las medidas para evitar que se rechace o se demore la prestación de los servicios médicos que sí se encuentran incluidos en el POS, y ordena al Ministerio de la Protección Social, al CNSSS o en su momento a la CRES, adoptar medidas necesarias para superar fallas en la regulación de los planes de beneficios, asegurando que los contenidos sean precisados, actualizados integralmente, unificados entre los regímenes y finalmente suministrados oportuna y efectivamente por quienes tienen esa obligación.

En este mismo sentido con la Ley 1122 de 2007, se pretenden eliminar progresivamente las barreras al acceso a los servicios de salud a partir de la universalidad del aseguramiento con la que se obtendrá una mejor dispersión del riesgo en salud y financiero, se reduciría el problema de selección adversa; y se determina que los aseguradores son los responsables últimos de la salud de la población con base en las metas de resultados en salud que se han definido.

### 5. JUSTIFICACION DEL PROYECTO

En los últimos años, el sector de la salud (gobierno, aseguradores y prestadores, miembros del Congreso, gremios y medios de comunicación), vienen discutiendo sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud, alrededor de sus logros, sus pérdidas y los ajustes necesarios para hacerlo cada vez más robusto.

Ahora debemos específicamente referirnos a una enfermedad que cada vez cobra más vidas, que se incrementa en número de casos, que nos moviliza a buscar mejorar las condiciones de acceso, integralidad (intervenciones completas desde la promoción y prevención hasta la rehabilitación para los problemas en salud) y calidad en los servicios con criterios de homogeneidad y a definirle mecanismos de evaluación cuantitativa y cualitativa como los principios orientadores que se presentan en este proyecto de ley.

El cáncer progresivamente tiene una incidencia y prevalencia mayor en el país, se observa por parte de los especialistas que dadas las alternativas terapéuticas se convierte en una enfermedad crónica que debe ser intervenida para evitar que se incremente en mayor proporción, incluso pudiéndose convertir en un problema de salud pública para el país.

Este proyecto de ley busca aportar al reordenamiento del sistema, facilitando el acceso a los servicios de manera oportuna con criterios de calidad a partir de resultados evaluables cuantitativa y cualitativa y seguir creciendo en el financiamiento para ampliar coberturas y beneficios del plan de salud, de igual manera se pretende coadyuvar a disminuir los indicadores de morbimortalidad por la enfermedad, contribuir a mejorar la calidad de vida de quienes la padecen y por sobretodo mejorar la focalización de los recursos que en la intervención se destinan para evitar el incremento en la carga de la enfermedad.

Esta finalidad se establece en atención a la dispersión de las actividades dentro de los actores, en los niveles territoriales y a la atomización de las responsabilidades, que han mostrado que el impacto de las acciones en salud se diluyen, ejemplos que vienen a colación son las tasas de mortalidad por cáncer que siguen en aumento, generando directa e indirectamente incrementos en los costos de atención al identificar a los pacientes en fases avanzadas de su enfermedad (tasa de mortalidad por tumores malignos  $63.6 * 100.000$ , fuente: Datos OPS 2.005, que se han incrementado frente a los  $61.3 * 100.000$  del 2.001 de la misma fuente) y para Colombia incluso superiores a los  $115 * 100.000$  en 2002 según la misma fuente.

La propuesta que se presenta, busca que en un país como Colombia, en el cual se invierte una proporción considerable del PIB en el sector salud, se logre revertir esta tendencia a partir de un modelo promociional desde la promoción y detección temprana para esta enfermedad.

Las cifras son poco confiables, el cumplimiento de las acciones de promoción de la salud es insatisfactorio en casi todos los municipios del país según cifras de la OPS, quien reporta que cerca de la mitad de los municipios no reportaron información sobre las actividades ejecutadas, o fue inconsistente o incompleta. Esto argumenta la necesidad de repensar y definir un nuevo sistema de información para el manejo de la misma homogéneamente

La reforma de la seguridad social tal como se viene desarrollando, deja de lado aspectos esenciales de la salud pública, con repercusiones negativas para la salud de los colombianos y la eficiencia del sistema de salud. Los mayores esfuerzos se están concentrando en la atención curativa de la enfermedad en la última etapa de su desarrollo, que es cuando se manifiesta con signos y síntomas, y mayores costos e impacto para el país al no disponer de protocolos completos (integrales) de atención de sus enfermedades de base o para su prevención y diagnóstico en etapas tempranas, lo que justifica la necesidad de estandarizar con un modelo de intervención y guías y protocolos ya evaluados internacionalmente como los de NCCN (Nacional Comprehensive Cancer Network), entre otras desarrollada y aplicada por el MD Anderson, hospital de mayor reconocimiento en investigación y manejo del cáncer en el mundo. La National Comprehensive Cancer Network (red completa de atención contra el cáncer, o NCCN por sus siglas en inglés) trabaja con el fin de proporcionar información actual sobre las opciones de tratamiento a los pacientes y público en general. Sus guías son actualizadas constantemente (semestralmente), y son elaboradas y revisadas de manera integral por médicos expertos y por equipos multidisciplinares de las instituciones miembros de la NCCN (más de 21 entidades en solo los EE.UU.). Las Guías NCCN contienen directrices para la detección del cáncer, su prevención y la minimización del riesgo; la preparación y diagnósticos; el tratamiento y cuidado de apoyo. Cobran relevancia, precisamente por el interés de homogenizar el manejo desde la etapa de la promoción y prevención y finalmente hasta la rehabilitación.

### Epidemiología de la enfermedad y cifras mundiales y en Colombia

Se trae al proyecto datos relevantes de la OMS, que propone un enfoque integrado de la prevención, el tratamiento y la atención para las principales enfermedades crónicas. Ese enfoque integrado, que, además de ser el más idóneo para la prevención y el tratamiento, resulta costo eficaz, se describe en rasgos generales en un informe publicado recientemente con el título “Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital”.

Con base en todo lo anunciado por la OMS, se hace necesario reconocer al cáncer como un problema mayor y complejo de salud pública con base en la evidencia epidemiológica disponible (morbimortalidad observada en el país) y las cifras relacionadas con los costos de atención y el número de casos nuevos cada año.

Frente a esto último, a nivel mundial se esperan anualmente 10.8 millones de casos nuevos y una mortalidad cercana al 30% de ellos, es decir, unos 3 millones de muertes por causa del cáncer en cualquiera de sus tipos.

Para Colombia, actualmente no es muy diferente la cifra y lo observado es cercano a 78.000 nuevos casos de personas con diagnóstico de cáncer y una mortalidad anual cercana a 24.000 casos.

Recordemos entonces estas cifras estadísticas del año 2001, en donde hubo 4.389 casos nuevos (incidencia) de cáncer en Colombia, con un crecimiento comparativo del 8.2% en relación con el año inmediatamente anterior (2000) y cuya localización anatómica fue en su orden para los 5 primeros así: Estómago, cérvix, próstata, mama, pulmón, colon y sistema hematopoyético. Esta información debe enfocarse hacia la valoración de la magnitud de la enfermedad, la realización de un análisis de resultados de diferentes tratamientos utilizados, la apropiación de recursos para la investigación clínica y la estructuración de programas de promoción y prevención para el país.

Según la OMS, el cáncer es una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial: las cifras plantean que en 2005 murieron de cáncer 7,6 millones de personas, y en los próximos 10 años otros 84 millones en el caso de no adoptar medidas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso como objetivo mundial de reducir las tasas de mortalidad por enfermedades crónicas en un 2% anual entre 2006 y 2015. El logro de ese objetivo evitaría más de 8 millones de los 84 millones de muertes previstas por cáncer a lo largo de la próxima década.

Más del 70% de todas las defunciones por cáncer se producen en los países de ingresos bajos y medios, cuyos recursos para la prevención,

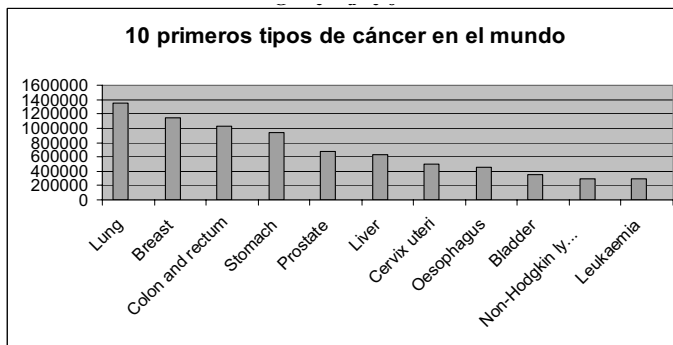
diagnóstico y tratamiento de la enfermedad son limitados o inexistentes.

En una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada en mayo de 2005, se pidió a la OMS y a sus Estados Miembros que tomaran medidas urgentes para prevenir y controlar el cáncer. “Antes que nada debemos abordar las enormes desigualdades existentes entre los países desarrollados y los países en desarrollo en lo referente a la prevención, el tratamiento y la atención del cáncer”, señaló Catherine Le Galés-Camus, Subdirectora General para Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental.

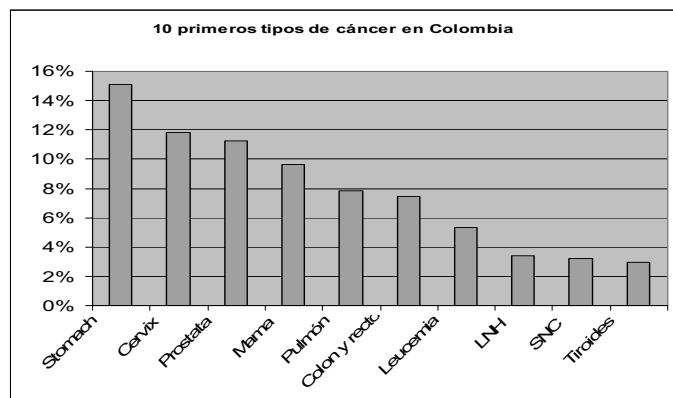
Se estima que más del 40% de todos los cánceres se pueden prevenir. Sin embargo, el pronunciado aumento de algunos factores de riesgo, como el consumo de tabaco y la obesidad, está contribuyendo a aumentar la incidencia de la enfermedad, sobre todo en los países de ingresos bajos y medios. A fin de mejorar la detección precoz, el tratamiento y la atención de los enfermos de cáncer, el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC) de la OMS proporciona evidencia científica sobre las causas y los mecanismos de desarrollo de la enfermedad, y elabora estrategias para detectarlo precozmente.

A continuación, mostramos, en la Gráfica número 1, los datos de los 10 primeros tipos de cáncer en el mundo y la Gráfica número 2, en Colombia

**Gráfica número 1**



**Gráfica número 2**



Adicionalmente a lo anterior, los reportes indicaron que en el año 2000 los tumores malignos representaron el 12% de alrededor de 56 millones de muertes que se produjeron en el mundo. Para ese mismo año, cerca de 5,3 millones de hombres y 4,7 millones de mujeres desarrollaron la enfermedad, y las proyecciones de la International Agency for Research on Cancer (IARC) muestran que para el año 2020, probablemente, se habrá producido un incremento de un 50% en el número de casos nuevos, los que llegarán a 15 millones.

Las cifras de la IARC plantean que en el mundo murieron más de 7 millones de personas, es decir, más de 19.000 diarias, es decir, aproximadamente 800 personas cada hora.

En niños, el cáncer afecta al menos a 160.000 niños en el mundo cada año y se ha convertido ya en la segunda causa más importante de mortalidad infantil, según un informe publicado por la Unión Internacional contra el Cáncer (UICC), una liga que agrupa asociaciones oncológicas de 80 países diferentes. En los países en desarrollo, alrededor del 60% de niños afectados por esa dolencia fallece, frente a un 25% en los países ricos. A ese respecto se señala que el diagnóstico precoz es la mejor manera de salvar miles de vidas ya que varios tipos de cáncer pueden ser tratados si se descubren en su etapa inicial. El informe, publicado con motivo del Día Internacional de Lucha contra el Cáncer, que se celebra en todo el mundo el 4 de febrero, y está consagrado este año a las víctimas infantiles de la enfermedad y recalca la importancia de las campañas para el diagnóstico precoz.

Con las cifras anteriores, de manera comparativa observamos que en el país existen cerca de 12.000 pacientes con ERC en etapa Terminal, si bien se esperaría que epidemiológicamente hubiera un 0.7% de la población pudiera estar contagiado con VIH pero diagnosticados la población es cercana al 10%, la cifra de 78.000 casos nuevos de cáncer la ubican en el top de las enfermedades de alto costo y amerita una mirada especial, específica, independiente dado el nivel de progresión anual en término de número de casos y el costo que implica para el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

#### Otros datos

Con el advenimiento de la Ley 100, las actividades relacionadas con el control del tabaquismo pasan a ser responsabilidad del Ministerio de Salud, hoy Ministerio de la Protección Social, el plan nacional de cáncer pierde su vigencia por las características del nuevo sistema, y el programa de detección temprana del cáncer de cuello uterino perdió su carácter vertical y se convirtió en un conjunto de actividades descentralizadas cuya ejecución queda a cargo de las aseguradoras (EPS - ARS) y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

La alta prioridad otorgada a las acciones curativas y otras realizadas dentro de los servicios de salud, constituyó la visión predominante en el control del cáncer durante varias décadas. De hecho, el National Cancer Institute de los Estados Unidos hizo, a mediados de los ochentas, proyecciones acerca de la reducción de cáncer esperada, en la que otorgaba una proporción mayoritaria al efecto de las intervenciones terapéuticas y el tamizaje. Los marcos desarrollados hacia finales de los años noventa incluyen una visión más amplia en torno a la necesidad de realizar acciones de prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación.

El efecto final de las discrepancias conceptuales es una programación paralela, con pocos puntos de encuentro entre los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y los servicios asistenciales o curativos. Tal circunstancia ha hecho que no exista una integración adecuada en el proceso de atención, lo que contribuye a la falta de impacto en la reducción de la morbilidad y la mortalidad por cáncer en Colombia.

Es importante hacer visible la necesidad de orientar una política específica para intervenir como enfermedad al cáncer en todas sus manifestaciones y de manera independiente frente al resto de enfermedades de alto costo y para ello proponemos la definición del modelo de intervención, sus guías de manejo, la definición de figuras técnicas de apoyo al gobierno para su reglamentación e implementación, la determinación de los criterios que permitan desarrollar en el país proceso de investigación a través de estudios clínicos entre otros aspectos.

Entonces, para el control del cáncer en Colombia, se determina la inclusión de intervenciones en el nivel de las políticas públicas y soporados en los análisis de los sistemas de salud que han estado centrados en los mecanismos de financiamiento y los modelos administrativos, desde la promulgación de la estrategia de Atención Primaria en Salud y de la Carta de Ottawa, se ha dado importancia creciente a los modelos de atención (reorientación de servicios) como base para el diseño de los sistemas de salud. La OMS, en su iniciativa Innovative Care for Chronic Conditions, señala que los servicios de salud están actualmente diseñados para la provisión de cuidados efectivos a problemas agudos

pero no a enfermedades crónicas. La definición de modelos de atención para el paciente con cáncer constituye entonces una prioridad dentro del modelo de control del cáncer para el país.

Como herramientas necesarias para la evaluación se tienen determinadas:

- Construcción de un modelo para la comunicación – educación en cáncer.
- Construcción de un modelo para la movilización social en cáncer.
- Definición de rutas metodológicas para la formulación e implementación de políticas públicas favorables al control del cáncer.
- Construcción de un modelo para la atención del paciente con cáncer en los servicios oncológicos desde la perspectiva multidisciplinaria.
- Construcción de un modelo para la gestión de los programas de cáncer en los servicios de salud, desde el enfoque de administración del riesgo.
- Diseño de sistemas de vigilancia epidemiológica (incidencia, mortalidad, factores de riesgo), vigilancia de servicios y vigilancia de políticas.
- Definición de metodologías para el análisis de situación de salud.

Se pretende fortalecer las políticas, los planes y los proyectos de salud pública en el territorio nacional y de manera integral (con acciones de P y P, detección temprana y tratamiento y rehabilitación) desde el Ministerio de la Protección Social y el Instituto Nacional de Cancerología, con una profundidad específica para el cáncer mayor a la ofrecida por el Plan Nacional de Salud Pública que concentra esfuerzos en el cérvico uterino y de acuerdo con las tasas conocidas para el país, si bien tiene una participación importante en las mujeres, desestima que requieren que a través de este proyecto de ley, se intervengan todos los demás que muestran tasas altamente representativas desde el punto de vista epidemiológico.

También, se pretenden asignar recursos financieros, técnicos entre otros, de manera independiente para la enfermedad y poder desarrollar estas intervenciones integrales para lo cual se proponen adelante fuentes de financiación específicas para el cáncer.

Finalmente, se plasman los aspectos definidos por la OMS como estrategia frente a la enfermedad.

#### **La estrategia de la OMS para la prevención y el control del cáncer**

Después de que la 58ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo de 2005, adoptara una resolución sobre Prevención y control del cáncer, la OMS ha elaborado una estrategia mundial de control del cáncer que tiene por objetivo reducir el cáncer y sus factores de riesgo, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares en todo el mundo, gracias a la planificación y aplicación de estrategias de prevención y control del cáncer.

La estrategia de control del cáncer está integrada en el marco general de la prevención y el control de las enfermedades crónicas que tiene el Departamento OMS de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud. La estrategia de control del cáncer está basada en los siguientes principios:

- *Orientación hacia las personas:* el objetivo último es mejorar el bienestar del pueblo, las comunidades, las familias y los individuos.
- *Equidad:* la estrategia se centra en las necesidades de garantizar calidad en las intervenciones integralmente.
- *Adhesión:* la estrategia garantiza un fuerte compromiso y la participación activa de todas las partes interesadas en cada fase del proceso de adopción de decisiones y aplicación.
- *Alianzas y enfoque multisectorial:* la estrategia asegura la amplia participación y colaboración de todos los sectores, público y privado.
- *Sostenibilidad:* la estrategia hace hincapié en la necesidad de que los gobiernos y los asociados nacionales se esfuercen colectivamente por adquirir autonomía financiera y técnica, con el fin de asegurar la continuidad de los beneficios proporcionados por los programas existentes una vez que se haya completado la asistencia.

- *Integración:* la estrategia está integrada en el marco general de la prevención y el control de las enfermedades crónicas y de otras áreas conexas, como la salud ambiental, las enfermedades transmisibles, etc.

- *Escalonamiento:* la estrategia enfoca la aplicación de las intervenciones de forma secuencial, tanto a nivel nacional como a nivel subnacional.

- *Base factual:* la estrategia se basa en los resultados de las investigaciones, la investigación de los programas, el análisis económico, las mejores prácticas y la experiencia de los países.

En colaboración con su organismo especializado en la investigación del cáncer (el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer) y otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, la OMS liderará la prevención y el control internacional del cáncer y pondrá en práctica las siguientes medidas:

- Promoción de la prevención y el control del cáncer, y búsqueda de compromisos políticos con este objetivo.
- Generación de nuevos conocimientos y difusión de los conocimientos existentes con el fin de facilitar la aplicación y la ejecución de programas de control del cáncer basados en pruebas.
- Elaboración de normas e instrumentos para orientar de forma eficaz la planificación del control del cáncer y la aplicación de intervenciones de eficacia demostrada para la prevención, la detección temprana, el tratamiento y la atención paliativa del cáncer.
- Facilitación de la creación de redes multisectoriales de asociados para el control del cáncer a nivel mundial, regional y nacional.
- Fortalecimiento de la capacidad para elaborar y aplicar políticas y programas eficaces, así como para fortalecer los sistemas de salud.
- Prestación de asistencia técnica a los países en desarrollo para que las intervenciones de control del cáncer que posean una eficacia demostrada se transformen de forma eficaz y eficiente en políticas y programas de salud pública.

#### **6. PLIEGO DE MODIFICACIONES**

En armonía con lo antes escrito en la presente ponencia, considero necesario introducir diversos ajustes al proyecto. A continuación presento las modificaciones propuestas:

**Artículo 2º.** Se incluye entre las tareas de las autoridades del país evitar el aumento en el número de casos nuevos de colombianos con cáncer.

**Artículo 4º. Definiciones.** Se modifica la definición de cuidados paliativos contenida en el literal b) para ajustarla con la doctrina que existe sobre la materia, de igual manera en este artículo se incorpora un literal que corresponde al literal c), que corresponde a la descripción técnica general para la conformación de las unidades funcionales.

**Artículo 5º. Control Integral del Cáncer.** En el texto del articulado y en el párrafo 3 se incorporan la asesoría de la Sociedad Colombiana de Hemato Oncología y los criterios de habilitación para autorizar la operación de Oncología pediátricas y adultos, de manera que sean los criterios de calidad para este nuevo servicio, permitiendo la contratación de las EPS con las prestadoras que cuenten con estas unidades para la atención de esta enfermedad.

**Artículo 6º. Acciones de promoción y prevención.** Se incorporan los indicadores de resultados en salud específicos para el cáncer, así como su revisión anual, de igual manera en el párrafo 1 se involucra como asesor a la Sociedad Colombiana de Hemato Oncología en línea con artículos anteriores y se establece la obligatoriedad del cumplimiento por todos los actores del Sistema.

**Artículo 7º. Prestación de servicios oncológicos.** Se establece la adopción de las guías clínicas internacionalmente reconocidos y avalados por la Sociedad Colombiana de Hematología y Oncología y el Instituto Nacional de Cancerología, y en el párrafo 1 se determina que se elaborarán y adoptarán guías clínicas basadas en las NCCN de EE.UU.

**Artículo 8°. Criterios de funcionamiento de las Unidades funcionales.** En este artículo se definen los criterios que deben adoptar las Unidades funcionales oncológicas para adultos y pediátricos que se establecen como requisitos para autorizar su funcionamiento. Este artículo se presenta en reemplazo de los párrafos 2 y 3 del artículo 7° del texto aprobado en segundo debate.

**Artículo 9°. Criterios de atención en lugares aislados del país.** Este artículo pretende garantizar la atención ágil, eficaz y oportuna a los pacientes con patología oncológica que se encuentran en lugares apartados del país, estableciendo la obligación de las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud, IPS, a brindar una atención primaria en cáncer y en caso de que el paciente requiera una atención especializada tendrán la obligación de remitirlo a la Unidad Funcional en Oncología más cercana.

Teniendo en cuenta la densidad poblacional de algunas regiones del país, y la incidencia y prevalencia de la patología en la zona no se considera recomendable aplicar la exigencia de existir Unidades Funcionales en Oncología que brinden la atención a los pacientes con esta patología, pues económicamente podría darse la circunstancia de ser más conveniente y costo efectivo continuar remitiendo los pacientes de éstas poblaciones a las ciudades donde hay unidades ya establecidas, por esta razón se recomienda.

En la mayoría de los casos se considera no justificado la creación de Unidades Funcionales en Oncología en sitios remotos, por lo contrario se recomienda priorizar su atención y elevar la calidad en la atención de los pacientes, en este sentido se ha encontrado de manera lamentable que, la mayor oportunidad de atención médica no ha redundado en un diagnóstico más temprano del cáncer, ni a una atención más oportuna. Cuando se interroga a pacientes provenientes de sitios remotos, que continúan llegando con enfermedades neoplásicas (EN) avanzadas a los centros especializados, no aducen como causa la falta de oportunidad de atención sino la atención de mala calidad.

Se define la mala calidad de atención primaria como el fenómeno de remisiones erróneas, contra-remisiones, demora en obtener la autorización de ser evaluados por especialistas (no por falta de citas sino por evitar costos adicionales), mala calidad de servicios diagnósticos (estudios de imágenes leídos erróneamente, biopsias mal tomadas o mal interpretadas o demora en la referencia del material de patología a centros especializados, etc...), adicionalmente falta de guías o protocolos de remisión de pacientes.

En este sentido se encuentra justificada la propuesta de calificar la atención a los pacientes en las Instituciones Prestadoras del Servicio ubicadas en zonas aisladas del país y su remisión a las Instituciones especializadas cuando las circunstancias lo requieran, para ello el Gobierno Nacional a través del Ministerio de la Protección Social deberá

establecer las zonas del país en que operará esta disposición y los criterios que las orientarán.

**Artículo 10. Cuidado paliativo.** En el párrafo 1 se determina la definición del Modelo de Atención en Cáncer, con incentivos y sanciones por parte del CNSSS o la CRES.

**Artículo 11. Rehabilitación integral.** Es el mismo artículo 9° tan solo cambia la numeración.

**Artículo 12. Red Nacional de Cáncer.** Se incorpora que concurrirá activamente el Ministerio de la Protección Social en la financiación.

