



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CAMARA

(Artículo 36, Ley 5a. de 1992)
 IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
 www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XVIII - Nº 727

Bogotá, D. C., jueves 13 de agosto de 2009

EDICION DE 16 PAGINAS

DIRECTORES:

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

JESÚS ALFONSO RODRIGUEZ CAMARGO
 SECRETARIO GENERAL DE LA CAMARA
 www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PUBLICO

SENADO DE LA REPUBLICA

PONENCIAS

INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 15 DE 2008 SENADO

mediante la cual se regulan los servicios de Cuidados Paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida.

Bogotá, D. C., julio 28 de 2009

Doctor

JAVIER CACERES LEAL

Presidente

Senado de la República

Ciudad

Referencia: Informe de Ponencia para segundo debate al Proyecto de ley número 15 de 2008 Senado.

Señor Presidente:

En cumplimiento de la designación que me fue encomendada, presento el informe para segundo debate al Proyecto de ley número 15 de 2008 Senado, *mediante el cual se regulan los servicios de Cuidados Paliativos para el manejo integral de Pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida* y para efectos de lo cual me permito hacer las siguientes consideraciones:

1. Objeto y contenido de la iniciativa legislativa

De conformidad con el articulado y la exposición de motivos del proyecto de ley, es preciso indicar que el objeto se concreta en la intención de reglamentar el derecho de las personas con enfermedades crónicas irreversibles de alto impacto en la calidad de vida, a ser informados y a recibir un tratamiento paliativo integral y digno, estando de por medio un diagnóstico de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, en donde la muerte es inevitable en un tiempo relativamente corto, sin entenderse en ningún

momento que mediante este proyecto se autoriza al personal médico a practicar procedimientos encaminados a la interrupción de la vida del paciente.

2. Marco jurídico 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; debido a que se trata es una iniciativa Congressional presentada individualmente por el Senador Alvaro Ashton Giraldo, 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.

2. Antecedentes

El proyecto de ley tiene origen en el Senado de la República, presentado a consideración del Congreso por el honorable Senador Alvaro Ashton Giraldo, radicado bajo el número 15 de 2008 Senado, correspondiéndole por el asunto de la materia a la Comisión Séptima del Senado, para lo cual el señor Secretario de la Comisión nos designó como ponentes del proyecto.

En ejercicio de la función legislativa, rendimos ponencia a efecto de dar segundo debate al Proyecto de ley número 15 de 2008 Senado, *mediante el cual se regulan los servicios de Cuidados Paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida.*

El proyecto de ley inició debate en la Comisión Séptima de Senado el día mayo 27 de 2009, se hizo la presentación de la ponencia para primer debate y el texto propuesto al Proyecto de ley número 015 de 2008 Senado, durante la sesión, se propuso la aprobación en bloque del articulado, siendo aprobado

por unanimidad con excepción de los artículos 4° y 5°, de acuerdo a la propuesta del Senador Alfonso Núñez Lapeira, quien solicitó dejarlos por fuera de la votación en bloque. El Senador Alfonso Núñez Lapeira y la Senadora Claudia Rodríguez de Castellanos, anuncian su voto negativo a estos artículos ya que consideran que es un paso a la eutanasia.

Puesto a consideración el artículo 4° y luego de negarlo con votación nominal solicitada por el honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bérnier (5 votos por el sí; 6 votos por el no), se sometió a aprobación la reapertura del mismo, con votación nominal, la cual fue aprobada con 9 votos por el sí y 2 votos por el no. La nueva discusión y votación se aplazó.

En sesión de junio 3 de 2009, se continuó con la discusión de los artículos 4° y 5°, siendo aprobado el 4°, según proposición presentada por la honorable Senadora Dilian Francisca Toro Torres, la cual reposa en el expediente. El honorable Senador Luis Carlos Avellaneda Tarazona, manifestó que presentaría proposición a este artículo, para el segundo debate.