**Artículos 13 y 14.** Son los mismos artículos 11 y 12 tan solo cambian la numeración.

**Artículo 15.** Se dispone que los registros nacionales de Cáncer Adulto y Pediátrico harán parte integral del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, y la información de morbilidad por cáncer del Sistema Nacional de Estadísticas Vitales será suministrada por el Instituto Nacional de Salud.

**Artículo 17. Evaluación de tecnologías y medicamentos.** Se involucra a la Sociedad Colombiana de Onco Hemato como asesor para este proceso.

**Artículo 18. Instrumentos para evaluación e implementación de tecnologías y medicamentos.** Correspondía al artículo 16 del texto aprobado, en este artículo se crea un párrafo nuevo, que busca garantizar la eficacia y seguridad de los medicamentos utilizados en el tratamiento del cáncer.

**Artículo 19. Formación de recurso humano en oncología.** Este artículo correspondía al artículo 17 del texto aprobado y como modificación se propone crear estímulos e incentivos a la formación de recurso humano de profesionales de la salud especializados en hematología y/o oncología y la prestación del servicio en lugares de difícil acceso.

**Artículo 20. Inspección, vigilancia y control.** Se incorpora como garante a la Defensoría del Pueblo y en el párrafo 2° se determina que quedan prohibidos mecanismos de contratación que conlleven el traslado del riesgo del asegurador al prestador, la intermediación entre el asegurador y el prestador por un tercero y cualquier forma que afecte la calidad en la prestación de servicio.

**Artículo 22. Financiación.** De este artículo se eliminan la disposición en que distribuían tributos y regalías entre otras forma de financiación del fondo para el manejo del cáncer, esto con motivo a que la Constitución Política en su artículo 154 dispone que son de iniciativa privativa del Gobierno Nacional, los proyectos que proponen ordenar participaciones en las rentas nacionales o transferencia de las mismas.

A continuación se presenta el esquema comparativo entre el texto inicial del proyecto y el texto después del pliego de modificaciones, así:

TEXTO APROBADO EN SEGUNDO DEBATE EN LA CAMARA DE REPRESENTANTES AL PROYECTO DE LEY NUMERO 090 DE 2007 CAMARA ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NUMERO 142 DE 2007 CAMARA	TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 312 DE 2008 SENADO-090 DE 2007 CAMARA ACUMULADO EN EL PROYECTO DE LEY NUMERO 142 DE 2007 CAMARA
<i>Por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.</i>	<i>Por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.</i>
El Congreso de la República de Colombia DECRETA:	El Congreso de la República de Colombia DECRETA:
<b>Artículo 1°. Objeto de la ley.</b> Establecer las acciones para el control integral del cáncer en la población colombiana, de manera que se reduzca la mortalidad y la morbilidad por cáncer, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, a través de la garantía por parte del Estado y de los actores que intervienen en el Sistema General vigente, todos los servicios que requieren para su prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo, bajo los principios de continuidad, longitudinalidad, integralidad, oportunidad, accesibilidad y coordinación.	

<p><b>TEXTO APROBADO EN SEGUNDO DEBATE EN LA CAMARA DE REPRESENTANTES AL PROYECTO DE LEY NUMERO 090 DE 2007 CAMARA ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NUMERO 142 DE 2007 CAMARA</b></p>	<p><b>TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 312 DE 2008 SENADO-090 DE 2007 CAMARA ACUMULADO EN EL PROYECTO DE LEY NUMERO 142 DE 2007 CAMARA</b></p>
<p><i>Por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.</i></p>	<p><i>Por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.</i></p>
<p><b>Artículo 2°. Principios.</b> El contenido de la presente ley y de las disposiciones que las complementen o adiciones, se interpretarán y ejecutarán teniendo presente el respeto y garantías al derecho a la vida, preservando el criterio según el cual, la tarea fundamental de las autoridades de salud será lograr la prevención, el tratamiento y rehabilitación del paciente.</p>	<p><b>Artículo 2°. Principios.</b> El contenido de la presente ley y de las disposiciones que la complementen o adiciones, se interpretarán y ejecutarán teniendo presente el respeto y garantías al derecho a la vida, preservando el criterio según el cual, la tarea fundamental de las autoridades de salud será lograr la prevención, el tratamiento y rehabilitación del paciente <u>y evitar el aumento en el número de casos nuevos de colombianos con esta enfermedad.</u></p>
<p><b>Artículo 3°. Campo de aplicación.</b> Los beneficiarios de la presente ley será toda la población colombiana, residente en el territorio nacional.</p>	
<p><b>Artículo 4°. Definiciones.</b> Las siguientes definiciones se aplican a esta ley:</p> <p>a) <b>Control Integral del cáncer.</b> Acciones destinadas a disminuir la incidencia, morbilidad, mortalidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer.</p> <p>b) <b>Cuidado paliativo.</b> Atención brindada para mejorar la calidad de vida de los pacientes que tienen una enfermedad grave o que puede ser mortal. La meta del cuidado paliativo es prevenir o tratar lo antes posible los síntomas de la enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento de la enfermedad y los problemas psicológicos, sociales y espirituales relacionados con la enfermedad o su tratamiento. También se llama cuidado de alivio, cuidado médico de apoyo y tratamiento de los síntomas;</p> <p>c) <b>Unidades funcionales.</b> Son unidades clínicas conformadas por profesionales de diferentes disciplinas para la atención integral del cáncer, su función es evaluar la situación de salud del paciente y definir su manejo, garantizando la calidad, oportunidad y pertinencia del diagnóstico y el tratamiento. Sus integrantes varían dependiendo del tipo de patología oncológica de que se trate;</p> <p>d) <b>Nuevas tecnologías en cáncer.</b> Se entiende por nuevas tecnologías, la aplicación del conocimiento empírico y científico a una finalidad práctica, para lo cual se requieren nuevos medicamentos, equipos y dispositivos médicos, procedimientos médicos y quirúrgicos, y modelos organizativos y sistemas de apoyo ¿necesarios para su empleo en la atención a los pacientes?. Nuevas tecnologías deben considerar también incluir todas las tecnologías que se aplican en la atención a las personas (sanas o enfermas), así como las habilidades personales y el conocimiento necesario para su uso.</p>	<p><b>Artículo 4°. Definiciones.</b> Las siguientes definiciones se aplican a esta ley.</p> <p>a) <b>Control integral del cáncer.</b> Acciones destinadas a disminuir la incidencia, morbilidad, mortalidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer;</p> <p>b) <b>Cuidado paliativo.</b> <u>Son los servicios y atenciones que se suministran a los pacientes que padecen enfermedad crónica de alto impacto en la calidad de vida o terminal y a sus familiares, con el propósito de suministrar un tratamiento apropiado de los síntomas que perturban el paciente como dolor, ansiedad, agitación, disnea; para brindar un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado de la ansiedad y la depresión, garantizar el acompañamiento del enfermo, especialmente cuando reciba atención institucionalizada y otorgar orientación a la familia;</u></p> <p>c) <b>Unidades funcionales.</b> <u>Son unidades clínicas ubicadas al interior de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, habilitadas por el Ministerio de la Protección Social o quien este delegue, conformadas por profesionales especializados (médicos y enfermeras), apoyado por profesionales complementarios de diferentes disciplinas para la atención integral del cáncer, su función es evaluar la situación de salud del paciente y definir su manejo, garantizando la calidad, oportunidad y pertinencia del diagnóstico y el tratamiento. Sus integrantes varían dependiendo del tipo de patología oncológica de que se trate, pero en todo caso, debe siempre hacer parte del grupo, coordinarlo y hacer presencia asistencial, un medico Onco Hematologo;</u></p> <p>d) <b>Nuevas tecnologías en cáncer.</b> Se entiende por nuevas tecnologías, la aplicación del conocimiento empírico y científico a una finalidad práctica, para lo cual se requieren nuevos medicamentos, equipos y dispositivos médicos, procedimientos médicos y quirúrgicos, y modelos organizativos y sistemas de apoyo necesarios para su empleo en la atención a los pacientes. Nuevas tecnologías deben considerar también incluir todas las tecnologías que se aplican en la atención a las personas (sanas o enfermas), así como las habilidades personales y el conocimiento necesario para su uso.</p>
<p><b>Artículo 5°. Control integral del cáncer.</b> Declárese el cáncer como una enfermedad de interés en salud pública y prioridad nacional en salud para la República de Colombia.</p> <p>El control integral del cáncer de la población colombiana, considerará los aspectos contemplados por el Instituto Nacional de Cancerología y avalado por el Ministerio de la Protección Social, que determina acciones de promoción y prevención, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.</p> <p><b>Parágrafo 1°. Las entidades promotoras de salud de ambos regímenes, y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, deben garantizar el acceso, la oportunidad y la calidad a las acciones contempladas para el control del cáncer adulto y cáncer pediátrico; así, por ningún motivo negarán la participación de la población colombiana, residente en el territorio nacional en actividades o acciones de promoción y prevención, así como tampoco la asistencia necesaria en detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo.</b></p>	<p><b>Artículo 5°. Control integral del cáncer.</b> Declárese el cáncer como una enfermedad de interés en salud pública y prioridad nacional para la República de Colombia.</p> <p>El control integral del cáncer de la población colombiana, considerará los aspectos contemplados por el Instituto Nacional de Cancerología, <u>apoyado con la asesoría permanente de la Sociedad Colombiana de Hematología y Oncología</u> y avalado por el Ministerio de la Protección Social, que determinará acciones de promoción y prevención, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.</p> <p><b>Parágrafo 1°. La contratación y prestación de servicios oncológicos para adultos y pediátricos, se realizará siempre con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cuenten con servicios oncológicos habilitados, que tengan en funcionamiento Unidades Funcionales, en los términos de la presente ley y aplica para todos los actores del sistema, como las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes, y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, <u>que deben garantizar el acceso, la oportunidad y la calidad a las acciones contempladas para el control del cáncer adulto y cáncer pediátrico; así, por ningún motivo negarán la participación de la población colombiana, residente en el territorio nacional en actividades o acciones de promoción y prevención, así como tampoco la asistencia necesaria en detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo.</u></b></p>
<p><b>Parágrafo 2°. Los entes territoriales deberán incluir en su plan de desarrollo el cáncer como prioridad, así como una definición clara de los indicadores de cumplimiento de las metas propuestas para el control en cada uno de los territorios.</b></p>	<p><b>Parágrafo 2°. Los entes territoriales deberán incluir en su plan de desarrollo el cáncer como prioridad, así como una definición clara de los indicadores de cumplimiento de las metas propuestas para el control en cada uno de los territorios.</b></p>

<b>TEXTO APROBADO EN SEGUNDO DEBATE EN LA CAMARA DE REPRESENTANTES AL PROYECTO DE LEY NUMERO 090 DE 2007 CAMARA ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NUMERO 142 DE 2007 CAMARA</b>	<b>TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 312 DE 2008 SENADO-090 DE 2007 CAMARA ACUMULADO EN EL PROYECTO DE LEY NUMERO 142 DE 2007 CAMARA</b>
<i>Por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.</i>	<i>Por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.</i>
Parágrafo 3°. El Ministerio de la Protección Social con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología definirá los indicadores para el monitoreo de los resultados de las acciones en el control del cáncer, desarrolladas por las entidades promotoras de salud de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada. Estos indicadores serán incluidos en el Plan Nacional de Salud Pública.	<b>Parágrafo 3°.</b> El Ministerio de la Protección Social con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y la <u>Sociedad Colombiana de Hematología y Oncología</u> definirá los indicadores para el monitoreo de los resultados de las acciones en el control del cáncer, desarrolladas por las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada. Estos indicadores serán parte integral del Plan Nacional de Salud Pública.
<b>Artículo 6°. Acciones de promoción y prevención para el control del cáncer.</b> Las entidades promotoras de salud, los regímenes de exención y especiales y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, deben garantizar acciones de promoción y prevención de los factores de riesgo para cáncer.	<b>Artículo 6°. Acciones de promoción y prevención para el control del cáncer.</b> Las Entidades Promotoras de Salud, los regímenes de excepción y especiales y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, deben garantizar acciones de promoción y prevención de los factores de riesgo para cáncer <u>y cumplir con los indicadores de resultados en salud que se definan para esta patología por el Ministerio de la Protección Social y que estarán definidos en los 6 meses siguientes a la sanción de esta ley.</u>
Parágrafo 1°. El Ministerio de la Protección Social, con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología, definirá dentro de los seis (6) meses siguientes a la promulgación de esta ley, los lineamientos técnicos, los contenidos, las estrategias, el alcance y la evaluación de impacto de las acciones de promoción y prevención. Los lineamientos técnicos, los contenidos, las estrategias, el alcance y la evaluación de impacto de las acciones de promoción y prevención, serán actualizados de manera permanente en concordancia con el plan nacional de salud pública.	<b>Parágrafo.</b> El Ministerio de la Protección Social, con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y la <u>Sociedad Colombiana de Hepatología y Oncología</u> , definirá dentro de los 6 meses siguientes a la promulgación de esta ley, los lineamientos técnicos, los contenidos, las estrategias, el alcance y la evaluación de impacto de las acciones de promoción y prevención <u>a ser implementadas en el territorio nacional.</u> Los lineamientos técnicos, los contenidos, las estrategias, el alcance y la evaluación de impacto de las acciones de promoción y prevención, serán actualizados <u>anualmente</u> en concordancia con el Plan Nacional de Salud Pública y serán de obligatorio cumplimiento por todos los actores del SGSSS.
Artículo 7°. <i>Prestación de Servicios Oncológicos.</i> La prestación de servicios oncológicos en Colombia seguirá de manera obligatoria los parámetros establecidos en las guías de práctica clínica y los protocolos de manejo definidos en la presente ley, que garantizan atención integral oportuna y pertinente.	<b>Artículo 7°. Prestación de Servicios Oncológicos.</b> La prestación de servicios oncológicos en Colombia seguirá de manera obligatoria los parámetros establecidos en la presente ley basados en las guías de práctica clínica y los protocolos de manejo <u>internacionalmente reconocidos y avalados por la Sociedad Colombiana de Hematología y Oncología y el Instituto Nacional de Cancerología</u> , que garantizan atención integral, oportuna y pertinente.
Parágrafo 1°. El Ministerio de la Protección Social con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y con participación de las sociedades científicas, elaborará y actualizará en un plazo de doce (12) meses después de entrada en vigencia la presente ley de manera permanente las Guías de Práctica Clínica y los protocolos de manejo, para la promoción y prevención, el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo de neoplasias y enfermedades relacionadas en pacientes pediátricos, adultos y técnicos. Condiciones de acceso, oportunidad y calidad para la atención del paciente con cáncer.	<b>Parágrafo 1°.</b> El Ministerio de la Protección Social con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y la <u>Sociedad Colombiana de Hematología y Oncología</u> , elaborará y adoptará en un plazo de 6 meses después de entrada en vigencia la presente ley de manera permanente las Guías de Práctica Clínica y los protocolos de manejo, para la promoción y prevención, el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo de neoplasias y enfermedades relacionadas en pacientes oncológicos de <u>obligatoria aplicación y basados en las Guías de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN)</u> , adoptadas de acuerdo con las circunstancias nacionales.
Parágrafo 2°. Las entidades promotoras de salud, los regímenes de exención y especiales y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, deben garantizar la estructuración de Unidades Funcionales para la atención integral del cáncer. Parágrafo 3°. El Ministerio de la Protección Social con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología definirá en un plazo de seis (6) meses las Unidades Funcionales de obligatoria estructuración, así como los requisitos mínimos de habilitación. Esto no exime a las entidades promotoras de salud de ambos regímenes ni a los responsables de la población pobre no asegurada de garantizar la atención con oportunidad, calidad e integralidad al resto de las neoplasias y enfermedades relacionadas que no sean incluidas en las Unidades Funcionales obligatorias. Parágrafo 4°. El Ministerio de la Protección Social con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología, reglamentará, en un plazo máximo de seis (6) meses, los requisitos esenciales de las Unidades Funcionales de cáncer pediátrico. Parágrafo 5°. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con Unidades Funcionales de cáncer pediátrico, habilitadas o en proceso de habilitación, contarán con un Comité de Tumores con el propósito de desarrollar una actividad coordinadora, de control y asesoría sobre la enfermedad.	<b>Artículo 8°. Criterios de funcionamiento de las Unidades funcionales.</b> Las <u>Entidades Promotoras de Salud, los regímenes de excepción y especiales y las entidades territoriales responsables de la población pobre y vulnerable no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, estarán obligados a contratar la prestación de servicios con Instituciones Prestadoras de Salud - IPS que contengan Unidades Funcionales para la Atención Integral del Cáncer</u> , a excepción de las actividades de promoción y prevención, y las de cuidado paliativo en casos de estado terminal del paciente, <u>las cuales deben cumplir con los siguientes criterios:</u> 1. <u>Recurso Humano: Médico hematólogo u oncólogo presencial idóneo con formación documentada por título universitario especialización en medicina interna y posgrado en hematológica, oncológica o ambas; enfermera jefe oncológica o con entrenamiento certificado por un oncólogo titulado formalmente y 2 auxiliares de enfermería entrenadas en el área oncológica o más según el número de sillas disponibles en la unidad.</u> 2. <u>La unidad funcional debe aplicar las guías y protocolos adoptados por el Ministerio de la Protección Social, basados en las determinadas por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN), así como los protocolos de investigación deberán ser aprobados por el Comité de Ética Médica de la Institución.</u> 3. <u>Infraestructura: Deberá contar con central de mezclas y todos los procedimientos que soporten los procedimientos y normas de bioseguridad.</u>

<p><b>TEXTO APROBADO EN SEGUNDO DEBATE EN LA CAMARA DE REPRESENTANTES AL PROYECTO DE LEY NUMERO 090 DE 2007 CAMARA ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NUMERO 142 DE 2007 CAMARA</b></p>	<p><b>TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 312 DE 2008 SENADO-090 DE 2007 CAMARA ACUMULADO EN EL PROYECTO DE LEY NUMERO 142 DE 2007 CAMARA</b></p>
<p><i>Por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.</i></p>	<p><i>Por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.</i></p>
	<p>4. Interdependencia de servicios: Deberá contar con servicio de ambulancia, procedimiento para referencia y contrarreferencia mediante la red de prestadores de las EPS con las cuales posee convenio.</p> <p>5. Radioterapia: La unidad funcional debe contar con un servicio de radioterapia y en caso de no tenerlo, poseer convenio con la Institución Prestadora de Salud que lo disponga y esté habilitado por el Ministerio de la Protección Social o quien este delegue.</p> <p>6. Hospitalización: La unidad funcional deberá disponer o poseer convenio con servicio de hospitalización en una Institución Prestadora del Servicio – IPS habilitada, por el Ministerio de la Protección Social o quien este delegue, incluyendo disponibilidad de componentes sanguíneos, transfusiones, procedimientos y disponibilidad de Unidad de Cuidado Intensivo UCI.</p> <p>7. Rehabilitación: Unidad de Cuidado Paliativo: La unidad funcional deberá implementar el programa de cuidado paliativo que permita brindar soporte desde el inicio del diagnóstico previamente al inicio de la quimioterapia e igualmente a aquellos pacientes con fines paliativos, siempre tendiente a desarrollarlo inmediatamente se realiza el diagnóstico.</p> <p><b>Parágrafo.</b> Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con Unidades Funcionales de Cáncer Pediátrico, habilitadas, por el Ministerio de la Protección Social o quien este delegue, contarán con un Comité de Tumores con el propósito de desarrollar una actividad coordinadora, de control y asesoría sobre la enfermedad.</p>
	<p><b>Artículo 9°. Criterios de atención en lugares aislados del país.</b> Las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud IPS, que se encuentren en lugares aislados del país deberán brindar una atención primaria en cáncer y en caso de que el paciente requiera una atención especializada deberán remitirlo a la Unidad Funcional en Oncología más cercana.</p> <p>Para la atención primaria en Cáncer, se deberán cumplir con los siguientes criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Entrenar al personal de los hospitales regionales para campañas de salud de prevención y promoción, orientadas por el Instituto Nacional de Cancerología y la Sociedad Colombiana de Hematología y Oncología.</li> <li>2. Entrenar al personal del área clínica de los hospitales regionales en la implementación de guías de abordaje diagnóstico de pacientes con la sospecha de patología neoplásica, optimizando tiempo y recursos.</li> <li>3. Implementación del protocolo de toma de biopsias en casos de sospecha de enfermedad neoplásica, en los casos en que esta pueda ser realizada en los sitios remotos.</li> <li>4. Se deberá brindar capacitación y soporte permanente al recurso humano que labora en la Institución, a través de cursos de actualización de personal médico y asistencial, soporte en interpretación de estudios imagenológicos y patología, implementación de tecnología de telemedicina.</li> </ol> <p><b>Parágrafo.</b> El Ministerio de la Protección Social con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y la Sociedad Colombiana de Hematología y Oncología determinará y planificará las condiciones y parámetros en que se brindará la atención primaria en cáncer en las IPS ubicadas en lugares distantes del país y las circunstancias de remisión inmediata de pacientes, es el caso para la toma de biopsias existiendo sospecha de enfermedad neoplásica o para el envío de material de patología al laboratorio de referencia, este protocolo debe ser evaluado mediante indicadores en términos de eficiencia y tiempo de obtención de resultados.</p>
<p>Artículo 8°. <i>Cuidado paliativo.</i> Las entidades promotoras de salud, los regímenes de exención y especiales y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, deberán garantizar el acceso de los pacientes oncológicos a programas de cuidado paliativo.</p> <p>Parágrafo 1°. El Ministerio de la Protección Social con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología, definirá, basado en modelos y modalidades de atención que permitan disminuir las barreras de acceso, los estándares de calidad para la prestación de servicios de cuidado paliativo.</p>	<p><b>Artículo 10. Cuidado paliativo.</b> Las Entidades Promotoras de Salud, los regímenes de excepción y especiales y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, deberán garantizar el acceso de los pacientes oncológicos a Programas de Cuidado Paliativo y que cumpla con los criterios antes descritos.</p> <p><b>Parágrafo 1°.</b> El Ministerio de la Protección Social con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y la Sociedad Colombiana de Hepatología y Oncología, definirá el Modelo de Atención para el Cáncer desde la promoción hasta la Rehabilitación, con indicadores de evaluación de calidad que permitan eliminar las barreras de acceso y definir incentivos o sanciones por parte del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) o quien haga sus veces Comisión de Regulación en Salud (CRES).</p>



<b>TEXTO APROBADO EN SEGUNDO DEBATE EN LA CAMARA DE REPRESENTANTES AL PROYECTO DE LEY NUMERO 090 DE 2007 CAMARA ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NUMERO 142 DE 2007 CAMARA</b>	<b>TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 312 DE 2008 SENADO-090 DE 2007 CAMARA ACUMULADO EN EL PROYECTO DE LEY NUMERO 142 DE 2007 CAMARA</b>
<i>Por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.</i>	<i>Por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.</i>
Parágrafo 2°. El Ministerio de la Protección Social a través del Fondo Nacional de Estupefacientes, garantizará la distribución, la disponibilidad, la suficiencia y la oportunidad para el acceso a los medicamentos opioides de control especial para el manejo del dolor.	<b>Parágrafo 2°.</b> El Ministerio de la Protección Social a través del Fondo Nacional de Estupefacientes, garantizará la distribución, accesibilidad, disponibilidad y otorgará las autorizaciones necesarias para garantizar la suficiencia y la oportunidad para el acceso a los medicamentos opioides de control especial para el manejo del dolor.
Artículo 9°. <i>Rehabilitación integral.</i> Las entidades promotoras de salud de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, deberán garantizar el acceso de los pacientes oncológicos a programas de apoyo de rehabilitación integral que incluyan rehabilitación física en todos sus componentes, psicológica y social (incluyendo prótesis). Parágrafo 1°. Con el fin de precisar responsabilidades previstas en los artículos 5°, 6°, 8° y 9° y asegurar la atención integral del cáncer en sus diferentes etapas, las entidades responsables lo harán en una forma eficiente y ágil sin perjuicio, que cuando corresponda hagan los recobros a que haya lugar.	<b>Artículo 11. <i>Rehabilitación integral.</i></b> Las entidades promotoras de salud de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, deberán garantizar el acceso de los pacientes oncológicos a programas de apoyo de rehabilitación integral que incluyan rehabilitación física en todos sus componentes, psicológica y social, incluyendo prótesis. <b>Parágrafo 1°.</b> Con el fin de precisar responsabilidades previstas en los artículos 5°, 6°, 8° y 9° y asegurar la atención integral del cáncer en sus diferentes etapas, las entidades responsables lo harán en una forma eficiente y ágil sin perjuicio, que cuando corresponda hagan los recobros a que haya lugar.
Artículo 10. <i>Red Nacional de Cáncer.</i> El Ministerio de la Protección Social definirá los mecanismos y la organización de la Red Nacional de Cáncer y podrá concurrir en su financiación. Esta red será coordinada por el Instituto Nacional de Cancerología. Parágrafo 1°. La Red tendrá como objeto la gestión del sistema integral de información en cáncer, la gestión del conocimiento, la gestión de la calidad de la información, la gestión del desarrollo tecnológico y la vigilancia epidemiológica del cáncer. Lo anterior sin perjuicio de que le sean asignadas funciones en la coordinación de la Red de Prestación de Servicios Oncológicos.	<b>Artículo 12. <i>Red Nacional de Cáncer.</i></b> El Ministerio de la Protección Social definirá los mecanismos y la organización de la Red Nacional de Cáncer y <b>concurrirá</b> en su financiación. Esta red será coordinada por el Instituto Nacional de Cancerología. <b>Parágrafo.</b> La red tendrá como objeto la gestión del sistema integral de información en cáncer, la gestión del conocimiento, la gestión de la calidad de la información, la gestión del desarrollo tecnológico y la vigilancia epidemiológica del cáncer.
Artículo 11. <i>Red de prestación de servicios oncológicos.</i> Las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, deberán responder por la organización y gestión integral de la Red de Prestación de Servicios Oncológicos, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Ministerio de la Protección Social. Parágrafo 1°. El Ministerio de la Protección Social definirá las condiciones y la organización de la Red de Prestación de Servicios Oncológicos, optimizando los avances tecnológicos para el diagnóstico y el tratamiento y determinará los lineamientos para el monitoreo y la evaluación de la prestación de servicios oncológicos.	<b>Artículo 13. <i>Red de Prestación de Servicios Oncológicos.</i></b> Las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, deberán responder por la organización y gestión integral de la Red de Prestación de Servicios Oncológicos, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Ministerio de la Protección Social y <b>contenidos en la presente ley.</b> <b>Parágrafo.</b> El Ministerio de la Protección Social definirá las condiciones y la organización de la Red de Prestación de Servicios Oncológicos, optimizando los avances tecnológicos para el diagnóstico y el tratamiento y determinará los lineamientos para el monitoreo y la evaluación de la prestación de servicios oncológicos.
Artículo 12. <i>Servicio de Apoyo Social.</i> A partir de la vigencia de la presente ley, los beneficiarios de la misma tendrán derecho, cuando así lo exija el tratamiento o los exámenes de diagnóstico, a contar con los servicios de un Hogar de Paso, pago del costo de desplazamiento, apoyo psicosocial y escolar, de acuerdo con sus necesidades, certificadas por el Trabajador Social o responsable del Centro de Atención a cargo del paciente. Parágrafo 1°. En un plazo máximo de dos (2) años, el Gobierno Nacional reglamentará lo relacionado con el procedimiento y costo de los servicios de apoyo, teniendo en cuenta que estos serán gratuitos para el menor y por lo menos un familiar o acudiente, quien será su acompañante, durante la práctica de los exámenes de apoyo diagnóstico, su tratamiento, o trámites administrativos, así como la fuente para sufragar los mismos. Parágrafo 2°. El Ministerio de Educación, en el mismo término, reglamentará lo relativo al apoyo académico especial para las aulas hospitalarias públicas o privadas que recibirán los niños con cáncer, para que sus ausencias por motivo de tratamiento y consecuencias de la enfermedad, no afecten de manera significativa, su rendimiento académico, así como lo necesario para que el Colegio ayude al manejo emocional de esta enfermedad por parte del menor y sus familias.	<b>Artículo 14. <i>Servicio de Apoyo Social.</i></b> A partir de la vigencia de la presente ley, los beneficiarios de la misma tendrán derecho, cuando así lo exija el tratamiento o los exámenes de diagnóstico, a contar con los servicios de un Hogar de Paso, pago del costo de desplazamiento, apoyo psicosocial y escolar, de acuerdo con sus necesidades, certificadas por el Trabajador Social o responsable del Centro de Atención a cargo del paciente. <b>Parágrafo 1°.</b> En un plazo máximo de dos (2) años, el Gobierno Nacional reglamentará lo relacionado con el procedimiento y costo de los servicios de apoyo, teniendo en cuenta que estos serán gratuitos para el menor y por lo menos un familiar o acudiente, quien será su acompañante, durante la práctica de los exámenes de apoyo diagnóstico, su tratamiento, o trámites administrativos, así como la fuente para sufragar los mismos. <b>Parágrafo 2°.</b> El Ministerio de Educación, en el mismo término, reglamentará lo relativo al apoyo académico especial para las aulas hospitalarias públicas o privadas que recibirán los niños con cáncer, para que sus ausencias por motivo de tratamiento y consecuencias de la enfermedad, no afecten de manera significativa, su rendimiento académico, así como lo necesario para que el Colegio ayude al manejo emocional de esta enfermedad por parte del menor y sus familias.
Artículo 13. <i>Sistemas de Información.</i> Se establecerán los Registros Nacionales de Cáncer adulto y pediátrico, basado en registros poblacionales y registros institucionales. Estos harán parte del Sistema de Vigilancia en Salud Pública. La dirección y coordinación técnica del registro estará a cargo del Instituto Nacional de Cancerología. Parágrafo 1°. Cualquiera sea su naturaleza jurídica, estarán obligados a suministrar la información a los registros: a) Los laboratorios de histopatología; b) Las instituciones habilitadas para la prestación de servicios oncológicos; c) Los centros de diagnóstico (incluidas imágenes diagnósticas);	<b>Artículo 15. <i>Sistemas de Información.</i></b> Se establecerán los Registros Nacionales de Cáncer Adulto y Pediátrico, basados en registros poblacionales y registros institucionales. Estos harán parte <b>integral</b> del Sistema de Vigilancia en Salud Pública. La dirección y coordinación técnica del registro estará a cargo del Instituto Nacional de Cancerología. <b>Parágrafo 1°.</b> Cualquiera sea su naturaleza jurídica, estarán obligados a suministrar la información a los registros: a) Los Laboratorios de Histopatología; b) Las instituciones <b>habilitadas</b> para la prestación de servicios oncológicos; c) Los Centros de Radiodiagnóstico;

<p><b>TEXTO APROBADO EN SEGUNDO DEBATE EN LA CAMARA DE REPRESENTANTES AL PROYECTO DE LEY NUMERO 090 DE 2007 CAMARA ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NUMERO 142 DE 2007 CAMARA</b></p>	<p><b>TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 312 DE 2008 SENADO-090 DE 2007 CAMARA ACUMULADO EN EL PROYECTO DE LEY NUMERO 142 DE 2007 CAMARA</b></p>
<p><i>Por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.</i></p>	<p><i>Por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.</i></p>
<p>d) Las entidades de Prestación de Servicios creadas por las autoridades indígenas, en el marco de lo establecido por la Ley 691 de 2001;                      e) Otras unidades notificadoras definidas por el Ministerio de la Protección Social;                      f) Medicina Legal.                      Parágrafo 2°. Para efectos de obtener la información pertinente, los registros consultarán, respetando el principio de confidencialidad de la información estadística, la información de mortalidad por cáncer del Sistema Nacional de Estadísticas Vitales que incluya los datos de identificación. Para tal efecto el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), suministrará la información.                      Parágrafo 3°. El Instituto Nacional de Cancerología tendrá la obligación de presentar los análisis producto de los registros. La información generada por los registros nacionales de Cáncer adulto y pediátrico será de uso público y estarán disponibles en la página web de la institución.                      Parágrafo 4°. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Ministerio de la Protección Social destinarán los recursos financieros necesarios para la implementación, funcionamiento y mantenimiento de los Registros Nacionales de Cáncer adulto y pediátricos.</p>	<p>d) Las entidades de prestación de servicios creadas por las autoridades indígenas, en el marco de lo establecido por la Ley 691 de 2001;                      e) Otras unidades notificadoras definidas por el Ministerio de la Protección Social;                      f) Medicina Legal.  <b>Parágrafo 2°.</b> Para efectos de obtener la información pertinente, los registros consultarán, respetando el principio de confidencialidad de la información estadística, la información de morbimortalidad por cáncer del Sistema Nacional de Estadísticas Vitales que incluya los datos de identificación. Para tal efecto <u>el Instituto Nacional de Salud</u>, suministrará la información.   <b>Parágrafo 3°.</b> El Instituto Nacional de Cancerología tendrá la obligación de presentar los análisis producto de los registros. La información generada por los registros nacionales de Cáncer adulto y pediátrico será de uso público y estará disponibles en la página web de la institución y <u>actualizados semestralmente.</u>  <b>Parágrafo 4°.</b> El Ministerio de la Protección Social y el de Hacienda y Crédito Público destinarán los recursos financieros necesarios para la implementación, funcionamiento y mantenimiento de los Registros Nacional de Cáncer Adulto y Pediátricos.</p>
<p>Artículo 14. <i>Observatorio epidemiológico del cáncer.</i> Se establece el Observatorio Epidemiológico del Cáncer. Este hará parte del Sistema de Vigilancia en Salud Pública. La dirección estará a cargo del y coordinación técnica del observatorio estará a cargo del Instituto Nacional de Cancerología con participación de las Entidades Territoriales.                      El Observatorio Epidemiológico considerará, entre sus actividades, la realización de manera permanente y con metodología comparable, de las encuestas prevalencia de los factores de riesgo para cáncer.                      Los informes del Observatorio serán considerados como insumo principal en la definición de acciones en el Plan Nacional de Salud Pública.                      Parágrafo 1°. De la destinación de los recursos que las entidades del Ministerio de la Protección Social para investigación, serán prioritarios los estudios del Observatorio.</p>	<p><b>Artículo 16. Observatorio epidemiológico del cáncer.</b> Se establece el Observatorio Epidemiológico del Cáncer. Este hará parte del Sistema de Vigilancia en Salud Pública. La dirección estará a cargo del y coordinación técnica del observatorio estará a cargo del Instituto Nacional de Cancerología con participación de las Entidades Territoriales.                      El Observatorio Epidemiológico considerará, entre sus actividades, la realización de manera permanente y con metodología comparable, de las encuestas prevalencia de los factores de riesgo para cáncer.                      Los informes del Observatorio serán considerados como insumo principal en la definición de acciones en el Plan Nacional de Salud Pública.                      Parágrafo 1°. De la destinación de los recursos que las entidades del Ministerio de la Protección Social para investigación, serán prioritarios los estudios del Observatorio.</p>
<p>Artículo 15. <i>Investigación en cáncer en Colombia.</i> Considérese, en el Plan Nacional de Ciencia y Tecnología, al cáncer como tema prioritario de investigación. El Ministerio de la Protección Social, el Instituto Nacional de Ciencia y Tecnología, Colciencias y el Instituto Nacional de Cancerología con participación de la academia, definirán y actualizarán de manera permanente las líneas de investigación en cáncer para el país.</p>	<p><b>Artículo 17. Investigación en cáncer en Colombia.</b> Considérese en el Plan Nacional de Ciencia y Tecnología, al cáncer como tema prioritario de investigación. El Ministerio de la Protección Social, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Colciencias) y el Instituto Nacional de Cancerología con participación de la academia, definirán y actualizarán de manera permanente las líneas de investigación en cáncer para el país. <u>Se promoverá los estudios clínicos que de acuerdo con el consenso de los actores antes relacionados sean convenientes para el país, en la especialidad hemato-oncológica, bajo estándares definidos por Colciencias, Ministerio de Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología y Sociedad Colombiana de Hematológica y Oncológica.</u></p>
<p>Artículo 16. <i>Instrumentos para evaluación e implementación de tecnologías y medicamentos.</i> El Ministerio de la Protección Social con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología, desarrollará los instrumentos para evaluación e implementación de nuevas tecnologías y medicamentos (medicamentos, equipos y dispositivos médicos, procedimientos médicos y quirúrgicos, y modelos organizativos y sistemas de apoyo, entre otros) en cáncer.</p>	<p><b>Artículo 18. Instrumentos para evaluación e implementación de tecnologías y medicamentos.</b> El Ministerio de la Protección Social con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y la Sociedad Colombiana de Hematología, desarrollará los instrumentos para evaluación e implementación de nuevas tecnologías y medicamentos, equipos, dispositivos médicos, procedimientos médicos y quirúrgicos, y modelos organizativos y sistemas de apoyo en cáncer.  <b>Parágrafo 1°.</b> <u>Deberá garantizarse la eficacia y seguridad de los medicamentos para el tratamiento del cáncer, mediante la utilización de mecanismos de vigilancia a la calidad de los mismos por parte de la autoridad sanitaria competente. Dichos estudios de seguridad, deben incluir los resultados de inmunogenicidad del medicamento durante el tiempo necesario y con el número de pacientes que garantice una evaluación estadística significativa; los estudios clínicos deben realizarse con su propio producto, así como el análisis de biodisponibilidad y bioequivalencia cuando aplique según el tipo de producto.</u></p>

<b>TEXTO APROBADO EN SEGUNDO DEBATE EN LA CAMARA DE REPRESENTANTES AL PROYECTO DE LEY NUMERO 090 DE 2007 CAMARA ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NUMERO 142 DE 2007 CAMARA</b>	<b>TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 312 DE 2008 SENADO-090 DE 2007 CAMARA ACUMULADO EN EL PROYECTO DE LEY NUMERO 142 DE 2007 CAMARA</b>
<i>Por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.</i>	<i>Por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.</i>
<p>Artículo 17. <i>Formación de recurso humano en Oncología.</i> Inclúyase en los currículos de programas académicos de educación formal y de educación para el trabajo del personal de salud y relacionados, planes educativos al control del cáncer con énfasis en prevención y detección temprana teniendo en cuenta los protocolos aprobados.</p>	<p><b>Artículo 19. <i>Formación de recurso humano en Oncología.</i></b> Inclúyase en los currículos de programas académicos de educación formal y de educación para el trabajo del personal de salud y relacionados, planes educativos al control del cáncer con énfasis en prevención y detección temprana teniendo en cuenta los protocolos aprobados. <u>Se crearán estímulos a la formación de recurso humano de profesionales de la salud especializados en hematología y/o oncología, así como también, incentivos para la prestación de servicios en lugares de difícil acceso, con el fin de permitir la atención especializada oportuna a la población colombiana, que permita obtener un diagnóstico temprano y emprender acciones terapéuticas que impacten en la calidad de vida de los pacientes.</u></p>
<p>Artículo 18. <i>Inspección, vigilancia y control.</i> Para garantizar en debida forma los derechos de los usuarios, la Superintendencia Nacional de Salud, las Direcciones Territoriales de Salud y la Defensoría del Usuario, serán las encargadas de la inspección, vigilancia y control en el acceso y la prestación de servicios oncológicos por parte de las entidades promotoras de salud de ambos regímenes, de los responsables de la población pobre no asegurada y de las instituciones habilitadas para la prestación con calidad de los servicios oncológicos y de determinar las sanciones a que correspondan.</p> <p>Parágrafo 1°. De la Vigilancia y Control en la entrega de Medicamentos a los usuarios y pacientes del SGSSS por parte de los Aseguradores y Entes Territoriales. El Gobierno Nacional contará con un plazo máximo de seis (6) meses a partir de la expedición de la presente ley para establecer las medidas de vigilancia y control, incluyendo los indicadores de seguimiento necesarios para verificar la entrega completa y oportuna de medicamentos formulados a sus afiliados. En caso de investigaciones que lleve a cabo la Superintendencia de Salud o quien esta defina relacionadas con el desabastecimiento o entrega interrumpida de medicamentos a personas que requieren entregas permanentes y oportunas, se invertirá la carga de prueba correspondiendo la misma a la entidad demandada, además estos procesos se adelantarán sumariamente con el fin de obtener una decisión la que no podrá sobrepasar en su investigación y decisión final más de tres (3) meses.</p> <p>Parágrafo 2°. Quedan expresamente prohibidos todos aquellos premios o incentivos a los profesionales de la Salud que con la finalidad de reducir los gastos pongan en riesgo la salud y el derecho de los afiliados a un servicio de buena calidad. El Gobierno Nacional, en un término no mayor de seis (6) meses reglamentará los parámetros y mecanismos de control que sean necesarios para su cumplimiento.&lt; o:p&gt;</p>	<p><b>Artículo 20. <i>Inspección, vigilancia y control.</i></b> Para garantizar en debida forma los derechos de los usuarios, la Superintendencia Nacional de Salud, las Direcciones Territoriales de Salud y concurrirá como garante, la Defensoría del Pueblo, de conjunto serán las encargadas de la inspección, vigilancia y control en el acceso y la prestación de servicios oncológicos por parte de las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes, de los responsables de la población pobre no asegurada y de las instituciones habilitadas para la prestación con calidad de los servicios oncológicos.</p> <p><b>Parágrafo 1°.</b> El Gobierno Nacional contará con un plazo máximo de seis meses a partir de la expedición de la presente ley para establecer las medidas de vigilancia y control, incluyendo los indicadores de seguimiento necesarios para verificar la entrega completa y oportuna de medicamentos formulados a sus afiliados. En caso de investigaciones que lleve a cabo la Superintendencia de Salud o quien este delegue, relacionadas con el desabastecimiento o entrega interrumpida de medicamentos a personas que requieren entregas permanentes y oportunas, se invertirá la carga de prueba debiendo la entidad demandada probar la entrega, además estos procesos se adelantarán con el fin de obtener una decisión final la que no podrá sobrepasar en su investigación y decisión final más de tres meses.</p> <p><b>Parágrafo 2°.</b> Quedan expresamente prohibidos <u>mecanismos de contratación que conlleven el traslado del riesgo al prestador, la intermediación entre el asegurador y el prestador, así como los premios o incentivos a los profesionales de la salud que con la finalidad de reducir los gastos pongan en riesgo la salud o las situaciones que de cualquier forma afecten la calidad en la prestación del servicio.</u> El Gobierno Nacional, en un término no mayor de seis meses reglamentará los parámetros y mecanismos de control que sean necesarios para su cumplimiento.</p>
<p>Artículo 19. <i>Sanciones.</i> El incumplimiento de lo estipulado en la presente ley acarreará sanciones desde multas hasta la cancelación de licencias de funcionamiento.</p> <p>Sin perjuicio a las acciones civiles y penales que se deriven, generará sanción equivalente a multa, la primera vez, por doscientos salarios mínimos mensuales legales vigentes, y la reincidencia, multa equivalente a un mil salarios mínimos legales mensuales vigentes. Las investigaciones, multas y sanciones aquí previstas estarán a cargo de la Superintendencia de Salud o quien haga sus veces, la que podrá delegar en las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud. El no pago de las multas será exigible por cobro coactivo, constituyéndose la resolución sancionatoria, debidamente ejecutoriada, en título ejecutivo. Los dineros producto de multas irán con destino al Fondo de Solidaridad y Garantía –Subcuenta de Alto Costo.</p>	<p><b>Artículo 21. <i>Sanciones.</i></b> El incumplimiento de lo estipulado en la presente ley acarreará sanciones desde multas hasta la cancelación de licencias de funcionamiento.</p> <p>Sin perjuicio a las acciones civiles y penales que se deriven, generará sanción equivalente a multa, la primera vez, por doscientos salarios mínimos mensuales legales vigentes, y la reincidencia, multa equivalente a un mil salarios mínimos legales mensuales vigentes. Las investigaciones, multas y sanciones aquí previstas estarán a cargo de la Superintendencia de Salud o quien haga sus veces, la que podrá delegar en las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud. El no pago de las multas será exigible por cobro coactivo, constituyéndose la resolución sancionatoria, debidamente ejecutoriada, en título ejecutivo. Los dineros producto de multas irán con destino al Fondo de Solidaridad y Garantía –Subcuenta de Alto Costo.</p>
<p>Artículo 20. <i>Financiación.</i> A partir de la vigencia de la presente ley, esta se financiará con los recursos que se incorporarán en la Subcuenta de Alto Costo componente específico Cáncer, y harán parte del sistema de financiamiento del SGSSS que integran los recursos parafiscales provenientes de las cotizaciones a la seguridad social en salud con los recursos fiscales del orden nacional y territorial, con base en un criterio de cofinanciación y de equidad, con el propósito de generar solidaridad plena.</p> <p>Entre otros recursos, se financiará la Subcuenta de Alto Costo del SGSSS con las siguientes fuentes:</p> <p>a) Los excedentes de la cuenta ECAT;</p> <p>b) Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a las acciones colectivas de salud pública, definidos en la Ley 715 de 2001;</p>	<p><b>Artículo 22. <i>Financiación.</i></b> A partir de la vigencia de la presente ley, esta se financiará con los recursos que se incorporarán en la Subcuenta de Alto Costo componente específico Cáncer, y harán parte del sistema de financiamiento del SGSSS que integran los recursos parafiscales provenientes de las cotizaciones a la seguridad social en salud con los recursos fiscales del orden nacional y territorial, con base en un criterio de cofinanciación y de equidad, con el propósito de generar solidaridad plena.</p>

<p><b>TEXTO APROBADO EN SEGUNDO DEBATE EN LA CAMARA DE REPRESENTANTES AL PROYECTO DE LEY NUMERO 090 DE 2007 CAMARA ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NUMERO 142 DE 2007 CAMARA</b></p>	<p><b>TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 312 DE 2008 SENADO-090 DE 2007 CAMARA ACUMULADO EN EL PROYECTO DE LEY NUMERO 142 DE 2007 CAMARA</b></p>
<p><i>Por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.</i></p>	<p><i>Por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.</i></p>
<p>c) Los recursos provenientes del uno por ciento de las remesas de utilidades de empresas petroleras en fase de explotación de hidrocarburos;                      d) Los recursos provenientes de 2% de las utilidades del sector financiero que opera en el país;                      e) Los recursos provenientes del impuesto a la compra de armas, correspondiente al diez por ciento (10%) de un salario mínimo mensual, y a las municiones y explosivos, que se cobrará como un impuesto ad valorem con una tasa del cinco por ciento (5%), exceptuando las armas, municiones y explosivos de las fuerzas armadas, de policía y las entidades de seguridad del Estado;                      f) Los recursos provenientes del plan de acción y recuperación de dineros perdidos por concepto de evasión y elusión y evaluados de acuerdo con el Plan de desempeño conjunto con el Fosyga, DIAN y Ministerios de Hacienda y Protección Social que deberá estar definido a 31 de diciembre de 2008 y será estructurado con un cronograma de ejecución a cuatro (4) años.</p> <p>Parágrafo 1°. Coeficiente de UPC. Para equilibrar las desviaciones que puedan existir entre las diferentes EPS respecto del número observado de pacientes con Cáncer se calculará un coeficiente por EPS, que determinará los recursos que se deben reconocer o descontar a cada EPS durante el proceso de compensación, por contar con una mayor o menor frecuencia de casos de Cáncer. Este coeficiente resulta de dividir el total del Valor de la Compensación Hipotética ajustada en función del número de casos de Cáncer de la EPS, entre el total del valor de la Compensación Observada de la EPS, no ajustada, en el período de estudio. Para este fin se utilizará la fórmula de cálculo definida para el ajuste de la UPC para la IRC y las modificaciones que requiera para este fin. El encargo fiduciario del Fosyga aplicará en el proceso de compensación de cada EPS el Coeficiente definido anualmente por el CNSSS que reconoce el mayor o menor valor a descontar o reconocer en el proceso de compensación de cada EPS por la ocurrencia del mayor o menor número de casos de Cáncer, al multiplicar la compensación calculada a partir de las UPC de los grupos de edad aprobadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, por el Coeficiente. Para la aplicación del coeficiente se hará a partir de la compensación correspondiente a los dos (2) meses siguientes a la sanción de esta ley.</p> <p>Parágrafo 2°. La subcuenta de compensación del Fosyga deberá mantener un equilibrio anual (suma cero) entre los valores negativos y positivos que resulten de la aplicación de la fórmula establecida con los parámetros descritos en el artículo 3° del presente Acuerdo. El techo anual de la compensación con el Coeficiente CIRCi para cada EPS, no podrá superar o ser inferior al resultado de la diferencia de la compensación con el Coeficiente CIRC con relación a la Compensación Observada, obtenida en el período de estudio, julio 1° del año n-2, a junio 30 del año n-1.</p> <p>Parágrafo 3°. El Coeficiente definido en el presente acuerdo no se aplicará para las Entidades Adaptadas al SGSSS, regímenes de exención y regímenes especiales.</p> <p>Parágrafo 4°. El Ministerio de la Protección Social y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud o quien haga sus veces, destinarán como contingencia para el financiamiento y ejecución del Plan de Acción contra el cáncer definido en la presente ley, para ello, se destinará el veinte por ciento (20%), correspondiente a la distribución equitativa según carga de la enfermedad de cada una de las patologías definidas como catastróficas o de alto costo, de la Subcuenta de Alto Costo definida en el Decreto 2699. Los recursos definidos en la presente ley serán administrados por una fiducia independiente que podrá ser constituida por las EPS tanto contributivas como subsidiadas que operan en el país. Estos recursos deberán garantizar que se supera el riesgo de iliquidez y quiebra de Empresas Promotoras de Salud por no tomar decisiones frente al comportamiento y la tendencia comprobadas del alto costo en el Sistema.</p>	
<p>Artículo 21. <i>Día de Lucha contra el Cáncer.</i> Establézcase el día 4 de febrero como el Día Nacional de Lucha contra el Cáncer en Colombia.                      El Gobierno Nacional hará público ese día, el Plan Nacional Contra el Cáncer, basados en los postulados de la presente ley y en el Plan Nacional de Salud Pública.</p>	<p><b>Artículo 23. <i>Día de Lucha contra el Cáncer.</i></b> Establézcase el día 4 de febrero como el Día Nacional de Lucha contra el Cáncer en Colombia.                      El Gobierno Nacional hará público ese día, el Plan Nacional Contra el Cáncer, basados en los postulados de la presente ley y en el Plan Nacional de Salud Pública.</p>
<p>Artículo 22. <i>Vigencia.</i> Esta Ley entrará en vigencia a partir de su promulgación en el <i>Diario Oficial</i> y su reglamentación se dará en los seis (6) meses siguientes a la promulgación.</p>	<p><b>Artículo 24. <i>Vigencia.</i></b> Esta Ley entrará en vigencia a partir de su promulgación en el <i>Diario Oficial</i> y su reglamentación se dará en los seis (6) meses siguientes a la promulgación.</p>

## 5. PROPOSICION FINAL

Dar primer debate al Proyecto de ley número 312 de 2008 Senado-090 de 2007 Cámara Acumulado con el Proyecto de ley número 142 de 2007 Cámara, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia, de acuerdo con el pliego de modificaciones que se propone en la presente ponencia.

Atentamente,

*Dilian Francisca Toro Torres,*  
Senadora Ponente.

SENADO DE LA REPUBLICA

COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE

Bogotá, D. C., a los dos (2) días del mes de octubre año dos mil ocho (2008).

En la presente fecha se autoriza la publicación, en la *Gaceta del Congreso* de la República, a cincuenta y uno (51) folios, del informe de ponencia para primer debate y texto propuesto para primer debate al Proyecto de ley número 312 de 2008 Senado-090 de 2007 Cámara Acumulado con el Proyecto de ley número 142 de 2007 Cámara, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.

Autoría del proyecto de ley de los honorables Congresistas: *Jorge Ignacio Morales Gil* y *Sandra Ceballos Arévalo*.

El Secretario,

*Jesús María España Vergara.*

## 6. TEXTO PROPUESTO

### TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 312 DE 2008 SENADO-090 DE 2007 CAMARA ACUMULADO EN EL PROYECTO DE LEY NUMERO 142 DE 2007 CAMARA

*por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.*

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. *Objeto de la ley.* Establecer las acciones para el control integral del cáncer en la población colombiana, de manera que se reduzca la mortalidad y la morbilidad por cáncer, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, a través de la garantía por parte del Estado y de los actores que intervienen en el Sistema General vigente, todos los servicios que requieren para su prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo, bajo los principios de continuidad, longitudinalidad, integralidad, oportunidad, accesibilidad y coordinación.

Artículo 2°. *Principios.* El contenido de la presente ley y de las disposiciones que la complementen o adicionen, se interpretarán y ejecutarán teniendo presente el respeto y garantías al derecho a la vida, preservando el criterio según el cual, la tarea fundamental de las autoridades de salud será lograr la prevención, el tratamiento y rehabilitación del paciente y evitar el aumento en el número de casos nuevos de colombianos con esta enfermedad.

Artículo 3°. *Campo de aplicación.* Los beneficiarios de la presente ley será toda la población colombiana, residente en el territorio nacional.

Artículo 4°. *Definiciones.* Las siguientes definiciones se aplican a esta ley.

a) **Control integral del cáncer.** Acciones destinadas a disminuir la incidencia, morbilidad, mortalidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer;

b) **Cuidado paliativo.** Son los servicios y atenciones que se suministran a los pacientes que padecen enfermedad crónica de alto impacto en la calidad de vida o terminal y a sus familiares, con el propósito de suministrar un tratamiento apropiado de los síntomas que perturban al paciente como dolor, ansiedad, agitación, disnea; para brindar un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado de la ansiedad y la depresión,

garantizar el acompañamiento del enfermo, especialmente cuando reciba atención institucionalizada y otorgar orientación a la familia;

c) **Unidades funcionales.** Son unidades clínicas ubicadas al interior de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, habilitadas por el Ministerio de la Protección Social o quien este delegue, conformadas por profesionales especializados (médicos y enfermeras), apoyado por profesionales complementarios de diferentes disciplinas para la atención integral del cáncer, su función es evaluar la situación de salud del paciente y definir su manejo, garantizando la calidad, oportunidad y pertinencia del diagnóstico y el tratamiento. Sus integrantes varían dependiendo del tipo de patología oncológica de que se trate, pero en todo caso, debe siempre hacer parte del grupo, coordinarlo y hacer presencia asistencial, un médico Oncohematólogo;

d) **Nuevas tecnologías en cáncer.** Se entiende por nuevas tecnologías, la aplicación del conocimiento empírico y científico a una finalidad práctica, para lo cual se requieren nuevos medicamentos, equipos y dispositivos médicos, procedimientos médicos y quirúrgicos, y modelos organizativos y sistemas de apoyo necesarios para su empleo en la atención a los pacientes. Nuevas tecnologías deben considerar también incluir todas las tecnologías que se aplican en la atención a las personas (sanas o enfermas), así como las habilidades personales y el conocimiento necesario para su uso.

Artículo 5°. *Control integral del cáncer:* Declárese el cáncer como una enfermedad de interés en salud pública y prioridad nacional para la República de Colombia. El control integral del cáncer de la población colombiana, considerará los aspectos contemplados por el Instituto Nacional de Cancerología, apoyado con la asesoría permanente de la Sociedad Colombiana de Hematología y Oncología y avalado por el Ministerio de la Protección Social, que determinará acciones de promoción y prevención, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

Parágrafo 1°. La contratación y prestación de servicios oncológicos para adultos y pediátricos, se realizará siempre con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cuenten con servicios oncológicos habilitados, que tengan en funcionamiento Unidades Funcionales, en los términos de la presente ley y aplica para todos los actores del sistema, como las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes, y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, que deben garantizar el acceso, la oportunidad y la calidad a las acciones contempladas para el control del cáncer adulto y cáncer pediátrico; así, por ningún motivo negarán la participación de la población colombiana, residente en el territorio nacional en actividades o acciones de promoción y prevención, así como tampoco la asistencia necesaria en detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo.

Parágrafo 2°. Los entes territoriales deberán incluir en su plan de desarrollo el cáncer como prioridad, así como una definición clara de los indicadores de cumplimiento de las metas propuestas para el control en cada uno de los territorios.

Parágrafo 3°. El Ministerio de la Protección Social con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y la Sociedad Colombiana de Hematología y Oncología definirá los indicadores para el monitoreo de los resultados de las acciones en el control del cáncer, desarrolladas por las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada. Estos indicadores serán parte integral del Plan Nacional de Salud Pública.

Artículo 6°. *Acciones de promoción y prevención para el control del cáncer.* Las Entidades Promotoras de Salud, los regímenes de excepción y especiales y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, deben garantizar acciones de promoción y prevención de los factores de riesgo para cáncer y cumplir con los indicadores de resultados en salud que se definan para esta patología por el Ministerio de la Protección

Social y que estarán definidos en los 6 meses siguientes a la sanción de esta ley.

Parágrafo. El Ministerio de la Protección Social, con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y la Sociedad Colombiana de Hematología y Oncología, definirá dentro de los 6 meses siguientes a la promulgación de esta ley, los lineamientos técnicos, los contenidos, las estrategias, el alcance y la evaluación de impacto de las acciones de promoción y prevención a ser implementadas en el territorio nacional. Los lineamientos técnicos, los contenidos, las estrategias, el alcance y la evaluación de impacto de las acciones de promoción y prevención, serán actualizados anualmente en concordancia con el Plan Nacional de Salud Pública y serán de obligatorio cumplimiento por todos los actores del SGSSS.

Artículo 7°. *Prestación de Servicios Oncológicos.* La prestación de servicios oncológicos en Colombia seguirá de manera obligatoria los parámetros establecidos en la presente ley basados en las guías de práctica clínica y los protocolos de manejo internacionalmente reconocidos y avalados por la Sociedad Colombiana de Hematología y Oncología y el Instituto Nacional de Cancerología, que garantizan atención integral, oportuna y pertinente.

Parágrafo 1°. El Ministerio de la Protección Social con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y la Sociedad Colombiana de Hematología y Oncología, elaborará y adoptará en un plazo de 6 meses después de entrada en vigencia la presente ley de manera permanente las Guías de Práctica Clínica y los protocolos de manejo, para la promoción y prevención, el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo de neoplasias y enfermedades relacionadas en pacientes oncológicos de obligatoria aplicación y basados en las Guías de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN), adoptadas de acuerdo con las circunstancias nacionales.

Artículo 8°. *Criterios de funcionamiento de las Unidades funcionales.* Las Entidades Promotoras de Salud, los regímenes de excepción y especiales y las entidades territoriales responsables de la población pobre y vulnerable no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, estarán obligadas a contratar la prestación de servicios con Instituciones Prestadoras de Salud, IPS, que contengan Unidades Funcionales para la Atención Integral del Cáncer, a excepción de las actividades de promoción y prevención, y las de cuidado paliativo en casos de estado terminal del paciente, las cuales deben cumplir con los siguientes criterios:

1. Recurso Humano: medico hematólogo u oncólogo presencial idóneo con formación documentada por título universitario especialización en medicina interna y postrado en hematológica, oncológica o ambas; enfermera jefe oncóloga o con entrenamiento certificado por un oncólogo titulado formalmente y 2 auxiliares de enfermería entrenadas en el área oncológica o más según el número de sillas disponibles en la unidad.

2. La unidad funcional debe aplicar las guías y protocolos adoptados por el Ministerio de la Protección Social, basados en las determinadas por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN), así como los protocolos de investigación deberán ser aprobados por el Comité de Ética médica de la Institución.

3. Infraestructura: deberá contar con central de mezclas y todos los procedimientos que soporten los procedimientos y normas de bioseguridad.

4. Interdependencia de servicios: deberá contar con servicio de ambulancia, procedimiento para referencia y contrarreferencia mediante la red de prestadores de las EPS con las cuales posee convenio.

5. Radioterapia: la unidad funcional debe contar con un servicio de radioterapia y en caso de no tenerlo, poseer convenio con la Institución Prestadora de Salud que lo disponga y esté habilitado por el Ministerio de la Protección Social o quien este delegue.

6. Hospitalización la unidad funcional deberá disponer o poseer convenio con servicio de hospitalización en una Institución Prestadora del Servicio – IPS habilitada, por el Ministerio de la Protección Social o quien este delegue, incluyendo disponibilidad de componentes sanguí-

neos, transfusiones, procedimientos y disponibilidad de Unidad de Cuidado Intensivo UCI.

7. Rehabilitación: Unidad de Cuidado Paliativo: La unidad funcional deberá implementar el programa de cuidado paliativo que permita brindar soporte desde el inicio del diagnóstico previamente al inicio de la quimioterapia e igualmente a aquellos pacientes con fines paliativos, siempre tendiente a desarrollarlo inmediatamente se realiza el diagnóstico.

Parágrafo. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con Unidades Funcionales de Cáncer Pediátrico, habilitadas por el Ministerio de la Protección Social o quien este delegue, contarán con un Comité de Tumores con el propósito de desarrollar una actividad coordinadora, de control y asesoría sobre la enfermedad.

Artículo 9°. *Criterios de atención en lugares aislados del país.* Las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud IPS, que se encuentren en lugares aislados del país deberán brindar una atención primaria en cáncer y en caso de que el paciente requiera una atención especializada deberán remitirlo a la Unidad Funcional en Oncología más cercana.

Para la atención primaria en Cáncer, se deberán cumplir con los siguientes criterios:

1. Entrenar al personal de los hospitales regionales para campañas de salud de prevención y promoción, orientadas por el Instituto Nacional de Cancerología y la Sociedad Colombiana de Hematología y Oncología.

2. Entrenar al personal del área clínica de los hospitales regionales en la implementación de guías de abordaje diagnóstico de pacientes con la sospecha de patología neoplásica, optimizando tiempo y recursos.

3. Implementación del protocolo de toma de biopsias en casos de sospecha de enfermedad neoplásica, en los casos en que esta pueda ser realizada en los sitios remotos.

4. Se deberá brindar capacitación y soporte permanente al recurso humano que labora en la Institución, a través de cursos de actualización de personal médico y asistencial, soporte en interpretación de estudios imagenológicos y patología, implementación de tecnología de telemedicina.

Parágrafo. El Ministerio de la Protección Social con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y la Sociedad Colombiana de Hematología y Oncología determinará y planificará las condiciones y parámetros en que se brindará la atención primaria en cáncer en las IPS ubicadas en lugares distantes del país y las circunstancias de remisión inmediata de pacientes, es el caso para la toma de biopsias existiendo sospecha de enfermedad neoplásica o para el envío de material de patología al laboratorio de referencia, este protocolo debe ser evaluado mediante indicadores en términos de eficiencia y tiempo de obtención de resultados.

Artículo 10. *Cuidado paliativo.* Las Entidades Promotoras de Salud, los regímenes de excepción y especiales y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, deberán garantizar el acceso de los pacientes oncológicos a Programas de Cuidado Paliativo y que cumpla con los criterios antes descritos.

Parágrafo 1°. El Ministerio de la Protección Social con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y la Sociedad Colombiana de Hematología y Oncología, definirá el Modelo de Atención para el Cáncer desde la promoción hasta la Rehabilitación, con indicadores de evaluación de calidad que permitan eliminar las barreras de acceso y definir incentivos o sanciones por parte del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) o quien haga sus veces, Comisión de Regulación en Salud (CRES).

Parágrafo 2°. El Ministerio de la Protección Social a través del Fondo Nacional de Estupefacientes, garantizará la distribución, accesibilidad, disponibilidad y otorgará las autorizaciones necesarias para garantizar la suficiencia y la oportunidad para el acceso a los medicamentos opioides de control especial para el manejo del dolor.

Artículo 11. *Rehabilitación integral*. Las entidades promotoras de salud de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, deberán garantizar el acceso de los pacientes oncológicos a programas de apoyo de rehabilitación integral que incluyan rehabilitación física en todos sus componentes, psicológica y social, incluyendo prótesis.

Parágrafo 1°. Con el fin de precisar responsabilidades previstas en los artículos 5°, 6°, 8° y 9° y asegurar la atención integral del cáncer en sus diferentes etapas, las entidades responsables lo harán en una forma eficiente y ágil sin perjuicio, que cuando corresponda hagan los recorros a que haya lugar.

Artículo 12. *Red Nacional de Cáncer*. El Ministerio de la Protección Social definirá los mecanismos y la organización de la Red Nacional de Cáncer y concurrirá en su financiación. Esta red será coordinada por el Instituto Nacional de Cancerología.

Parágrafo. La red tendrá como objeto la gestión del sistema integral de información en cáncer, la gestión del conocimiento, la gestión de la calidad de la información, la gestión del desarrollo tecnológico y la vigilancia epidemiológica del cáncer.

Artículo 13. *Red de Prestación de Servicios Oncológicos*. Las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, deberán responder por la organización y gestión integral de la Red de Prestación de Servicios Oncológicos, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Ministerio de la Protección Social y contenidos en la presente ley.

Parágrafo. El Ministerio de la Protección Social definirá las condiciones y la organización de la Red de Prestación de Servicios Oncológicos, optimizando los avances tecnológicos para el diagnóstico y el tratamiento y determinará los lineamientos para el monitoreo y la evaluación de la prestación de servicios oncológicos.

Artículo 14. *Servicio de Apoyo Social*. A partir de la vigencia de la presente ley, los beneficiarios de la misma tendrán derecho, cuando así lo exija el tratamiento o los exámenes de diagnóstico, a contar con los servicios de un Hogar de Paso, pago del costo de desplazamiento, apoyo psicosocial y escolar, de acuerdo con sus necesidades, certificadas por el Trabajador Social o responsable del Centro de Atención a cargo del paciente.

Parágrafo 1°. En un plazo máximo de dos (2) años, el Gobierno Nacional reglamentará lo relacionado con el procedimiento y costo de los servicios de apoyo, teniendo en cuenta que estos serán gratuitos para el menor y por lo menos un familiar o acudiente, quien será su acompañante, durante la práctica de los exámenes de apoyo diagnóstico, su tratamiento, o trámites administrativos, así como la fuente para sufragar los mismos.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Educación, en el mismo término, reglamentará lo relativo al apoyo académico especial para las aulas hospitalarias públicas o privadas que recibirán los niños con cáncer, para que sus ausencias por motivo de tratamiento y consecuencias de la enfermedad, no afecten de manera significativa, su rendimiento académico, así como lo necesario para que el Colegio ayude al manejo emocional de esta enfermedad por parte del menor y sus familias.

Artículo 15. *Sistemas de Información*. Se establecerán los Registros Nacionales de Cáncer Adulto y Pediátrico, basado en registros poblacionales y registros institucionales. Estos harán parte integral del Sistema de Vigilancia en Salud Pública. La dirección y coordinación técnica del registro estará a cargo del Instituto Nacional de Cancerología.

Parágrafo 1°. Cualquiera sea su naturaleza jurídica, estarán obligados a suministrar la información a los registros:

- a) Los Laboratorios de Histopatología;
- b) Las instituciones habilitadas para la prestación de servicios oncológicos;
- c) Los Centros de Radiodiagnóstico;
- d) Las entidades de prestación de servicios creadas por las autoridades indígenas, en el marco de lo establecido por la Ley 691 de 2001;

e) Otras unidades notificadoras definidas por el Ministerio de la Protección Social;

f) Medicina Legal.

Parágrafo 2°. Para efectos de obtener la información pertinente, los registros consultarán, respetando el principio de confidencialidad de la información estadística, la información de morbimortalidad por cáncer del Sistema Nacional de Estadísticas Vitales que incluya los datos de identificación. Para tal efecto el Instituto Nacional de Salud, suministrará la información.

Parágrafo 3°. El Instituto Nacional de Cancerología tendrá la obligación de presentar los análisis producto de los registros. La información generada por los registros nacionales de Cáncer adulto y pediátrico será de uso público y estarán disponibles en la página web de la institución y actualizados semestralmente.

Parágrafo 4°. El Ministerio de la Protección Social y el de Hacienda y Crédito Público destinarán los recursos financieros necesarios para la implementación, funcionamiento y mantenimiento de los Registros Nacionales de Cáncer Adulto y Pediátricos.

Artículo 16. *Observatorio epidemiológico del cáncer*. Se establece el Observatorio Epidemiológico del Cáncer. Este hará parte del Sistema de Vigilancia en Salud Pública. La dirección estará a cargo del y coordinación técnica del observatorio estará a cargo del Instituto Nacional de Cancerología con participación de las Entidades Territoriales. El Observatorio Epidemiológico considerará, entre sus actividades, la realización de manera permanente y con metodología comparable, de las encuestas prevalencia de los factores de riesgo para cáncer.

Los informes del Observatorio serán considerados como insumo principal en la definición de acciones en el Plan Nacional de Salud Pública.

Parágrafo 1°. De la destinación de los recursos que las entidades del Ministerio de la Protección Social para investigación, serán prioritarios los estudios del Observatorio.

Artículo 17. *Investigación en cáncer en Colombia*. Considérese en el Plan Nacional de Ciencia y Tecnología, al cáncer como tema prioritario de investigación. El Ministerio de la Protección Social, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Colciencias) y el Instituto Nacional de Cancerología con participación de la academia, definirán y actualizarán de manera permanente las líneas de investigación en cáncer para el país. Se promoverá los estudios clínicos que de acuerdo con el consenso de los actores antes relacionados sean convenientes para el país, en la especialidad hemato oncológica, bajo estándares definidos por Colciencias, Ministerio de Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología y Sociedad Colombiana de Hematología y Oncología.

Artículo 18. *Instrumentos para evaluación e implementación de tecnologías y medicamentos*. El Ministerio de la Protección Social con asesoría del Instituto Nacional de Cancerología y la Sociedad Colombiana de Hemato-oncología, desarrollará los instrumentos para evaluación e implementación de nuevas tecnologías y medicamentos, equipos, dispositivos médicos, procedimientos médicos y quirúrgicos, y modelos organizativos y sistemas de apoyo en cáncer.

Parágrafo 1°. Deberá garantizarse la eficacia y seguridad de los medicamentos para el tratamiento del cáncer, mediante la utilización de mecanismos de vigilancia a la calidad de los mismos por parte de la autoridad sanitaria competente. Dichos estudios de seguridad, deben incluir los resultados de inmunogenicidad del medicamento durante el tiempo necesario y con el número de pacientes que garantice una evaluación estadística significativa; los estudios clínicos deben realizarse con su propio producto, así como el análisis de biodisponibilidad y bioequivalencia cuando aplique según el tipo de producto.

Artículo 19. *Formación de recurso humano en Oncología*. Inclúyase en los currículos de programas académicos de educación formal y de educación para el trabajo del personal de salud y relacionados, planes educativos al control del cáncer con énfasis en prevención y detección temprana teniendo en cuenta los protocolos aprobados. Se crearán estímulos a la formación de recurso humano de profesionales de la salud

especializados en hematología y/u oncología, así como también, incentivos para la prestación de servicios en lugares de difícil acceso, con el fin de permitir la atención especializada oportuna a la población colombiana, que permita obtener un diagnóstico temprano y emprender acciones terapéuticas que impacten en la calidad de vida de los pacientes.

Artículo 20. *Inspección, vigilancia y control.* Para garantizar en debida forma los derechos de los usuarios, la Superintendencia Nacional de Salud, las Direcciones Territoriales de Salud y concurrirá como garante, la Defensoría del Pueblo, de conjunto serán las encargadas de la inspección, vigilancia y control en el acceso y la prestación de servicios oncológicos por parte de las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes, de los responsables de la población pobre no asegurada y de las instituciones habilitadas para la prestación con calidad de los servicios oncológicos.

Parágrafo 1°. El Gobierno Nacional contará con un plazo máximo de seis meses a partir de la expedición de la presente ley para establecer las medidas de vigilancia y control, incluyendo los indicadores de seguimiento necesarios para verificar la entrega completa y oportuna de medicamentos formulados a sus afiliados. En caso de investigaciones que lleve a cabo la Superintendencia de Salud o quien este delegue, relacionadas con el desabastecimiento o entrega interrumpida de medicamentos a personas que requieren entregas permanentes y oportunas, se invertirá la carga de prueba debiendo la entidad demandada probar la entrega, además estos procesos se adelantarán con el fin de obtener una decisión final la que no podrá sobrepasar en su investigación y decisión final más de tres meses.

Parágrafo 2°. Quedan expresamente prohibidos mecanismos de contratación que conlleven el traslado del riesgo al prestador, la intermediación entre el asegurador y el prestador, así como los premios o incentivos a los profesionales de la salud que con la finalidad de reducir los gastos pongan en riesgo la salud o las situaciones que de cualquier forma afecten la calidad en la prestación del servicio. El Gobierno Nacional, en un término no mayor de seis meses reglamentará los parámetros y mecanismos de control que sean necesarios para su cumplimiento.

Artículo 21. *Sanciones.* El incumplimiento de lo estipulado en la presente ley acarreará sanciones desde multas hasta la cancelación de licencias de funcionamiento.

Sin perjuicio a las acciones civiles y penales que se deriven, generará sanción equivalente a multa, la primera vez, por doscientos salarios mínimos mensuales legales vigentes, y la reincidencia, multa equivalente a un mil salarios mínimos legales mensuales vigentes. Las investigaciones, multas y sanciones aquí previstas estarán a cargo de la Superintendencia de Salud o quien haga sus veces, la que podrá delegar en las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud. El no pago de las multas será exigible por cobro coactivo, constituyéndose la resolución sancionatoria, debidamente ejecutoriada, en título ejecutivo. Los dineros producto de multas irán con destino al Fondo de Solidaridad y Garantía- Subcuenta de Alto Costo.

Artículo 22. *Financiación.* A partir de la vigencia de la presente ley, esta se financiará con los recursos que se incorporarán en la Subcuenta de Alto Costo componente específico Cáncer, y harán parte del sistema de financiamiento del SGSSS que integran los recursos parafiscales provenientes de las cotizaciones a la seguridad social en salud con los recursos fiscales del orden nacional y territorial, con base en un criterio de cofinanciación y de equidad, con el propósito de generar solidaridad plena.

Artículo 23. *Día de Lucha contra el Cáncer.* Establézcase el día 4 de febrero como el Día Nacional de Lucha contra el Cáncer en Colombia.

El Gobierno Nacional hará público ese día, el Plan Nacional Contra el Cáncer, basados en los postulados de la presente ley y en el Plan Nacional de Salud Pública.

Artículo 24. *Vigencia.* Esta Ley entrará en vigencia a partir de su promulgación en el *Diario Oficial* y su reglamentación se dará en los seis (6) meses siguientes a la promulgación

*Dilian Francisca Toro Torres,*  
Senadora Ponente.

## SENADO DE LA REPUBLICA

### COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE

Bogotá, D. C., a los dos (2) días del mes de octubre año dos mil ocho (2008).

En la presente fecha se autoriza la publicación en la *Gaceta del Congreso* de la República, a cincuenta y uno (51) folios, el informe de ponencia para primer debate y texto propuesto para primer debate al Proyecto de ley número 312 de 2008 Senado-090 de 2007 Cámara Acumulado con el Proyecto de ley número 142 de 2007 Cámara, *por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.*

Autoría del proyecto de ley de los honorables Congresistas: *Jorge Ignacio Morales Gil* y *Sandra Ceballos Arévalo.*

El Secretario,

*Jesús María España Vergara.*

\* \* \*

### INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 121 DE 2007 SENADO

*por medio de la cual se instrumenta la cultura  
y generación de espacios libres de humo.*

Señor

JESUS MARIA ESPAÑA VERGARA

Secretario General

Comisión Séptima Constitucional Permanente

Senado de la República

E. S. D.

**Asunto:** Informe de ponencia para segundo debate al Proyecto de ley número 121 de 2007 Senado, *por medio de la cual se instrumenta la cultura y generación de espacios libres de humo.*

Señor Secretario:

En mi condición de Ponente designado por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima del Senado de la República, según consta en el Acta número 20 del día catorce (14) de mayo de 2008, me permito rendir informe de ponencia para **segundo debate al Proyecto de ley número 121 de 2007 Senado**, *por medio de la cual se instrumenta la cultura y generación de espacios libres de humo.*

Se adjunta en cuarenta y un (41) folios:

- Original y dos copias.
- Medio magnético.

Con un cordial saludo,

*Ricardo Arias Mora,*  
Senador de la República.

## EXPOSICION DE MOTIVOS

### I. Antecedentes del proyecto

El presente proyecto es de iniciativa del honorable Senador José David Name Cardozo, el texto original fue publicado en la *Gaceta del Congreso* número 437 de 2007 y aprobado en primer debate en Sesión Ordinaria de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República el 14 de mayo de 2008, publicado en la *Gaceta del Congreso* número 245 de 2008.

### II. Objeto del proyecto

Es objeto de la presente ley instrumentar la cultura y generación de los espacios libres de humo, en el marco de la prohibición del consumo de tabaco en espacios cerrados, públicos y privados, de acceso público; con la finalidad de velar por un ambiente sano libre de Aire Contaminado por Humo de Tabaco (AHT), en torno a la salubridad pública y el desarrollo sostenible del ambiente.

### III. Importancia del proyecto

La salud y el ambiente son los sectores de mayor importancia dentro del ámbito de acción de las legislaciones actuales, por la envergadura de sus consecuencias y por la repercusión de los mismos en la vida del ser humano; por lo tanto, es de vital trascendencia que se recurra a



todos los medios posibles para lograr la concientización por el respeto y protección, de aquellos bienes jurídicos que por su ponderación en este sentido, presentan un valor tal que genera la necesidad de evitar su continua vulneración. De ello surge la necesidad que la legislación colombiana regule el tema del ambiente sano libre de humo de tabaco, ya que de ello se desprende la constante lucha de la Constitución Política de 1991, por el límite a la libertad y el respeto por los derechos de los demás, así como la lucha por la protección del medio ambiente en consonancia con el principio fundante del Desarrollo Sostenible, el cual alude a la necesidad de permitir que las generaciones venideras disfruten del mismo ambiente que hoy disfrutan los colombianos. Lo anterior reviste de importancia al presente proyecto de ley, ya que se encamina a la protección y defensa de la salud, el medio ambiente y los derechos fundamentales de los afectados.

Es de indicar que el humo de cigarrillo contiene alrededor de 4.000 compuestos tóxicos de los cuales 60 son cancerígenos en humanos, entre ellos el Cadmio, los bencenos, amoníaco, benzopireno, cianuro de hidrógeno, restos de plomo y arsénico, lo cual permite coleccionar que estamos en presencia de una combinación de elementos más que explosivos.

#### IV. Diagnóstico: Incidencia del humo de tabaco en el fumador pasivo y en el medio ambiente en Colombia

De acuerdo con el Instituto Nacional de Cancerología, en Colombia se producen 20.000 muertes al año atribuibles al consumo de cigarrillo, lo cual representa en costos para el sistema de salud cerca de 2,2 billones de pesos anuales lo que representa cerca del 0,7 por ciento del PIB del 2006<sup>1</sup>. Estos datos son el soporte para atribuir a las autoridades sanitarias, en cabeza del Ministerio de la Protección Social, el deber jurídico y social de velar por la generación de espacios libres de humo, ya que con ello se trabaja en pro de la disminución del consumo actual y se previene su incremento, lo que se va a ver representado en el aspecto económico, puesto que el sistema reducirá el gasto generado por los pacientes que gracias al cigarrillo padecen de enfermedades pulmonares, cáncer de pulmón o de enfermedades cardíacas. Esta medida se asemeja a las que se toman con la educación sexual para prevenir embarazos prematuros y enfermedades como el SIDA, que resulta en pacientes de alto costo para el sistema, por ello se ha evidenciado la necesidad de invertir en la prevención, puesto que hablando en términos matemáticos, resulta en grandes proporciones más beneficioso. Por lo tanto, y desde el símil planteado, se torna en responsabilidad del sistema de salud la prevención de enfermedades por el consumo de cigarrillo.

Según el estudio "PREVALENCIA DE TABAQUISMO Y SUS FACTORES ASOCIADOS EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE SIETE CIUDADES COLOMBIANAS 2005-2006", se estipuló un incremento alarmante en el consumo de cigarrillos entre adolescentes de los 12 a 18 años, llegando a la conclusión que un 29% de los jóvenes colombianos son fumadores; en los últimos cinco años aumentó en un 20% el consumo del tabaco, teniendo en cuenta que el incremento de consumo en jóvenes fue del 24%. Las ciudades cuyo impacto es mayor en cuanto al consumo de cigarrillo, son Bogotá, Medellín y Manizales; quedó evidenciado que en los estratos altos el consumo es mayor que en los bajos. El dato que revela un mayor impacto en cuanto al tema del cigarrillo en Colombia, es que alrededor de 5 millones de colombianos son consumidores; en cuanto a la producción de tabaco es relevante establecer que se cultivan en promedio catorce mil hectáreas de tabaco las que producen unas veinte mil toneladas de hoja. De la información recopilada puede establecerse que Colombia está ad portas de una crisis sanitaria por consumo de tabaco, y la alerta es inminente en todos los medios de comunicación, a saber se hace necesario, desde esta nueva perspectiva, la regulación del tema

en pro de tender a la disminución de la cifra revelada de 5 millones de colombianos consumidores<sup>2</sup>.

Desde el aspecto medioambiental, hay que enfatizar en el hecho que el impacto de tabaco sobre el ambiente es dos veces más grande que el que produce el resto de contaminantes ambientales; lo cual conlleva a que el Estado en cabeza del Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, emprenda una lucha en contra del consumo de cigarrillo, con la finalidad de propender por el cuidado y conservación del ambiente, lo que se lograría con la reducción del humo de tabaco en el espacio y ello tras la generación e instrumentación de la cultura de espacios libres de humo. Además, hay que enfatizar en las colillas de cigarrillo, puesto que siguiendo la experiencia colombiana, la población fumadora opta por dejar la colilla en el suelo, lo que genera otro elemento corroborador de la creciente contaminación y que en última consecuencia pone en riesgo el planeta, ya que son influyentes dentro del calentamiento global.

De otra parte, fumar cigarrillo está asociado a una larga y penosa lista de enfermedades, entre las cuales vale la pena destacar diferentes tipos de cáncer:

- Pulmón
- Laringe
- Esófago
- Vejiga

Se sabe también que otros órganos del cuerpo humano que en menor proporción también quedan expuestos al cáncer como consecuencia de este hábito:

- Boca
- Páncreas
- Estómago, y
- Cuello del útero.

A la lista hay que agregar otras enfermedades no menos devastadoras:

- **Enfermedad coronaria** (al menos el 40 por ciento de estas muertes se derivan del hábito de fumar).

- **Enfermedad cerebro-vascular** (el fumador tiene dos veces más posibilidades de desarrollar un accidente cerebro-vascular que los que no fuman).

- **Enfermedad oclusiva arterial periférica**, que es la oclusión progresiva de un vaso sanguíneo, con mayor frecuencia en las piernas, lo que puede derivar en la pérdida de la extremidad.

- **Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)** –bronquitis y enfisema pulmonar– (entre el 80 y 90 por ciento de muertes por EPOC se deben al cigarrillo); úlcera péptica (los fumadores tienen mayor riesgo de desarrollar esta enfermedad).

Adicionalmente, existe evidencia de las consecuencias nefastas de fumar cigarrillo durante el embarazo:

- Retardo del crecimiento intrauterino.
- Aborto espontáneo.
- Prematurez, muerte fetal y neonatal.
- Alteraciones en el desarrollo físico y mental del infante.
- Muerte súbita en la infancia.

Ahora bien: la expectativa de vida del fumador, de acuerdo con las estadísticas, se ve dramáticamente reducida, pues se considera que se pierden unos:

- 5 y ½ minutos de vida por cada cigarrillo consumido.
- A lo que equivale a entre 5 y 8 años menos de vida.

Dicho de otro modo una de cada seis muertes se derivan de fumar cigarrillo. Como si esto fuera poco, la otra cara dramática de esta realidad es que el fumar afecta por igual a las personas que fuman como a las que personas que están expuestas, contra su voluntad, al humo. De hecho estos "fumadores pasivos" tienen mayor probabilidad de desa-

<sup>1</sup> EL TIEMPO. SALUD Y VIDA. El vicio de fumar le quema vidas y el bolsillo al país. MIÉRCOLES 30 DE MAYO DE 2007.

<sup>2</sup> LEGIS. AMBITO MEDICO. Alerta roja por tabaquismo en escolares. Volumen 8, número 109. Junio de 2007. EL TIEMPO. SECCION ECONOMICAS. Congreso: 10 días para veto a venta y publicidad del tabaco. 10 de junio de 2007.

rollar cáncer pulmonar que las personas que no están expuestas al humo. Algunos estudios indican, por ejemplo, que aquellos hijos que comparten los mismos espacios de padres fumadores tienen más posibilidad de presentar enfermedades respiratorias como bronquitis, neumonías y asma.

Este es, muy grosso modo, el panorama desalentador asociado al cigarrillo, y un motivo más que suficiente para abogar porque cada vez exista mayor conciencia entre la población de la necesidad de contar con espacios saludables y libres de humo.

Por lo tanto, una ley que haga respetar estos espacios no es un capricho más del legislativo, sino el comienzo de una tarea inaplazable para garantizarle a nuestra población una mayor expectativa de vida por cuenta de un estilo de vida más sano, un ambiente libre de contaminación para todos y menos costos para la salud, tanto pública como privada. Además de garantizar un mejor estado de salud a las personas, porque indiscutiblemente la gente se va a enfermar menos, una ley de

estas características, producirá un ahorro para el Estado, las entidades y empresas aseguradoras, debido a los costos que hoy representa la atención de enfermedades como las ya descritas que son causadas precisamente por el humo tóxico de los cigarrillos.

**V. Marco jurídico**

Existen varios tipos de medidas:

1. Destinadas a prevenir el tabaquismo y, por tanto, regulan la publicidad del tabaco y el consumo en menores de edad.
2. Destinadas a crear espacios libres de humo.
3. Impuestos y precios del tabaco.
4. Los aspectos en los que se advierta de los peligros del tabaco, en los que se incluye el empaquetado, etiquetado y el desarrollo de campañas de educación.
5. Las medidas relativas a la ayuda para el abandono del tabaco.

NORMA	TEMAS QUE REGULA	EXPEDIDA POR	ALCANCE	TIPO DE MEDIDA
Decreto-ley 1188 de 1974	Por el cual se expide el Estatuto Nacional de Estupefacientes.	Gobierno Nacional	Nacional	1
Decreto 3430 noviembre de 1982	Por el cual se reglamentan los artículos 16, 18, 20 del Decreto-ley 1188 de 1974. En toda propaganda comercial al consumo de alcohol, tabaco y cigarrillo que se haga en el espacio que determine el Ministerio de Salud de acuerdo con el Ministerio de Comunicaciones, se debe hacer conocer al público que el consumo de tales productos es perjudicial y nocivo para la salud de acuerdo con lo prescrito por el artículo 20 del Decreto-ley 1188 de 1974.	Gobierno Nacional	Nacional	1
Resolución 4063 Diciembre de 1982	Por la cual se reglamenta el Decreto 3430 de 1982. Los anuncios de cigarrillo solo podrán referirse a marcas, calidades, precios y sistemas de distribución de los productos anunciados y no podrán ser presentados por menores de edad, ni escenificar la acción física de fumar o utilizar palabras que inciten al consumo del producto o hagan su apología. Podrán transmitirse propagandas de cigarrillo por televisión desde las 11 p. m. hasta el cierre, un comercial de 30 segundos por cada marca y en cada comercial y durante el 20% del tiempo expresar que el cigarrillo es nocivo para la salud.	Ministerios de Comunicaciones y de Salud	Nacional	1
Decreto 3466 de 1982	El artículo 17 establece que en los bienes y servicios que sean nocivos para la salud, deberá indicarse directamente y en caracteres perfectamente legibles, bien sea en sus etiquetas, en bases o empaques o en un anexo que incluya dentro de esto su nocividad y las condiciones o indicaciones necesarias para su correcta utilización, así como las contradicciones del caso. Así mismo establece que “en la propaganda comercial que se haga de aquellos bienes y servicios se advertirá claramente al público acerca de la nocividad y de la necesidad de consultar las condiciones o indicaciones para el uso correcto, así como las contraindicaciones del caso”.	Gobierno Nacional	Nacional	1, 4
Resolución 07059 de junio de 1984	Por medio de la cual se crea el Consejo Nacional de Cigarrillo y Salud.	Ministerio de Salud	Nacional	1
Resolución 1191 de octubre de 1987	El Instituto Nacional de Cancerología prohíbe el consumo de cigarrillo en sus instalaciones.	Instituto Nacional de Cancerología	Institucional	2
Resolución 0602 de abril de 1990	Por la cual se prohíbe fumar en las dependencias del Instituto Nacional de Salud.	Instituto Nacional de Salud	Institucional	2
Resolución 11073 de septiembre de 1991	Aeronáutica Civil prohíbe el consumo de tabaco en cualquiera de sus aeronaves comerciales en todos los vuelos regulares domésticos.	Aeronáutica Civil	Institucional	2
Resolución 7036 de 1991	Ministerio de Salud. Por medio de la cual se prohíbe el consumo de cigarrillo, tabaco, y sus derivados en las dependencias del Ministerio de Salud y entidades adscritas, con el objetivo de proteger la salud de los trabajadores y usuarios de los servicios de salud.	Ministerio de Salud	Institucional	2
Resolución 001075 de 1992	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Deberá incluirse dentro de las actividades de salud ocupacional, campañas tendientes a fomentar la prevención y control del tabaquismo.	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social	Nacional	1
Resolución 4225 mayo de 1992	Ministerio de Salud. Establece el 31 de mayo como el Día Nacional sin Tabaco. Se recomienda la adopción de medidas y prohibición de la publicidad del tabaco. Recomienda asignar lugares específicos para fumadores.	Ministerio de Salud	Nacional	1

NORMA	TEMAS QUE REGULA	EXPEDIDA POR	ALCANCE	TIPO DE MEDIDA
Acuerdo 3 de 1993	Por el cual se dictan normas sobre el control de la contaminación ambiental por el hábito de fumar. Prohíbe fumar en cines, teatros, bibliotecas, museos, coliseos deportivos cerrados, vehículos de uso público, espacios cerrados de colegios y demás centros de enseñanza (aulas, salones de conferencias, bibliotecas, laboratorios, áreas cerradas de hospitales, sanatorios centros de salud, puestos de socorro y áreas de atención al público en oficinas estatales). Prohíbe la publicidad de cigarrillo en publicaciones infantiles, deportivas, científicas, fijar vallas, pancartas y similares en áreas deportivas, culturales y residenciales, fijar avisos, carteles y afiches en vehículos de uso público.	Concejo de Bogotá	Distrital	1, 2
Resolución 4629 septiembre de 1995	Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales. Prohíbe el consumo de cigarrillo en sus instalaciones.	Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales	Institucional	2
Acuerdo 002 diciembre de 1995	Comisión Nacional de Televisión. Por medio del cual se reglamenta la comercialización en los canales regionales de televisión. En el artículo 7° establece que los anuncios de cigarrillos, tabacos y bebidas alcohólicas, se realizarán de conformidad con las disposiciones del Ministerio de Salud, del Consejo Nacional de Estupefacientes y de la Comisión Nacional de Televisión.	Comisión Nacional de Televisión	Nacional	1
Resolución 1042 agosto de 1998	Departamento Técnico Administrativo del Medio Ambiente. Prohíbe el consumo de cigarrillo, tabaco y sus derivados en todas las dependencias.	Departamento Técnico Administrativo del Medio Ambiente	Institucional	2
Ley 633 de 2000	Por la cual se expiden normas en materia tributaria. Se adiciona el artículo 420 del Estatuto Tributario el siguiente párrafo “la venta e importación de cigarrillo y tabaco elaborado, nacionales, y extranjeros, los cuales estarán gravados a la tarifa general.	Congreso de la República	Nacional	3
Resolución 543 mayo de 2001	Secretaría de Salud de Bogotá prohíbe el consumo de cigarrillo, tabaco y sus derivados en todas las áreas cerradas de las instituciones prestadoras de servicios de salud pública y privada del Distrito Capital.	Secretaría de Salud de Bogotá	Institucional	2
Resolución 0717 mayo de 2002	Secretaría de Gobierno de Bogotá. Prohíbe el consumo de cigarrillo, tabaco y sus derivados en todas las dependencias de la Secretaría de Gobierno.	Secretaría de Gobierno de Bogotá	Institucional	2
Decreto 352 agosto de 2002	Alcaldía Mayor de Bogotá. Por el cual se compila y actualiza la normativa sustantiva tributaria vigente. Incluyendo las modificaciones generadas por la publicación de nuevas normas nacionales que se deban aplicar a los tributos del Distrito Capital, y las generadas por acuerdos de orden distrital, se regula lo correspondiente a los impuestos del cigarrillo y tabaco elaborado, de procedencia extranjera.	Alcaldía Mayor de Bogotá	Distrital	3
Decreto 1607 julio de 2002	Presidencia de la República, por el cual se modifica la tabla de clasificación de actividades económicas para el sistema general de riesgos profesionales y se dictan otras disposiciones. Se incluyó el riesgo de las empresas dedicadas al comercio al por menor de bebidas y productos del tabaco establecimientos especializados, incluye cigarrerías.	Gobierno Nacional	Nacional	1
Ley 788 de 2002	Por la cual se expiden normas en materia tributaria y penal del orden nacional y territorial y se dictan otras disposiciones. Entre los bienes gravados con la tarifa 7% se encuentra el tabaco en rama o sin elaborar y los desperdicios de tabaco.	Congreso de la República	Nacional	3
Resolución 0352 agosto de 2003	Procuraduría General de la Nación. Prohíbe el consumo de cigarrillo y derivados del tabaco dentro de las instalaciones de la Procuraduría General de la Nación.	Procuraduría General de la Nación	Institucional	2
Acuerdo 79 de 2003	Código de Policía de Bogotá, D. C. Normas de convivencia ciudadana. Por medio del cual se determinan los comportamientos que en relación con el tabaco y sus derivados favorecen la salud propia y ajena, establece los comportamientos contrarios a la protección especial de los niños y niñas, y en los que en ningún caso se deberá incurrir, identificando el permitir, inducir, y propiciar por cualquier medio a los menores de edad a consumir tabaco y sus derivados. Prohíbe a los menores de edad portar y consumir tabaco y sus derivados, establece respetar el derecho de los no fumadores y no fumar en los espacios en los que está prohibido hacerlo.	Concejo Distrital	Distrital	1
Resolución 1753 de octubre de 2004	Universidad Nacional de Colombia. Prohíbe el consumo de cigarrillo u otros derivados del tabaco o similares en todas sus instalaciones, exceptuando las áreas establecidas como zona de fumadores por las Vice-decanaturas de Bienestar de las Facultades y por el Comité Paritario de Salud Ocupacional en las demás dependencias de la Universidad.	Universidad Nacional de Colombia.	Institucional	2

NORMA	TEMAS QUE REGULA	EXPEDIDA POR	ALCANCE	TIPO DE MEDIDA
Ley 1098 de 2006	Congreso de la República. Código del Menor. Artículo 20. <i>Derechos de protección</i> . Los niños, las niñas y los adolescentes serán protegidos contra: [...] 3. El consumo de tabaco, sustancias psicoactivas, estupefacientes o alcohólicas y la utilización, el reclutamiento o la oferta de menores en actividades de promoción, producción, recolección, tráfico, distribución y comercialización.	Congreso de la República.	Nacional	1
Ley 1109 de 2006	Congreso de la República. Convenio marco para el control del tabaco de la OMS. Tratado internacional que se incorpora al bloque de constitucionalidad.	Congreso de la República.	Nacional	1, 2, 3, 4 y 5
Resolución 1956 de 2008	Ministerio de la Protección Social. Teniendo en cuenta los compromisos internacionales, se prohíbe fumar en todos los recintos o áreas cerradas y además en ciertas entidades así como las medidas para el cumplimiento de esta disposición y las obligaciones de los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud.	Ministerio de la Protección Social	Nacional	2

Como se advierte, existe un esfuerzo por lograr una regulación coherente en varios de los temas enunciados, especialmente en relación con los espacios libres de humo. El mismo se acentúa con la adopción de la Ley 1109 de 2006 y con la adhesión del país al convenio marco.

Es así como, entre las estrategias que han demostrado reducir el consumo del tabaco y que han dado buenos resultados en muchos países, se encuentra la generación de entornos completamente libres de humo en todos los espacios públicos y lugares de trabajo cerrados, incluidos restaurantes y bares. Como no se conoce un nivel seguro de exposición al humo del tabaco de segunda mano<sup>3</sup>, los entornos libres de humo son el único medio probado para proteger adecuadamente a las personas frente a sus efectos nocivos<sup>4</sup>.

Al respecto, es preciso resaltar que, atendiendo las obligaciones que la suscripción del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud, OMS, para el Control del Tabaco, CMCT, adoptado mediante la Ley 1109 de 2006 y declarada exequible mediante Sentencia C-665 de 29 de agosto de 2007, se impone a los países firmantes, en materia de protección a la exposición al humo de tabaco, lo siguiente:

**Artículo 5°. Obligaciones generales.**

1. Cada Parte formulará, aplicará, actualizará periódicamente y revisará estrategias, planes y programas nacionales multisectoriales integrales de control del tabaco, de conformidad con las disposiciones del presente Convenio y de los protocolos a los que se haya adherido.

2. Con ese fin, cada Parte, con arreglo a su capacidad:

a) Establecerá o reforzará y financiará un mecanismo coordinador nacional o centros de coordinación para el control del tabaco; y

b) Adoptará y aplicará medidas legislativas, ejecutivas, administrativas y/o otras medidas eficaces y cooperará, según proceda, con otras Partes en la elaboración de políticas apropiadas para prevenir y reducir el consumo de tabaco, la adicción a la nicotina y la exposición al humo de tabaco.

3. A la hora de establecer y aplicar sus políticas de salud pública relativas al control del tabaco, las Partes actuarán de una manera que proteja dichas políticas contra los intereses comerciales y otros intereses creados de la industria tabacalera, de conformidad con la legislación nacional [...]

<sup>3</sup> U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of surgeon general. Atlanta, Public Health Centres for disease control and prevention national center for chronic disease prevention and health promotion office on somoking and health, 2006.

<sup>4</sup> Mulcahy M., Second hand Smoke exposure and risk. Secondhand smoke exposure and risk following the Irish smoking ban: an assessment of salivary cotinine concentrations in hotel workers and air nicotine levels in bars, tobacco control 2005, 14 (6): 384-388.

**Artículo 8°. Protección contra la exposición al humo de tabaco.**

1. Las Partes reconocen que la ciencia ha demostrado de manera inequívoca que la exposición al humo de tabaco es causa de mortalidad, morbilidad y discapacidad.

2. Cada Parte adoptará y aplicará, en áreas de la jurisdicción nacional existente y conforme determine la legislación nacional, medidas legislativas, ejecutivas, administrativas y/u otras medidas eficaces de protección contra la exposición al humo de tabaco en lugares de trabajo interiores, medios de transporte público, lugares públicos cerrados y, según proceda, otros lugares públicos, y promoverá activamente la adopción y aplicación de esas medidas en otros niveles jurisdiccionales... (Subrayas fuera de texto).

Al referirse a estas disposiciones, la Corte Constitucional, en la sentencia aludida, puntualizó:

El instrumento en su artículo 8° obliga a los Estados Partes a adoptar y aplicar medidas legislativas, administrativas para proteger espacios públicos y de transporte libre de humo. La Corte Constitucional considera que esta obligación a cargo de los Estados se encuentra encaminada a **proteger los derechos de los no fumadores y del medio ambiente**, y por tanto desarrolla los principios de protección a la salud y a un medio ambiente sano establecidos en la Carta Política en sus artículos 49, 78, 79, 80 y 81<sup>5</sup>.

Las directrices sobre la protección contra la exposición al humo de tabaco, elaboradas por el grupo de trabajo convocado con arreglo a la decisión FCTC/COPI de la Conferencia de las Partes del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco establece como principios esenciales los siguientes:

– La aplicación de las medidas eficaces de protección contra la exposición al humo de tabaco, previstas en el artículo 8° del Convenio Marco de la OMS, comporta la **abstención total** del acto de fumar y la eliminación total del humo de tabaco en un espacio o ambiente determinado a fin de lograr un entorno absolutamente libre de humo de tabaco.

– **No existe un nivel inocuo de exposición al humo de tabaco.**

– Se ha demostrado en repetidas ocasiones la **ineficacia de las soluciones** que se apartan del objetivo de lograr entornos completamente libres de tabaco, entre ellas la ventilación, la filtración de aire y el uso de zonas destinadas a los fumadores (tanto con sistemas de ventilación independientes como sin ellos), y existen datos científicos y de otra índole que demuestran de forma concluyente que los métodos basados en soluciones técnicas no protegen contra la exposición al humo de tabaco.

– Todas las personas deben estar protegidas contra la exposición al humo de tabaco.

<sup>5</sup> CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-665 de 29 de agosto de 2007. M. P. Marco Gerardo Monroy Cabra. Se resalta.

– **Todos los lugares de trabajo interiores y lugares públicos cerrados deben estar libres de tabaco.**

– Se necesita una legislación que proteja a las personas contra la exposición al humo de tabaco. Se ha demostrado en repetidas ocasiones que la adopción voluntaria de políticas encaminadas al logro de entornos sin tabaco es ineficaz y no ofrece una protección adecuada. Para ser eficaz, la legislación debe ser simple, clara y de obligado cumplimiento.

Por ello, de acuerdo con la OMS, la actividad de fumar en recinto cerrado es nociva en la medida en que el tabaco se mantiene en el mismo sin importar las dimensiones del espacio ni las divisiones que puedan establecerse. En la Ley 1109 de 2006 se promueve la prohibición absoluta de fumar en espacios cerrados. De esta manera y, teniendo en cuenta lo indicado en esa norma, el Ministerio de la Protección Social expidió la Resolución 1956 de 2008, “por medio de la cual se define el espacio interior o cerrado y prohíbe fumar en el mismo”, siempre que esté destinado a ser lugar de trabajo o público, que se constituye en un buen ejemplo a seguir en la materia.

Sobre el particular, es importante insistir que, teniendo en cuenta la Ley 1109 y la resolución citada, el legislador no puede ser más laxo en las garantías que se instauraron. Tales medidas, eminentemente protectoras del ser humano, de sus derechos fundamentales y de la población que goza de protección especial que son producto de la aplicación concreta de la Ley 1109, se instalan en la normatividad como garantías mínimas que deben ser preservadas.

Sobre este particular, en una decisión de relevancia que por su interés se cita *in extenso* pues recoge la doctrina sobre la materia, ha indicado la Corte Constitucional:

En suma, del **principio de progresividad** (la obligación de moverse lo más rápidamente posible hacia la meta) se deriva la **prohibición de regresividad** (las medidas de carácter deliberadamente retroactivo en este aspecto requerirán la consideración más cuidadosa y deberán justificarse plenamente). Así, el Estado se encuentra obligado a aumentar progresivamente la satisfacción de los derechos sociales y tiene prohibido, al menos en principio, retroceder en los avances obtenidos<sup>6</sup>. Como se verá, uno de tales avances es la inversión de recursos para la satisfacción del derecho, especialmente si existe una deficiente prestación del mismo por insuficiente cobertura, baja calidad o adaptabilidad.

La prohibición de regresividad ha sido explicada en múltiples decisiones de esta Corte. En algunas de ellas la Corte se ha referido a la prohibición de regresividad por la disminución del radio de protección de un derecho social. En otras, se ha referido a la violación de esta garantía constitucional, por la disminución de los recursos públicos invertidos en la satisfacción de un derecho social<sup>7</sup> o el aumento significativo del costo para la persona de escasos recursos que está en proceso de acceder al derecho<sup>8</sup>. En otro tipo de decisiones la Corte ha reiterado la aplicación del principio de progresividad y la prohibición de regresividad cuando se está frente a sectores especialmente vulnerables de la población<sup>9</sup>.

Como lo ha señalado la Corte, cuando una norma retrocede, por cualquier vía, el nivel de satisfacción de un derecho social, inmediatamente debe presumirse inconstitucional. Sin embargo, esta presunción admite, prueba en contrario. En este sentido la Corte ha señalado que la prohibición de regresividad es apenas una prohibición *prima facie* y no

absoluta<sup>10</sup>. Lo anterior significa que cuando el Estado ha obtenido un mayor nivel de satisfacción de derechos sociales, la decisión política de disminuir el alcance de la protección debe contar con una justificación suficiente para superar la prohibición de regresividad. Al respecto la Corte ha señalado:

“Una vez alcanzado un determinado nivel de protección, la amplia libertad de configuración del legislador en materia de derechos sociales se ve menguada, al menos en un aspecto: todo retroceso frente al nivel de protección alcanzado debe presumirse en principio inconstitucional, y por ello está sometido a un control judicial estricto. Para que pueda ser constitucional, las autoridades tienen que demostrar que existen imperiosas razones que hacen necesario ese paso regresivo en el desarrollo de un derecho social prestacional”<sup>11</sup>.

Como ya lo ha explicado esta Corte, cuando una medida regresiva es sometida a juicio constitucional, corresponderá al Estado demostrar, con datos suficientes y pertinentes, (1) que la medida busca satisfacer una finalidad constitucional imperativa; (2) que, luego de una evaluación juiciosa, resulta demostrado que la medida es efectivamente conducente para lograr la finalidad perseguida; (3) que luego de un análisis de las distintas alternativas, la medida parece necesaria para alcanzar el fin propuesto; (4) que no afectan el contenido mínimo no disponible del derecho social comprometido; (5) que el beneficio que alcanza es claramente superior al costo que apareja<sup>12</sup>.

En todo caso, la Corte ha considerado que el juicio debe ser particularmente estricto cuando la medida regresiva afecte los derechos sociales de personas o grupos de personas especialmente protegidos por su condición de marginalidad o vulnerabilidad. A este respecto la Corte ha señalado: “si en términos generales los retrocesos en materia de protección de los derechos sociales están prohibidos, tal prohibición *prima facie* se presenta con mayor intensidad cuando se desarrollan derechos sociales de los cuales son titulares personas con especial protección constitucional”<sup>13</sup>.

Una medida se entiende regresiva, al menos, en los siguientes eventos: (1) cuando recorta o limita el **ámbito sustantivo de protección del respectivo derecho**<sup>14</sup>; (2) cuando aumentan sustancialmente los requisitos exigidos para acceder al respectivo derecho<sup>15</sup>; (3) cuando disminuye o desvía sensiblemente los recursos públicos destinados a la satisfacción del derecho. En este último caso la medida será regresiva siempre que la disminución en la inversión de recursos se produzca antes de verificado el cumplimiento satisfactorio de la respectiva prestación (por ejemplo, cuando se han satisfecho las necesidades en materia de accesibilidad, calidad y adaptabilidad)<sup>16</sup>. Frente a esta última hipótesis, es relevante recordar que tanto la Corte Constitucional como el Comité DESC han considerado de manera expresa, que la reducción o desviación efectiva de recursos destinados a la satisfacción de un derecho social cuando no se han satisfecho los estándares exigidos, vulnera, al menos en principio, la prohibición de regresividad<sup>17,18</sup>.

De allí que sea tan importante que la regulación que se expida tenga en cuenta los niveles de protección existentes para que no se reduzcan

<sup>6</sup> Cfr. Sentencia C-038 de 2004.

<sup>7</sup> Sentencia C-1165 de 2000.

<sup>8</sup> Cf. Sentencia T-1318 de 2005.

<sup>9</sup> Así por ejemplo, en la Sentencia T-025 de 2004, sobre los derechos de la población víctima de desplazamiento forzado por la violencia, la Corte indicó que los derechos sociales, económicos y culturales consagrados en la Constitución imponían al Estado, el “deber de abstenerse de adelantar, promover o ejecutar políticas, programas o medidas ostensiblemente regresivos en materia de derechos económicos, sociales y culturales, que conduzcan clara y directamente a agravar la situación de injusticia, de exclusión o de marginación que se pretende corregir, sin que ello impida avanzar gradual y progresivamente hacia el pleno goce de tales derechos”.

<sup>10</sup> En este sentido Cfr. Sentencias C-671 de 2002, C-789 de 2002, C-931 de 2004, T-1318 de 2005, entre otras.

<sup>11</sup> Sentencia C-671 de 2002.

<sup>12</sup> Cfr. Sentencias C-1064 de 2001 C-671 de 2002, C-931 de 2004.

<sup>13</sup> Sentencia C-991 de 2004. En el mismo sentido T-025 de 2004.

<sup>14</sup> Cfr. entre otras, C-038 de 2004.

<sup>15</sup> En este sentido Cfr. La Sentencia C-789 de 2002, a través de la cual la Corte aplicó la prohibición de regresividad a una ley que aumentaba los requisitos para acceder a la pensión.

<sup>16</sup> En este sentido, el Comité DESC ha indicado que la reducción o desviación efectiva, de los recursos destinados a la satisfacción de un derecho social será, en principio, una medida regresiva. Ver, por ejemplo, Observaciones Finales Ucrania E/2002/22 párrafo 498. Sobre el mismo tema respecto del derecho a la educación Cfr. párrafos 500 y 513.

<sup>17</sup> *Ibidem*.

<sup>18</sup> CORTE CONSTITUCIONAL Sentencia C-507 de 21 de mayo de 2008, M. P. Jaime Córdoba Triviño.

los mismos, máxime si la Ley 1109 se integra al bloque de constitucionalidad (artículo 93 C. Pol.).

De otra parte, es esencial tener en cuenta que la medida sanitaria de protección no puede consentir a medias ciertas situaciones con la conciencia y el conocimiento de que afectan la salud, pues sería tanto como admitir que la población esté sometida a un riesgo prevenible y que la autoridad pública lo está admitiendo no obstante los compromisos existentes y el cúmulo de obligaciones constitucionales a través de las cuales se protege al ciudadano.

Por ende, ante estas evidencias y como consecuencia de ser parte del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, ni el Congreso de la República ni el Ministerio pueden mantenerse impasibles y/o permitir que persistan situaciones que afectan derechos fundamentales como la vida y la integridad física de las personas y en especial de los menores de edad, que gozan de una protección constitucional reforzada y que aspiran a que las decisiones de los adultos tengan el mayor grado de respeto hacia ellos. Al respecto, la Corte Constitucional, en la Sentencia C-665 citada, puntualizó:

Para esta Corporación, el “Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco”, hecho en Ginebra el veintiuno (21) de mayo de dos mil tres (2003), constituye un importante instrumento internacional para evitar y contrarrestar las nefastas consecuencias del consumo del tabaco, en especial para la salud y el medio ambiente. En este sentido se encuentra en consonancia con los artículos 9º, 226 y 227 de la Constitución, disposiciones que orientan la política exterior del Estado colombiano.

De la misma manera, es importante resaltar varias cuestiones fundamentales en el estudio del presente instrumento: (i) la Corte interpreta que las medidas encaminadas a la reducción del consumo son acciones estatales dirigidas a concientizar a la población de las consecuencias adversas del consumo del tabaco, y (ii) como su nombre lo indica, el instrumento es un convenio marco que señala pautas generales para los Estados, permitiendo que cada uno de ellos, con base en su Constitución y principios generales, determinen las medidas específicas en relación con el control del tabaco.

El preámbulo reconoce la evidencia enseñada por la ciencia respecto a las consecuencias nefastas del consumo del tabaco, y muestra la preocupación de la comunidad internacional frente al aumento del consumo y de la producción. Así mismo, señala, que se hace necesaria la implementación de estrategias mundiales para contrarrestar la situación. [...]

Por otra parte, el Convenio protege los derechos de aquellas personas no fumadoras frente a la exposición al tabaco, las cuales tienen derecho a respirar aire puro libre de humo; protestar cuando se consume tabaco y sus derivados en sitios prohibidos; y a exigir que se obligue a suspender el consumo en estos sitios. Estas personas también tienen el derecho a acudir ante la autoridad competente para defender sus derechos como no fumadores y solicitar su protección; exigir publicidad masiva de los efectos nocivos y mortales que produce el tabaco y la exposición a su humo e informar a la autoridad competente cuando se infrinjan las normas, tal y como lo establece el Convenio<sup>19</sup>.

Es de indicar que las leyes que propician entornos libres de humo protegen a los trabajadores y no a las empresas. En los países en donde se ha desarrollado esta legislación, se ha demostrado que en los lugares públicos y de trabajo, libres de humo, se reduce el consumo de tabaco en un 3 ó 4%<sup>20</sup>.

Resta mencionar que el epíteto de garantismo que ostenta en nuestro ordenamiento constitucional no es caprichoso y que tal caracterización tiene una especial significación. Para el caso, si Colombia es un Estado Social de Derecho, es porque el apelativo social no es una fórmula

retórica<sup>21</sup>. Uno de sus vértices es, indudablemente, que las raíces del Estado se fundan en la solidaridad de las personas que lo integran y en la prevalencia del interés general. Es más, el artículo 95 de la Constitución Política dispone que son deberes de los ciudadanos, entre otros, respetar los derechos ajenos y no abusar de los propios, obrar conforme al principio de solidaridad social ante situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas y velar por la conservación de un ambiente sano.

Por tanto, ni los fumadores, ni los empleadores tienen derecho de afectar la salud de los no fumadores pero, además, de acuerdo con el artículo 2º de la Constitución Política, las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares. Por ello cobra especial relevancia el mandato, también constitucional, que todas las personas tienen derecho a gozar de un ambiente sano (artículo 79).

## VI. MODIFICACIONES PROPUESTAS AL PROYECTO DE LEY NUMERO 121 DE 2007 SENADO

*por medio de la cual se instrumenta la cultura y generación de espacios libres de humo.*

### CAPITULO I

#### Disposiciones generales

**Las modificaciones propuestas se hacen en concordancia con la Resolución 1956 del 30 de mayo de 2008, expedida por el Ministerio de la Protección Social y al Convenio Marco de la OMS.**

#### En el artículo 2º.

Las nuevas definiciones obedecen a la necesidad de adecuar el texto del proyecto al convenio marco de la OMS, logrando con ello unidad de materia y mayor tecnicismo. Esto obedece al nuevo espíritu dado al proyecto, ya que se cambia el ámbito de aplicación y el régimen de prohibiciones y, por tanto, al ser la prohibición de carácter absoluto las anteriores definiciones descritas no se adecuan a ello.

a) Se propone, suprimir seis definiciones:

**FUMADOR PASIVO**

**FUMADOR ACTIVO**

**PERMISIBILIDAD**

**AREA DE FUMADORES**

**ESPACIO LIBRE DE HUMO**

**SISTEMA DE VENTILACION;**

b) Dentro del mismo artículo, se propone incluir seis definiciones:

**AREA INTERIOR O CERRADA.** Todo espacio cubierto por un techo o cerrado entre una o más paredes o muros, independientemente del material utilizado para el techo, las paredes o los muros y de que la estructura sea permanente o temporal.

**FUMAR.** El hecho de estar en posición de control de un producto de tabaco encendido independientemente de que el humo se esté inhalando o exhalando en forma activa.

**HUMO DE TABACO AJENO O HUMO DE TABACO AMBIENTAL.** El humo que se desprende del extremo ardiente de un cigarrillo o de otros productos de tabaco generalmente en combinación con el humo exhalado por el fumador.

**LUGAR DE TRABAJO.** Todos los lugares utilizados por las personas durante su empleo o trabajo incluyendo todos los lugares conexos o anexos y vehículos que los trabajadores utilizan en el desempeño de su labor. Esta definición abarca aquellos lugares que son residencia para unas personas y lugar de trabajo para otras.

<sup>19</sup> CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-665 de 2007 citada.

<sup>20</sup> Fichtenberg CM, Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review, British Medical Journal, 2002, 325 (357): 188.

<sup>21</sup> CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-406 de 6 de junio de 1992, M. P. Ciro Angarita Barón.

**LUGARES PUBLICOS.** Todos los lugares accesibles al público en general, o lugares de uso colectivo, independientemente de quien sea su propietario o del derecho de acceso a los mismos.

**TRANSPORTE PUBLICO.** Todo vehículo utilizado para transportar al público, generalmente con fines comerciales o para obtener una remuneración. Incluye a los taxis.

**Del texto original:**

**Artículo 2º. Definiciones.** Para interpretar y aplicar esta ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

**PRODUCTOS DEL TABACO.** Cualquier sustancia o bien manufacturado compuesto total o parcialmente de tabaco, lo cual incluye las hojas de tabaco y cualquier extracto de hoja de tabaco. También comprende los papeles, tubos y filtros de cigarrillo.

**FUMADOR ACTIVO.** Individuo que fuma productos del tabaco, de forma habitual o esporádica.

**FUMADOR PASIVO.** Individuo no fumador de productos del tabaco que se encuentre en contacto directo con el humo del mismo, a causa de la interacción social.

**ACHT.** Aire Contaminado por Humo de Tabaco.

**ESPACIOS LIBRES DE HUMO.** Area dentro de un establecimiento cerrado donde existe la prohibición absoluta de fumar productos del tabaco, constituyendo un área descontaminada de los productos tóxicos que generan las exhalaciones del fumar productos del tabaco.

**AREA DE FUMADORES.** Area especial dentro de un establecimiento cerrado donde está permitido fumar productos del tabaco, dotada de la ventilación necesaria para evacuar el humo resultante de las constantes exhalaciones producidas por los usuarios.

**PERMISIBILIDAD.** Es el acto de consentir la acción de un tercero para beneficio propio o ajeno, dejando de tomar las medidas concernientes para cumplir con el objetivo impuesto.

**SISTEMA DE VENTILACION.** Técnica de sustituir el aire ambiente interior de un recinto, el cual se considera indeseable por falta de temperatura adecuada, pureza o humedad, por otro que aporte una mejor calidad. Esto es logrado mediante un sistema de ingestión de aire y otro de extracción, provocando a su paso un barrido o flujo de aire constante, el cual se llevará a su paso todas las partículas contaminadas o no deseadas.

**PLAN DE PROMOCION Y PREVENCION.** Proceso para proporcionar a las poblaciones los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma, mediante la intervención de los determinantes de la salud y la reducción de la inequidad. Esto se desarrolla fundamentalmente a través de los siguientes campos: formulación de política pública, creación de ambientes favorables a la salud, fortalecimiento de la acción y participación comunitaria, desarrollo de actitudes personales saludables y la reorientación de los servicios de salud; por sus características la promoción de la salud supone una acción intersectorial sólida que hace posible la movilización social.

**Del texto propuesto:**

**Artículo 2º. Definiciones.** Para interpretar y aplicar esta ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

**ACHT.** Aire Contaminado por Humo de Tabaco.

**AREA INTERIOR O CERRADA.** Todo espacio cubierto por un techo o cerrado entre una o más paredes o muros, independientemente del material utilizado para el techo, las paredes o los muros y de que la estructura sea permanente o temporal.

**FUMAR.** El hecho de estar en posición de control de un producto de tabaco encendido independientemente de que el humo se esté inhalando o exhalando en forma activa.

**HUMO DE TABACO AJENO O HUMO DE TABACO AMBIENTAL.** El humo que se desprende del extremo ardiente de un cigarrillo o de otros productos de tabaco generalmente en combinación con el humo exhalado por el fumador.

**LUGAR DE TRABAJO.** Todos los lugares utilizados por las personas durante su empleo o trabajo incluyendo todos los lugares conexos o anexos y vehículos que los trabajadores utilizan en el desempeño de su labor. Esta definición abarca aquellos lugares que son residencia para unas personas y lugar de trabajo para otras.

**LUGARES PUBLICOS.** Todos los lugares accesibles al público en general, o lugares de uso colectivo, independientemente de quien sea su propietario o del derecho de acceso a los mismos.

**PLAN DE PROMOCION Y PREVENCION.** Proceso para proporcionar a las poblaciones los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma, mediante la intervención de los determinantes de la salud y la reducción de la inequidad. Esto se desarrolla fundamentalmente a través de los siguientes campos: formulación de política pública, creación de ambientes favorables a la salud, fortalecimiento de la acción y participación comunitaria, desarrollo de actitudes personales saludables y la reorientación de los servicios de salud; por sus características la promoción de la salud supone una acción intersectorial sólida que hace posible la movilización social.

**PRODUCTOS DEL TABACO.** Cualquier sustancia o bien manufacturado compuesto total o parcialmente de tabaco, lo cual incluye las hojas de tabaco y cualquier extracto de hoja de tabaco. También comprende los papeles, tubos y filtros de cigarrillo.

**TRANSPORTE PUBLICO.** Todo vehículo utilizado para transportar al público, generalmente con fines comerciales o para obtener una remuneración. Incluye a los taxis.

**En el artículo 3º:**

Se aclaran las competencias, estableciendo de una forma más específica las calidades en que actúan cada uno de los entes intervinientes en el proceso de implementación de la ley, la preservación y cumplimiento de dichos mandatos, por tal motivo se propone adicionar el numeral 3.

**“3. Las autoridades departamentales, municipales y distritales.** Además de garantizar el cumplimiento de lo previsto en la presente ley, están facultadas para sancionar y aplicar los correctivos aquí previstos”.

**Del texto original:**

**Artículo 3º. Competencias territoriales.** Será competencia para la aplicación de la presente ley:

1. **Las autoridades de policía.** Tienen la función de vigilar y controlar que en los establecimientos donde opera la prohibición se cumpla y en caso de incumplimiento total o parcial, deberán tomar las medidas correspondientes.

2. **Las autoridades sanitarias.** El Ministerio de la Protección Social y sus delegados, tienen la función de fiscalizar y cooperar con el cumplimiento de la ley.

**Del texto propuesto:**

**Artículo 3º. Competencias territoriales.** Será competencia para la aplicación de la presente ley:

1. **Las autoridades de policía.** Tienen la función de vigilar y controlar que en los establecimientos donde opera la prohibición se cumpla y en caso de incumplimiento total o parcial, deberán tomar las medidas correspondientes.

2. **Las autoridades sanitarias.** El Ministerio de la Protección Social y sus delegados, tienen la función de fiscalizar y cooperar con el cumplimiento de la ley.

3. **Las autoridades departamentales, municipales y distritales.** Además de garantizar el cumplimiento de lo previsto en la presente ley, están facultadas para sancionar y aplicar los correctivos aquí previstos.

**En el artículo 4º:**

a) En el numeral 1 (uno), se propone:

Cambiar la palabra **entes territoriales** por **entidades territoriales**.

b) En el numeral 2 (Segundo) después de la expresión “(...) ante los funcionarios” se propone: incluir las palabras: de la entidad.

c) En el numeral 3 (tercero) se propone:

Suprimir la expresión “con ocasión del respeto del derecho a la defensa”.

**Del texto original:**

**Artículo 4°. Principios rectores.** La presente ley se regirá por los siguientes principios rectores:

1. **Corresponsabilidad.** El Estado y la ciudadanía tienen el deber de acoger las medidas necesarias para el cumplimiento de la instrumentalización de la cultura de espacios libres de humo. Este deber compartido establece una participación y compromiso en la consecución de una mejor calidad de vida de la población.

Los entes territoriales, las autoridades de policía y las autoridades sanitarias trabajarán de forma conjunta y complementaria en cuanto a la vigilancia y control del cumplimiento de la ley. De igual manera, corresponde a los ciudadanos colombianos y a todos aquellos que de manera temporal estén en el territorio nacional, el acatamiento de la ley, la participación activa en las campañas y actividades que tengan por objeto instrumentar la cultura y generación de los espacios libres de humo.

2. **Solidaridad.** Es deber de la ciudadanía participar activamente en la interacción social, objetando de manera inmediata el consumo de tabaco en los lugares restringidos, esto lo harán ante la autoridad de policía cuando estuviere presente o ante los funcionarios del establecimiento de comercio y de servicio, para que velen por el correcto cumplimiento de la prohibición. Deberán de igual manera, denunciar las irregularidades de las que tengan conocimiento, sean estas referentes a la separación de áreas de fumadores, así como las relacionadas con el procedimiento sancionatorio.

Este principio se materializa con la objeción o reproche social de la comunidad hacia los fumadores dentro de los espacios restringidos.

3. **Debido proceso.** Las autoridades competentes deberán respetar los términos y oportunidades consagrados en la ley, con ocasión del respeto del derecho a la defensa.

No habrá lugar a sanciones y procedimientos distintos a los contemplados en la presente ley.

4. **Igualdad.** Las autoridades competentes para la vigilancia y control de las disposiciones emanadas de esta ley, deberán garantizar dentro del proceso sancionatorio, la igualdad hacia todos los individuos. Los ciudadanos serán veedores del cumplimiento de los derechos y garantías por parte de las autoridades, impulsando la materialización de una igualdad real que abarque todos los estamentos de la sociedad colombiana.

5. **Transparencia.** En virtud de este principio las actuaciones que se ejecuten en ocasión de la presente ley serán de acceso público, con el objeto de garantizar la transparencia y legalidad de los procedimientos a que hubiere lugar.

De igual manera los interesados tendrán a su disposición los registros y documentos que se generen en ocasión al procedimiento sancionatorio respectivo.

6. **Celeridad.** En todas las etapas del proceso sancionatorio a que haya lugar en caso de incumplimiento de la presente ley, las actuaciones se surtirán dentro de los parámetros de la eficiencia y eficacia, cumpliendo con los términos establecidos sin retardos injustificados, y en la medida de lo posible se surtirá el proceso en el menor tiempo posible.

**Del texto propuesto:**

**Artículo 4°. Principios rectores.** La presente ley se regirá por los siguientes principios rectores:

1. **Corresponsabilidad.** El Estado y la ciudadanía tienen el deber de acoger las medidas necesarias para el cumplimiento de la instrumentalización de la cultura de espacios libres de humo. Este deber compartido

establece una participación y compromiso en la consecución de una mejor calidad de vida de la población.

Las entidades territoriales, las autoridades de policía y las autoridades sanitarias trabajarán de forma conjunta y complementaria en cuanto a la vigilancia y control del cumplimiento de la ley. De igual manera, corresponde a los ciudadanos colombianos y a todos aquellos que de manera temporal estén en el territorio nacional, el acatamiento de la ley, la participación activa en las campañas y actividades que tengan por objeto instrumentar la cultura y generación de los espacios libres de humo.

2. **Solidaridad.** Es deber de la ciudadanía participar activamente en la interacción social, objetando de manera inmediata el consumo de tabaco en los lugares restringidos, esto lo harán ante la autoridad de policía cuando estuviere presente o ante los funcionarios de la entidad o del establecimiento de comercio y de servicio, para que velen por el correcto cumplimiento de la prohibición. Deberán de igual manera, denunciar las irregularidades de las que tenga conocimiento, sean estas referentes a la separación de áreas de fumadores, así como las relacionadas con el procedimiento sancionatorio.

Este principio se materializa con la objeción o reproche social de la comunidad hacia los fumadores dentro de los espacios restringidos.

3. **Debido proceso.** Las autoridades competentes deberán respetar los términos y oportunidades consagrados en la ley.

No habrá lugar a sanciones y procedimientos distintos a los contemplados en la presente ley.

4. **Igualdad.** Las autoridades competentes para la vigilancia y control de las disposiciones emanadas de esta ley, deberán garantizar dentro del proceso sancionatorio, la igualdad hacia todos los individuos. Los ciudadanos serán veedores del cumplimiento de los derechos y garantías por parte de las autoridades, impulsando la materialización de una igualdad real que abarque todos los estamentos de la sociedad colombiana.

5. **Transparencia.** En virtud de este principio las actuaciones que se ejecuten en ocasión de la presente ley serán de acceso público, con el objeto de garantizar la transparencia y legalidad de los procedimientos a que hubiere lugar.

De igual manera los interesados tendrán a su disposición los registros y documentos que se generen en ocasión al procedimiento sancionatorio respectivo.

6. **Celeridad.** En todas las etapas del proceso sancionatorio a que haya lugar en caso de incumplimiento de la presente ley, las actuaciones se surtirán dentro de los parámetros de la eficiencia y eficacia, cumpliendo con los términos establecidos sin retardos injustificados, y en la medida de lo posible se surtirá el proceso en el menor tiempo posible.

**En el artículo 5°:**

Se propone eliminar el artículo 5°, puesto que con las nuevas prohibiciones el ámbito de aplicación es de carácter general y, por lo tanto, no es necesaria la aclaración como lo estipula el artículo 5° aprobado en primer debate.

Se propone incluir un nuevo artículo consagrando los derechos de los no fumadores, puesto que el fundamento de la prohibición es la protección a la población que no consume cigarrillo o sus productos derivados.

Se hace necesario, según lo ha contemplado la OMS en el Convenio Marco, establecer cuáles son los derechos que tienen las personas que no consumen productos de tabaco.

Finalmente se da cumplimiento a los parámetros de los tratados internacionales que se han dispuesto sobre esta materia.

“**Artículo 5°. Derechos de los no fumadores.** Constituyen derechos de las personas en relación con el consumo del tabaco, entre otros, los siguientes:

1. Respirar aire puro libre de humo de tabaco y sus derivados.



2. Oponerse cuando se enciendan cigarrillos, tabaco y sus derivados en sitios en donde el consumo se encuentre prohibido por la presente ley, así como exigir del propietario, representante legal, gerente, administrador o responsable a cualquier título del respectivo negocio o establecimiento, se comine al o a los autores de tales conductas a suspender de inmediato el consumo de los mismos.

3. Acudir ante la autoridad competente en defensa de sus derechos y a exigir la protección de los mismos.

4. Exigir las advertencias sanitarias sobre los efectos nocivos y mortales que produce el tabaco y la exposición al humo del tabaco.

5. Informar a la autoridad competente el incumplimiento de lo previsto en la presente ley.”

**Del texto original:**

**Artículo 5°. *Ambito de aplicación.*** La presente ley se aplicará a todos los establecimientos comerciales o de servicio, cuyas instalaciones sean cerradas y de acceso público, dentro del territorio nacional.

**Del texto propuesto:**

**Artículo 5°. *Derechos de los no fumadores.*** Constituyen derechos de las personas en relación con el consumo del tabaco, entre otros, los siguientes:

1. Respirar aire puro libre de humo de tabaco y sus derivados.

2. Oponerse cuando se enciendan cigarrillos, tabaco y sus derivados en sitios en donde el consumo se encuentre prohibido por la presente ley, así como exigir del propietario, representante legal, gerente, administrador o responsable a cualquier título del respectivo negocio o establecimiento, se comine al o a los autores de tales conductas a suspender de inmediato el consumo de los mismos.

3. Acudir ante la autoridad competente en defensa de sus derechos y a exigir la protección de los mismos.

4. Exigir las advertencias sanitarias sobre los efectos nocivos y mortales que produce el tabaco y la exposición al humo del tabaco.

5. Informar a la autoridad competente el incumplimiento de lo previsto en la presente ley.

**En el artículo 6°.**

Se propone eliminar el artículo 6°, esto obedece a que en el texto aprobado en primer debate se establece la prohibición absoluta y la prohibición relativa y con la expedición de la Resolución 1956 del 30 de mayo de 2008 del Ministerio de la Protección Social, se establece la prohibición de fumar por la naturaleza de las entidades y por la estructura del espacio, donde se prohíbe fumar.

Esto hace que se eliminen las prohibiciones especiales, así como las zonas cerradas para fumadores o la prohibición relativa. Adicionalmente, se incluye la prohibición de fumar en las áreas cerradas de las universidades o instituciones de estudios superiores o técnicos, por cuanto son lugares con doble caracterización, una es la educativa que conduce a que sea en estos establecimientos donde se empiece a fomentar la cultura de espacios libres de humo, y segundo por cuanto estudiantes, profesores y demás personas vinculadas tienen una connotación especial, debiendo respetarse el derecho a no respirar aire contaminado por humo de tabaco.

La prohibición concerniente a las instituciones de educación superior, se encuentra determinada por el artículo 16 de la Ley 30 de 1992, el cual establece:

“**Artículo 16.** *Son instituciones de Educación Superior:*

- a) Instituciones Técnicas Profesionales.
- b) Instituciones Universitarias o Escuelas Tecnológicas.
- c) Universidades”.

En su reemplazo se propone el siguiente artículo:

“**Artículo 6°.** Prohíbese fumar productos del tabaco, en todos los espacios cerrados de acceso público en las siguientes entidades y establecimientos:

1. Las entidades de salud.

2. Las instituciones de educación formal, en sus niveles de educación preescolar, básica y media y no formal.

3. Las instituciones de educación superior.

4. Los medios de transporte de servicio público, oficial y escolar.

5. Las áreas en donde el consumo de productos de tabaco genere un alto riesgo de combustión por la presencia de materiales inflamables, tal como estaciones de gasolina, sitios de almacenamiento de combustibles o materiales explosivos o similares.

6. En las áreas interiores o cerradas de los lugares de trabajo y de los lugares públicos, incluyendo establecimientos de comercio y de servicio.

**Parágrafo.** Respecto de lo previsto en el numeral sexto de este artículo, solamente se podrán establecer zonas para fumadores en sitios al aire libre”.

**Del texto original:**

**Artículo 6°. *Prohibiciones.*** Prohíbese fumar productos del tabaco, en todos los espacios cerrados de acceso público, teniendo en cuenta la siguiente clasificación:

**PROHIBICION ABSOLUTA.** Es aquella en la que no se permitirá fumar productos del tabaco. Habrá lugar a prohibición absoluta en aquellos lugares cerrados de acceso público, cuya área en metros cuadrados sea hasta de 200 metros.

**PROHIBICION RELATIVA.** Es aquella en la que se permitirá fumar productos del tabaco, en zonas especiales, dentro de los establecimientos comerciales y de servicio, cuando su área en metros cuadrados sea superior a 200 metros.

**Parágrafo.** El **Gobierno Nacional**, dentro de los seis meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, determinará qué tipo de prohibición corresponde a cada establecimiento, teniendo en cuenta la clasificación según área.

**Del texto propuesto:**

**Artículo 6°.** Prohíbese fumar productos del tabaco, en todos los espacios cerrados de acceso público en las siguientes entidades y establecimientos:

1. Las entidades de salud.

2. Las instituciones de educación formal, en sus niveles de educación preescolar, básica y media y no formal.

3. Las instituciones de educación superior.

4. Los medios de transporte de servicio público, oficial y escolar.

5. Las áreas en donde el consumo de productos de tabaco genere un alto riesgo de combustión por la presencia de materiales inflamables, tales como estaciones de gasolina, sitios de almacenamiento de combustibles o materiales explosivos o similares.

6. En las áreas interiores o cerradas de los lugares de trabajo y de los lugares públicos, incluyendo establecimientos de comercio y de servicio.

**Parágrafo.** Respecto de lo previsto en el numeral sexto de este artículo, solamente se podrán establecer zonas para fumadores en sitios al aire libre”.

**En el artículo 7°.**

Se propone eliminar el artículo 7°, por cuanto en el artículo 6° del presente proyecto, se establece la prohibición de fumar y en consecuencia se eliminan la prohibición relativa y las zonas cerradas para fumadores. La eliminación de este artículo se hace con el fin de armonizar la Resolución 1956 de 2008, expedida por el Ministerio de la Protección Social.

**En el artículo 8°.**

Se propone eliminar el artículo 8°, con el fin de armonizar la Resolución 1956 de 2008, expedida por el Ministerio de la Protección Social,

con el presente proyecto de ley y se propone establecer las obligaciones de los propietarios, administradores y/o empleadores de los establecimientos públicos y en su reemplazo se propone el siguiente artículo:

**“Artículo 7°. Obligaciones de los propietarios, administradores y/o empleadores.** Los propietarios, empleadores y administradores de los lugares a los que hace referencia el artículo 6° tienen las siguientes obligaciones:

1. Incluir dentro del reglamento interno respectivo, la implementación y aplicación del régimen de prohibiciones con sujeción a la presente ley.

2. Velar por el cumplimiento de las prohibiciones contenidas en la presente ley, con el fin de proteger a las personas de la exposición del humo de tabaco ambiental.

3. Fijar en un lugar visible al público un aviso que contenga uno de los siguientes textos: *“Por el bien de su salud, este espacio está libre de humo de cigarrillo o de tabaco”*; *“Respire con tranquilidad, este es un espacio libre de humo de tabaco,”* *“Bienvenido, este es un establecimiento libre de humo de tabaco”*. Los avisos no deben incluir figuras alusivas al cigarrillo ni ningún recordatorio de marca.

4. Adoptar medidas específicas y razonables a fin de disuadir a las personas de fumar en el lugar”.

**Del texto original:**

**Artículo 8°.** Los establecimientos sujetos a la presente ley, deberán incluir dentro del reglamento interno respectivo, la implementación y aplicación del régimen de prohibiciones con sujeción a la presente ley.

**Del texto propuesto:**

**Artículo 7°. Obligaciones de los propietarios, administradores y/o empleadores.** Los propietarios, empleadores y administradores de los lugares a los que hace referencia el artículo 6° tienen las siguientes obligaciones:

1. Incluir dentro del reglamento interno respectivo, la implementación y aplicación del régimen de prohibiciones con sujeción a la presente ley.

2. Velar por el cumplimiento de las prohibiciones contenidas en la presente ley el fin de proteger a las personas de la exposición del humo de tabaco ambiental.

3. Fijar en un lugar visible al público un aviso que contenga uno de los siguientes textos: “Por el bien de su salud, este espacio está libre de humo de cigarrillo o de tabaco”; “Respire con tranquilidad, este es un espacio libre de humo de tabaco,” “Bienvenido, este es un establecimiento libre de humo de tabaco”. Los avisos no deben incluir figuras alusivas al cigarrillo ni ningún recordatorio de marca.

4. Adoptar medidas específicas y razonables a fin de disuadir a las personas de fumar en el lugar.

**En el artículo 9°.**

Se propone eliminar el artículo 9°, por cuanto esta regulación se ajusta en el contexto del artículo 6° del texto propuesto, obedeciendo al criterio de unidad de materia, que para el caso particular busca unificar todas las prohibiciones en un solo artículo.

**En el artículo 10.**

Se propone eliminar el artículo 10, esta modificación tiene como fundamento la expedición de la Resolución 1956 del 30 de mayo de 2008 del Ministerio de la Protección Social, puesto que amplió el campo de aplicación de la prohibición absoluta, al incluirse centros de salud, centros educativos, estaciones de servicio y medios de transporte.

Ahora bien, el texto aprobado en primer debate no se adecua a las necesidades del texto propuesto, por cuanto este opera para los establecimientos de comercio y de servicio. Por lo tanto, se propone un nuevo artículo con un procedimiento especial, que se adecue al debido proceso, al derecho de defensa y a la remisión al Código Contencioso Administrativo.

En su reemplazo se propone el siguiente artículo:

**“Artículo 8°. Régimen sancionatorio.** En caso de violación a los artículos 6° y 7° de la presente ley se seguirá el siguiente trámite:

1. **La actuación.** Se iniciará de oficio o por informes recibidos de autoridades o de terceros y, por cualquier otro medio que ofrezca credibilidad.

2. **Formulación de cargos.** El funcionario competente formulará los cargos correspondientes al investigado mediante acto motivado, contra el cual no procede recurso alguno. Deberá contener una síntesis de los hechos constitutivos de las posibles infracciones, de las pruebas allegadas hasta ese momento y de las normas que se estiman infringidas.

3. **Término de traslado del acto de formulación de cargos.** El término de traslado del acto de formulación de cargos al investigado será de cinco (5) días calendario contados a partir del día siguiente a su notificación. Durante dicho término el expediente respectivo estará a disposición del investigado en las dependencias del funcionario que hubiere formulado los cargos. Durante este término podrán solicitar la práctica de pruebas, aportarlas u objetar las obtenidas antes de la formulación de cargos.

4. **Período probatorio.** Las pruebas solicitadas se decretarán cuando sean conducentes, pertinentes y eficaces para el esclarecimiento de los hechos materia de investigación. Se aceptarán las aportadas si llenan los anteriores requisitos. Se denegarán las que no los cumplan y se ordenará de oficio las que se consideren pertinentes, mediante acto motivado que señalará el término para su práctica, que no podrá exceder de un (1) mes. La práctica de las pruebas comenzará a realizarse después de transcurridos cinco (5) días desde la fecha de notificación por comunicación del acto respectivo.

5. **Sanciones.** La violación de las obligaciones previstas en el artículo 6° de esta ley por parte de los propietarios, empleadores, representantes legales y administradores de que trata el artículo 7° de la presente ley, será sancionada por la autoridad municipal o distrital, según el caso, con alguna o algunas de las siguientes sanciones, teniendo en cuenta el criterio de reincidencia en la comisión de la infracción:

a) Amonestación.

b) Multas sucesivas desde un (1) salario mínimo mensual legal vigente y hasta por una suma equivalente a veinte (20) salarios mensuales legales vigentes, al momento de dictarse la respectiva resolución.

**Parágrafo.** Para todos los efectos, las normas procedimentales que no se regulen en la presente ley, se regirán por el Código Contencioso Administrativo”.

**Del texto original:**

**Artículo 10.** Adiciónese al artículo 2° de la Ley 232 de 1995, el literal f), el cual será del siguiente tenor:

**Literal f).** Cumplir con las normas referentes a la **prohibición de consumo de cigarrillo en espacios cerrados de acceso público, y con los requisitos establecidos para la prohibición relativa**; establecido en la ley “por medio de la cual se instrumenta la cultura y generación de espacios libres de humo”.

El proceso sancionatorio por incumplimiento de la prohibición establecida en el Capítulo II se seguirá por el contemplado en el artículo 4° de la Ley 232 de 1995.

El proceso sancionatorio se regirá por el principio del debido proceso y respetará en todas sus actuaciones el derecho a la defensa.

**Del texto propuesto:**

**Artículo 8°. Régimen sancionatorio.** En caso de violación a los artículos 6° y 7° de la presente ley se seguirá el siguiente trámite:

1. La actuación se iniciará de oficio o por informes recibidos de autoridades o de terceros y, por cualquier otro medio que ofrezca credibilidad.

2. Formulación de cargos. El funcionario competente formulará los cargos correspondientes al investigado mediante acto motivado, contra

el cual no procede recurso alguno. Deberá contener una síntesis de los hechos constitutivos de las posibles infracciones, de las pruebas allegadas hasta ese momento y de las normas que se estiman infringidas.

3. Término de traslado del acto de formulación de cargos. El término de traslado del acto de formulación de cargos al investigado será de cinco (5) días calendario contados a partir del día siguiente a su notificación. Durante dicho término el expediente respectivo estará a disposición del investigado en las dependencias del funcionario que hubiere formulado los cargos. Durante este término podrán solicitar la práctica de pruebas, aportarlas u objetar las obtenidas antes de la formulación de cargos.

4. Período probatorio. Las pruebas solicitadas se decretarán cuando sean conducentes, pertinentes y eficaces para el esclarecimiento de los hechos materia de investigación. Se aceptarán las aportadas si llenan los anteriores requisitos. Se denegarán las que no los cumplan y se ordenará de oficio las que se consideren pertinentes, mediante acto motivado que señalará el término para su práctica, que no podrá exceder de un (1) mes. La práctica de las pruebas comenzará a realizarse después de transcurridos cinco (5) días desde la fecha de notificación por comunicación del acto respectivo.

5. Sanciones. La violación de las obligaciones previstas en el artículo 6° de esta ley por parte de los propietarios, empleadores, representantes legales y administradores de que trata el artículo 7° de la presente ley, será sancionada por la autoridad municipal o distrital, según el caso, con alguna o algunas de las siguientes sanciones, teniendo en cuenta el criterio de reincidencia en la comisión de la infracción:

a) Amonestación.

b) Multas sucesivas desde un (1) salario mínimo mensual legal vigente y hasta por una suma equivalente a veinte (20) salarios mensuales legales vigentes, al momento de dictarse la respectiva resolución.

Parágrafo. Para todos los efectos, las normas procedimentales que no se regulen en la presente ley, se regirán por el Código Contencioso Administrativo.

Artículo Nuevo.

Con el propósito de adelantar las campañas educativas, se considera fundamental diferenciar la sanción que se impone a los representantes legales y administradores de los establecimientos, respecto a los correctivos que se les aplican a las personas que fuman en un lugar prohibido. Por esta razón se propone el siguiente artículo:

“Artículo 9°. **Correctivos a las personas que fumen en sitios o lugares prohibidos.** La persona que fume en los lugares prohibidos de que trata el artículo 6° de la misma, se hará acreedor a una amonestación verbal y a una sanción pedagógica que le obligará a asistir a una de capacitación sobre los efectos nocivos del cigarrillo. El Gobierno Nacional determinará la entidad o entidades que deberán dictar la capacitación, así como la intensidad horaria y los contenidos de la misma.

No obstante, si quien fuma es el propietario, empleador, representante legal y/o administrador, las sanciones a imponer serán las previstas en el artículo 8°”.

En el artículo 11.

Se propone eliminar este artículo y en su reemplazo crear un artículo nuevo, con el fin de que sea el Ministerio de la Protección Social la entidad competente para el recaudo y administración de dineros provenientes de las multas que se llegaren a imponer.

Así mismo, se establece la destinación de los dineros recibidos, a saber: el 60% para campañas educativas de prevención contra el cáncer y el 40% restante, para campañas de prevención de consumo de cigarrillo. Esta destinación se hace con el fin de lograr crear conciencia en los estudiantes y profesores de las instituciones educativas y de mantener espacios libres de humo en las mismas.

Así mismo, se adiciona un párrafo único, el cual establece la destinación de los dineros recaudados por concepto de multas y la periodicidad del giro de los mismos.

**“Artículo 10. *Destinación de las multas.*** La respectiva sanción será impuesta por la autoridad competente en la materia y la sumas recaudadas serán entregadas al Ministerio de la Protección Social de la siguiente manera: un sesenta por ciento (60%) con destino a campañas de prevención contra el cáncer y el cuarenta por ciento (40%) a la capacitación de que trata el artículo 9° de la presente ley.

**Parágrafo.** Los dineros recaudados por la autoridad competente, serán girados al Ministerio de la Protección Social a la subcuenta de promoción de la salud, dentro de los dos (2) meses siguientes a su recaudo”.

**Del texto original:**

**Artículo 11. *Destinación de multas.*** El Ministerio de la Protección Social reglamentará la distribución de los recursos provenientes de la imposición de multas por incumplimiento a la prohibición, los cuales serán destinados a implementar campañas educativas activas con el objeto de prevenir fumar productos del tabaco y disminuir el consumo actual. De la misma forma se hace necesario establecer cuál es la entidad competente para administrar los recursos recaudados.

**Del texto propuesto:**

**Artículo 10. *Destinación de las multas.*** La respectiva sanción será impuesta por la autoridad competente en la materia y las sumas recaudadas serán entregadas al Ministerio de la Protección Social de la siguiente manera: un sesenta por ciento (60%) con destino a campañas de prevención contra el cáncer y el cuarenta por ciento (40%) a la capacitación de que trata el artículo 9° de la presente ley.

**Parágrafo.** Los dineros recaudados por la autoridad competente, serán girados al Ministerio de la Protección Social a la subcuenta de promoción de la salud, dentro de los dos (2) meses siguientes a su recaudo.

**En el artículo 13.**

Se propone adicionar después de la expresión “(...) de fumar productos del tabaco” el siguiente texto: **“La campaña educativa también se dirigirá a los vendedores ambulantes y semifijos, para lograr la no venta de cigarrillo a menores de edad”.**

**Del texto original:**

**Artículo 14. *Campaña educativa por los entes territoriales.*** Todas las entidades y corporaciones estatales del orden nacional y descentralizado, deberán informar dentro de su página web la entrada en vigencia de la presente ley, y emprenderán una campaña educativa por este medio, tendiente a la promoción de la cultura de espacios libres de humo y la prevención de fumar productos del tabaco.

**Del texto propuesto:**

**Artículo 13. *Campaña educativa por los entes territoriales.*** Todas las entidades y corporaciones estatales del orden nacional y descentralizado, deberán informar dentro de su página web la entrada en vigencia de la presente ley, y emprenderán una campaña educativa por este medio, tendiente a la promoción de la cultura de espacios libres de humo y la prevención de fumar productos del tabaco. **La campaña educativa también se dirigirá a los vendedores ambulantes y semifijos, para lograr la no venta de cigarrillos a menores de edad.**

**En el artículo 15.**

Se propone adicionar después de la expresión “(...) prohibición de fumar productos del tabaco” el siguiente texto: **“en áreas interiores o cerradas de los lugares de trabajo y/o de los lugares públicos (...)”.** Y se propone suprimir la expresión **“en espacios cerrados de acceso público”** por cuanto no lo contempla la Resolución 1956 del 30 de mayo de 2008 del Ministerio de la Protección Social.

**Del texto original:**

**Artículo 15. *Campaña Educativa por la Comisión Nacional de Televisión.*** La Comisión Nacional de Televisión deberá difundir la prohi-

bición de fumar productos del tabaco **en espacios cerrados de acceso público** y promocionará la cultura de espacios libres de humo mediante campaña publicitaria educativa televisada. La Comisión Nacional de Televisión regulará la promoción de las campañas educativas.

**Del texto propuesto:**

**Artículo 14. Campaña Educativa por la Comisión Nacional de Televisión.** La Comisión Nacional de Televisión deberá difundir la prohibición de fumar productos del tabaco en áreas interiores o cerradas de los lugares de trabajo y/o de los lugares públicos y promocionará la cultura de espacios libres de humo mediante campaña publicitaria educativa televisada. La Comisión Nacional de Televisión regulará la promoción de las campañas educativas.

**En el artículo 16.**

Para que exista mayor claridad se propone eliminar este artículo y en su reemplazo se propone el siguiente:

**“Artículo 15. Campaña educativa por entidades estatales.** Todas las entidades públicas, deberán difundir la presente ley en las páginas electrónicas que tengan habilitadas, así como en otros medios de difusión con que cuente la entidad y emprenderán una campaña educativa, tendiente a la promoción de la cultura de espacios libres de humo y la prevención de fumar productos del tabaco”.

**Del texto original:**

**Artículo 16. Campaña educativa por entidades estatales.** Todas las entidades y corporaciones estatales del orden nacional y descentralizado, deberán informar dentro de su página web la entrada en vigencia de la presente ley, y emprenderán una campaña educativa por este medio, tendiente a la promoción de la cultura de espacios libres de humo y la prevención de fumar productos del tabaco.

**Del texto propuesto:**

**Artículo 15. Campaña educativa por entidades estatales.** Todas las entidades públicas, deberán difundir la presente ley en las páginas electrónicas que tengan habilitadas, así como en otros medios de difusión con que cuente la entidad y emprenderán una campaña educativa, tendiente a la promoción de la cultura de espacios libres de humo y la prevención de fumar productos del tabaco.

**En el artículo 17.**

Se propone incluir en el título del articulado la preposición “a” después de la expresión “Prohibición”.

**Del texto original:**

Artículo 17. *Prohibición Menores.*

**Del texto propuesto:**

Artículo 16. *Prohibición a Menores.*

**En el artículo 18.**

Se propone incluir en el título del articulado la preposición “a” después de la expresión “Prohibición”.

**Del texto original:**

Artículo 18. *Sanciones por incumplir prohibición de menores.*

**Del texto propuesto:**

Artículo 17. *Sanciones por incumplir prohibición a menores.*

**En el artículo 19.**

Se propone eliminar este artículo, toda vez que en el texto aprobado en primer debate la medida que se les impone a los vendedores ambulantes es lesiva, teniendo en cuenta las consecuencias que se pueden generar con el decomiso de la mercancía, como por ejemplo el desmedro económico. Por lo tanto, se propone realizar un trabajo educativo de concientización, el cual será realizado por las entidades territoriales, para evitar la venta de productos de tabaco a los menores de edad.

**En el artículo 20.**

Se propone eliminar este artículo, puesto que al establecer la prohibición absoluta y suprimir la prohibición relativa, no es necesario la

aplicación del artículo. De esta forma se considera que se logra el objetivo propuesto en el proyecto puesto que se ajusta con la Ley 1109 de 2006 y con las restantes normas de estirpe constitucional. Es indudable que subyace un claro soporte técnico y normativo y su adopción, en los términos que se propone, se constituye en una necesidad inaplazable.

*Ricardo Arias Mora,*

Ponente.

COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE  
DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA.

Bogotá, D. C., en el primero (1°) día del mes de octubre año dos mil ocho (2008).

En la presente fecha se autoriza la publicación en la *Gaceta del Congreso* de la República, en cuarenta y uno (41) folios, el informe de ponencia para segundo debate, pliego de modificaciones y texto propuesto para segundo debate, al Proyecto de ley número 121 de 2007 Senado, *por medio de la cual se instrumenta la cultura y generación de espacios libres de humo.* Autoría del proyecto de ley del honorable Senador *José David Name Cardozo.*

El Secretario,

*Jesús María España Vergara.*

**VII. TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE  
AL PROYECTO DE LEY NUMERO 121 DE 2007 SENADO**

*por medio de la cual se instrumenta la cultura  
y generación de espacios libres de humo.*

El Congreso de Colombia

DECRETA:

CAPITULO I

**Disposiciones generales**

**Artículo 1°. Objeto.** Es objeto de la presente ley instrumentar la cultura y generación de los espacios libres de humo, de acceso público en el marco de la prohibición de fumar productos del tabaco en espacios cerrados, públicos y privados con la finalidad de velar por un ambiente sano, libre de Aire Contaminado por Humo de Tabaco (ACHT), proteger la salubridad pública y el desarrollo sostenible del ambiente.

**Artículo 2°. Definiciones.** Para interpretar y aplicar esta ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

**ACHT.** Aire Contaminado por Humo de Tabaco.

**AREA INTERIOR O CERRADA.** Todo espacio cubierto por un techo o cerrado entre una o más paredes o muros, independientemente del material utilizado para el techo, las paredes o los muros y de que la estructura sea permanente o temporal.

**FUMAR.** El hecho de estar en posición de control de un producto de tabaco encendido independientemente de que el humo se esté inhalando o exhalando en forma activa.

**HUMO DE TABACO AJENO O HUMO DE TABACO AMBIENTAL.** El humo que se desprende del extremo ardiente de un cigarrillo o de otros productos de tabaco generalmente en combinación con el humo exhalado por el fumador.

**LUGAR DE TRABAJO.** Todos los lugares utilizados por las personas durante su empleo o trabajo incluyendo todos los lugares conexos o anexos y vehículos que los trabajadores utilizan en el desempeño de su labor. Esta definición abarca aquellos lugares que son residencia para unas personas y lugar de trabajo para otras.

**LUGARES PUBLICOS.** Todos los lugares accesibles al público en general, o lugares de uso colectivo, independientemente de quien sea su propietario o del derecho de acceso a los mismos.

**PLAN DE PROMOCION Y PREVENCION.** Proceso para proporcionar a las poblaciones los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma, mediante la intervención de los determinantes de la salud y la reducción de la inequidad. Esto se

desarrolla fundamentalmente a través de los siguientes campos: formulación de política pública, creación de ambientes favorables a la salud, fortalecimiento de la acción y participación comunitaria, desarrollo de actitudes personales saludables y la reorientación de los servicios de salud; por sus características la promoción de la salud supone una acción intersectorial sólida que hace posible la movilización social.

**PRODUCTOS DEL TABACO.** Cualquier sustancia o bien manufacturado compuesto total o parcialmente de tabaco, lo cual incluye las hojas de tabaco y cualquier extracto de hoja de tabaco. También comprende los papeles, tubos y filtros de cigarrillo.

**TRANSPORTE PUBLICO.** Todo vehículo utilizado para transportar al público, generalmente con fines comerciales o para obtener una remuneración. Incluye a los taxis.

**Artículo 3°. Competencias territoriales.** Será competencia para la aplicación de la presente ley:

1. **Las autoridades de policía.** Tienen la función de vigilar y controlar que en los establecimientos donde opera la prohibición se cumpla y en caso de incumplimiento total o parcial, deberán tomar las medidas correspondientes.

2. **Las autoridades sanitarias.** El Ministerio de la Protección Social y sus delegados, tienen la función de fiscalizar y cooperar con el cumplimiento de la ley.

3. **Las autoridades departamentales, municipales y distritales.** Además de garantizar el cumplimiento de lo previsto en la presente ley, están facultadas para sancionar y aplicar los correctivos aquí previstos.

**Artículo 4°. Principios rectores.** La presente ley se regirá por los siguientes principios rectores:

1. **Corresponsabilidad.** El Estado y la ciudadanía tienen el deber de acoger las medidas necesarias para el cumplimiento de la instrumentalización de la cultura de espacios libres de humo. Este deber compartido establece una participación y compromiso en la consecución de una mejor calidad de vida de la población.

Las entidades territoriales, las autoridades de policía y las autoridades sanitarias trabajarán de forma conjunta y complementaria en cuanto a la vigilancia y control del cumplimiento de la ley. De igual manera, corresponde a los ciudadanos colombianos y a todos aquellos que de manera temporal estén en el territorio nacional, el acatamiento de la ley, la participación activa en las campañas y actividades que tengan por objeto instrumentar la cultura y generación de los espacios libres de humo.

2. **Solidaridad.** Es deber de la ciudadanía participar activamente en la interacción social, objetando de manera inmediata el consumo de tabaco en los lugares restringidos, esto lo harán ante la autoridad de policía cuando estuviere presente o ante los funcionarios de la entidad o del establecimiento de comercio y de servicio, para que velen por el correcto cumplimiento de la prohibición. Deberán de igual manera, denunciar las irregularidades de las que tenga conocimiento, sean estas referentes a la separación de áreas de fumadores así como las relacionadas con el procedimiento sancionatorio.

Este principio se materializa con la objeción o reproche social de la comunidad hacia los fumadores dentro de los espacios restringidos.

3. **Debido proceso.** Las autoridades competentes deberán respetar los términos y oportunidades consagrados en la ley.

No habrá lugar a sanciones y procedimientos distintos a los contemplados en la presente ley.

4. **Igualdad.** Las autoridades competentes para la vigilancia y control de las disposiciones emanadas de esta ley, deberán garantizar dentro del proceso sancionatorio, la igualdad hacia todos los individuos. Los ciudadanos serán veedores del cumplimiento de los derechos y garantías por parte de las autoridades, impulsando la materialización de una igualdad real que abarque todos los estamentos de la sociedad colombiana.

5. **Transparencia.** En virtud de este principio las actuaciones que se ejecuten en ocasión de la presente ley serán de acceso público, con el objeto de garantizar la transparencia y legalidad de los procedimientos a que hubiere lugar.

De igual manera los interesados tendrán a su disposición los registros y documentos que se generen en ocasión al procedimiento sancionatorio respectivo.

6. **Celeridad.** En todas las etapas del proceso sancionatorio a que haya lugar en caso de incumplimiento de la presente ley, las actuaciones se surtirán dentro de los parámetros de la eficiencia y eficacia, cumpliendo con los términos establecidos sin retardos injustificados, y en la medida de lo posible se surtirá el proceso en el menor tiempo posible.

**Artículo 5°. Derechos de los no fumadores.** Constituyen derechos de las personas en relación con el consumo del tabaco, entre otros, los siguientes:

1. Respirar aire puro libre de humo de tabaco y sus derivados.

2. Oponerse cuando se enciendan cigarrillos, tabaco y sus derivados en sitios en donde el consumo se encuentre prohibido por la presente ley, así como exigir del propietario, representante legal, gerente, administrador o responsable a cualquier título del respectivo negocio o establecimiento, se comine al o a los autores de tales conductas a suspender de inmediato el consumo de los mismos.

3. Acudir ante la autoridad competente en defensa de sus derechos y a exigir la protección de los mismos.

4. Exigir las advertencias sanitarias sobre los efectos nocivos y mortales que produce el tabaco y la exposición al humo del tabaco.

5. Informar a la autoridad competente el incumplimiento de lo previsto en la presente ley.

## CAPITULO II

### Del Régimen de Prohibiciones sobre Fumar productos del Tabaco

**Artículo 6°. Prohíbese fumar productos del tabaco, en todos los espacios cerrados de acceso público en las siguientes entidades y establecimientos:**

1. Las entidades de salud.

2. Las instituciones de educación formal, en sus niveles de educación preescolar, básica y media y no formal.

3. Las instituciones de educación superior.

4. Los medios de transporte de servicio público, oficial y escolar.

5. Las áreas en donde el consumo de productos de tabaco generen un alto riesgo de combustión por la presencia de materiales inflamables, tal como estaciones de gasolina, sitios de almacenamiento de combustibles o materiales explosivos o similares.

6. En las áreas interiores o cerradas de los lugares de trabajo y de los lugares públicos, incluyendo establecimientos de comercio y de servicio.

**Parágrafo.** Respecto de lo previsto en el numeral 6 de este artículo, solamente se podrán establecer zonas para fumadores en sitios al aire libre”.

**Artículo 7°. Obligaciones de los propietarios, administradores y/o empleadores.** Los propietarios, empleadores y administradores de los lugares a los que hacen referencia el artículo 6° tienen las siguientes obligaciones:

1. Incluir dentro del reglamento interno respectivo, la implementación y aplicación del régimen de prohibiciones con sujeción a la presente ley.

2. Velar por el cumplimiento de las prohibiciones contenidas en la presente ley con el fin de proteger a las personas de la exposición del humo de tabaco ambiental.

3. Fijar en un lugar visible al público un aviso que contenga uno de los siguientes textos: “*Por el bien de su salud, este espacio está libre de humo de cigarrillo o de tabaco*”; “*Respire con tranquilidad, este es*

*un espacio libre de humo de tabaco,” “Bienvenido, este es un establecimiento libre de humo de tabaco”.* Los avisos no deben incluir figuras alusivas al cigarrillo ni ningún recordatorio de marca.

4. Adoptar medidas específicas y razonables a fin de disuadir a las personas de fumar en el lugar.

**Artículo 8°. Régimen sancionatorio.** En caso de violación a los artículos 6° y 7° de la presente ley se seguirá el siguiente trámite:

1. La actuación se iniciará de oficio o por informes recibidos de autoridades o de terceros y, por cualquier otro medio que ofrezca credibilidad.

2. Formulación de cargos. El funcionario competente formulará los cargos correspondientes al investigado mediante acto motivado, contra el cual no procede recurso alguno. Deberá contener una síntesis de los hechos constitutivos de las posibles infracciones, de las pruebas allegadas hasta ese momento y de las normas que se estiman infringidas.

3. Término de traslado del acto de formulación de cargos. El término de traslado del acto de formulación de cargos al investigado será de cinco (5) días calendario contados a partir del día siguiente a su notificación. Durante dicho término el expediente respectivo estará a disposición del investigado en las dependencias del funcionario que hubiere formulado los cargos. Durante este término podrán solicitar la práctica de pruebas, aportarlas u objetar las obtenidas antes de la formulación de cargos.

4. Período probatorio. Las pruebas solicitadas se decretarán cuando sean conducentes, pertinentes y eficaces para el esclarecimiento de los hechos materia de investigación. Se aceptarán las aportadas si llenan los anteriores requisitos. Se denegarán las que no los cumplan y se ordenará de oficio las que se consideren pertinentes, mediante acto motivado que señalará el término para su práctica, que no podrá exceder de un (1) mes. La práctica de las pruebas comenzará a realizarse después de transcurridos cinco (5) días desde la fecha de notificación por comunicación del acto respectivo.

5. Sanciones. La violación de las obligaciones previstas en el artículo 6° de esta ley por parte de los propietarios, empleadores, representantes legales y administradores de que trata el artículo 7° de la presente ley, será sancionada por la autoridad municipal o distrital, según el caso, con alguna o algunas de las siguientes sanciones, teniendo en cuenta el criterio de reincidencia en la comisión de la infracción:

a) Amonestación.

b) Multas sucesivas desde un (1) salario mínimo mensual legal vigente y hasta por una suma equivalente a veinte (20) salarios mensuales legales vigentes, al momento de dictarse la respectiva resolución.

### CAPITULO III

#### Del régimen de infracciones y sanciones

**Parágrafo.** Para todos los efectos, las normas procedimentales que no se regulen en la presente ley, se regirán por el Código Contencioso Administrativo.

**Artículo 9°. Correctivos a las personas que fumen en sitios o lugares prohibidos.** La persona que fume en los lugares prohibidos de que trata el artículo 6° de la misma, se hará acreedor a una amonestación verbal y a una sanción pedagógica que le obligará a asistir a una de capacitación sobre los efectos nocivos del cigarrillo. El Gobierno Nacional determinará la entidad o entidades que deberán dictar la capacitación, así como la intensidad horaria y los contenidos de la misma.

No obstante, si quien fuma es el propietario, empleador, representante legal y/o administrador, las sanciones a imponer serán las previstas en el artículo 8°.

**Artículo 10. Destinación de las multas.** La respectiva sanción será impuesta por la autoridad competente en la materia y la sumas recaudadas serán entregadas al Ministerio de la Protección Social de la siguiente manera: un sesenta por ciento (60%) con destino a campañas de

prevención contra el cáncer y el cuarenta por ciento (40%) a la capacitación de que trata el artículo 9° de la presente ley.

**Parágrafo.** Los dineros recaudados por la autoridad competente, serán girados al Ministerio de la Protección Social a la subcuenta de promoción de la salud, dentro de los dos (2) meses siguientes a su recaudo”.

### CAPITULO IV

#### De las medidas de prevención

**Artículo 11. Campaña educativa por los establecimientos educativos.** Los establecimientos educativos de básica primaria y básica secundaria, públicos y privados, llevarán a cabo un programa especial educativo encaminado a fomentar los espacios libres de humo y el respeto por los no fumadores, en correlación con las campañas para prevenir que fumen productos del tabaco.

**Parágrafo.** El programa especial educativo consistirá en campañas pedagógicas dictadas dentro del establecimiento educativo y durante el horario académico, deberá transmitirse el objeto de la campaña a los núcleos familiares, cuando ello sea posible.

**Artículo 12. Campaña educativa por las EPS, las IPS y las ARP.** Las EPS y las IPS incluirán dentro del plan de promoción y prevención contemplado en el Plan Obligatorio de Salud; las ARP dentro del programa de prevención de riesgos profesionales y enfermedades de trabajo, el programa de prevención de fumar productos del tabaco y la creación de espacios libres de humo.

**Artículo 13. Campaña educativa por los entes territoriales.** Todas las entidades y corporaciones estatales del orden nacional y descentralizado, deberán informar dentro de su página web la entrada en vigencia de la presente ley, y emprenderán una campaña educativa por este medio, tendiente a la promoción de la cultura de espacios libres de humo y la prevención de fumar productos del tabaco. La campaña educativa también se dirigirá a los vendedores ambulantes y semifijos, para lograr la no venta de cigarrillo a menores de edad.

**Artículo 14. Campaña Educativa por la Comisión Nacional de Televisión.** La Comisión Nacional de Televisión deberá difundir la prohibición de fumar productos del tabaco en áreas interiores o cerradas de los lugares de trabajo y/o de los lugares públicos y promocionará la cultura de espacios libres de humo mediante campaña publicitaria educativa televisada. La Comisión Nacional de Televisión regulará la promoción de las campañas educativas.

**Artículo 15. Campaña educativa por entidades estatales.** Todas las entidades públicas, deberán difundir la presente ley en las páginas electrónicas que tengan habilitadas, así como en otros medios de difusión con que cuente la entidad y emprenderán una campaña educativa, tendiente a la promoción de la cultura de espacios libres de humo y la prevención de fumar productos del tabaco.

### CAPITULO V

#### Prohibición menores de edad y sanciones

**Artículo 16. Prohibición a menores.** Se prohíbe la venta, distribución, donación y suministro de productos derivados del tabaco, a y por aquellas personas que no hayan alcanzado la mayoría de edad legal en Colombia, la cual es de dieciocho (18) años.

**Parágrafo 1°.** Se establece la obligatoriedad que todos los vendedores de los productos derivados del tabaco fijen la prohibición anterior en un anuncio claro y en un lugar visible.

**Parágrafo 2°.** Cada vendedor de productos derivados del tabaco, debe verificar previo a la venta, que la persona haya alcanzado la mayoría de edad, y para tal efecto el comprador debe mostrar únicamente la cédula de ciudadanía.

**Parágrafo 3°.** Se prohíbe que los productos derivados del tabaco se encuentren en lugares accesibles dentro de los establecimientos de comercio, tales como estantes o dispensadores.

**Parágrafo 4°.** Se debe garantizar que las máquinas expendedoras de productos derivados del tabaco, no se encuentren en lugares accesibles para menores de edad, por tanto se prohíbe su instalación en lugares que frecuenten los mismos, públicos o privados, como establecimientos educativos, centros comerciales, institutos de salud, parques, museos, teatros, salvo que la tecnología de la misma permita que la transacción sólo sea realizada por mayores de edad.

**Parágrafo 5°.** Los menores que infrinjan las disposiciones contenidas en el artículo 16 de esta ley, deberán recibir talleres de orientación y concientización sobre los efectos nocivos del tabaco y cigarrillo, a través de la respectiva Policía de Menores.

**Artículo 17. Sanciones por incumplir prohibición a menores.** Por el incumplimiento de lo expuesto en el artículo anterior, se impondrán las siguientes sanciones:

1. Serán sancionados con una multa de un salario mínimo legal mensual vigente, los propietarios, administradores o dependientes de establecimientos de comercio, individualmente, cuando el establecimiento de comercio al cual se encuentran vinculados vendan, distribuyan, regalen o suministren productos derivados del tabaco a menores de edad, e igualmente serán multados cuando consientan que otros los expendan.

2. Si cualquiera de las personas del mismo establecimiento de comercio que ya ha sido multado comete la infracción nuevamente, este será sancionado con el cierre temporal del establecimiento.

3. Si reincide la venta, distribución, donación o suministro de los productos derivados del tabaco a menores de edad, se sancionará con el cierre definitivo del establecimiento.

#### CAPITULO VI

##### Del régimen de aplicación de la ley

**Artículo 18. Vigencia.** La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

*Ricardo Arias Mora,*

Ponente.

#### COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA.

Bogotá, D. C., en el primer (1°) día del mes de octubre año dos mil ocho (2008).

En la presente fecha se autoriza la publicación en la *Gaceta del Congreso* de la República, en cuarenta y uno (41) folios, el informe de ponencia para segundo debate, pliego de modificaciones y texto propuesto para segundo debate, al Proyecto de ley número 121 de 2007 Senado, *por*

*medio de la cual se instrumenta la cultura y generación de espacios libres de humo.* Autoría del proyecto de ley del honorable Senador *José David Name Cardozo.*

El Secretario,

*Jesús María España Vergara.*

#### Proposición

Teniendo en cuenta las modificaciones propuestas, me permito solicitar a la Plenaria del honorable Senado de la República, dar **segundo** debate al Proyecto de ley número 121 de 2007 Senado, *por medio de la cual se instrumenta la cultura y generación de espacios libres de humo,* con las modificaciones propuestas.

*Ricardo Arias Mora,*

Ponente.

#### COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA.

Bogotá, D. C., en el primer (1°) día del mes de octubre año dos mil ocho (2008).

En la presente fecha se autoriza la publicación en la *Gaceta del Congreso* de la República, en cuarenta y uno (41) folios, el informe de ponencia para segundo debate, pliego de modificaciones y texto propuesto para segundo debate, al Proyecto de ley número 121 de 2007 Senado, *por medio de la cual se instrumenta la cultura y generación de espacios libres de humo.* Autoría del proyecto de ley del honorable Senador *José David Name Cardozo.*

El Secretario,

*Jesús María España Vergara.*

### CONTENIDO

Gaceta número 710 - Viernes 10 de octubre de 2008  
SENADO DE LA REPUBLICA

Págs.

#### PONENCIAS

Informe de ponencia para primer debate y texto propuesto al Proyecto de ley número 312 de 2008 Senado 090 de 2007 Cámara, acumulado con el proyecto de ley número 142 de 2007 Cámara, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.....	1
Informe de ponencia para segundo debate, modificaciones propuestas y texto propuesto al Proyecto de ley número 121 de 2007 Senado, por medio de la cual se instrumenta la cultura y generación de espacios libres de humo.....	16