En sesión de junio 9 de 2009, se sometió a consideración y aprobación el artículo 5°. El honorable Senador Alfonso Núñez Lapeira, presentó proposición para suprimir una frase al numeral 4, del artículo 5°, lo cual fue negado con 6 votos negativos y 5 positivos. El Senador Núñez dejó constancia de que apelará en la Plenaria, dicha proposición. El artículo 5°, finalmente fue aprobado por votación nominal así: 4 votos negativos y 7 votos positivos, según proposición presentada por la honorable Senadora Dilian Francisca Toro Torres, la cual reposa en el expediente. Los honorables Senadores: Ricardo Arias Mora, Alfonso Núñez Lapeira, Jorge Eliécer Ballesteros Bérnier y Jairo de Jesús Tapias Ospina, dejan constancia de su voto negativo.

En la misma fecha, junio 9 de 2009, la Senadora Dilian Francisca Toro Torres, presentó proposición frente al artículo 7°, la cual fue aprobado por unanimidad. Esta proposición reposa en el expediente.

Puesto a consideración el título del proyecto, este fue aprobado por unanimidad de la siguiente manera: **“Mediante la cual se regulan los servicios de Cuidados Paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida”.**

3. Justificación del proyecto

El propósito de este proyecto de ley, con las modificaciones que se presentan, es el de reglamentar y asegurar el derecho de las personas que padecen una enfermedad crónica o de alta complejidad, que ocasione grave pérdida de la calidad de vida y para la cual no exista un tratamiento curativo que permita esperar su resolución definitiva, a recibir atención paliativa idónea, la cual consiste en el control del dolor y otros síntomas, así como la atención en aspectos psicosociales y espirituales del paciente y su familia indispensable para reducir el sufrimiento. Se considera indispensable el suministro de la atención paliativa en casos donde exista una enfermedad crónica, avanzada, compleja y que ocasione grave pérdida de la calidad de vida y también en los casos de no existir un tratamiento curativo.

El desarrollo y aseguramiento de la atención paliativa implica, entre otras cosas establecer un diagnóstico adecuado y oportuno de una enfermedad crónica o de alta complejidad, el suministro de información oportuna al paciente y a sus familiares, la prestación de un servicio paliativo integral, la disposición de talento humano idóneo para atender este tipo de situaciones, y el desarrollo, dentro del Sistema General de Seguridad Social, de todos los instrumentos y orientaciones pertinentes; elementos que se desarrollarán más adelante en esta exposición de motivos.

La justificación de una ley en este tema proviene de la evidencia del aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas, degenerativas y oncológicas incurables, así como la tendencia demográfica que hace esperar una mayor proporción de pacientes ancianos. De acuerdo, a la información del DANE, sobre la información estadística de defunciones por grupos de edad y sexo del año y teniendo en cuenta la mortalidad por cáncer, SIDA, hipertensión, enfermedad cardiocerebrovascular, enfermedad respiratoria crónica, diabetes mellitas, enfermedades neurológicas y cirrosis hepática, para ese año la mortalidad por estas causas fue de **83.684** pacientes. Teniendo en cuenta la proyección poblacional y que por cada paciente que fallece por estas causas hay de 1 a 10 pacientes vivos padeciendo cada una de estas enfermedades, es de esperarse que los pacientes que se pueden beneficiar de esta ley son aproximadamente **1.558.125**.

LISTA DE CAUSAS (BASADA EN LA CIE - 10)	Total	Total		
		Hombres	Mujeres	Indeterminado
TOTAL	183.553	110.331	73.187	35
101 Enfermedades infecciosas intestinales	1.652	877	775	.
102 Tuberculosis, inclusive secuelas	1.377	922	455	.
103 Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	216	130	86	.
104 Ciertas enfermedades prevenibles por vacuna	117	66	51	.
105 Meningitis	578	345	233	.
106 Septicemia	1.100	547	553	.
107 Infecciones con modo de transmisión predominantemente sexual	30	20	10	.
108 Enfermedad por el VIH / SIDA	1.713	1.444	269	.
109 Infecciones respiratorias agudas	5.277	2.681	2.596	.
110 Otras enfermedades infecciosas y parasitarias	578	344	234	.
201 Tumor maligno del estómago	4.112	2.469	1.643	.
202 Tumor maligno del colon	1.282	560	722	.
203 Tumor maligno órganos digestivos y del peritoneo, excluy. estómago y colon	1.175	667	508	.
204 Tumor maligno hígado y vías biliares	2.032	860	1.172	.
205 Tumor maligno del páncreas	852	401	451	.
206 Tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón	2.877	1.762	1.115	.
207 Tumor maligno órganos respiratorios e intratorácicos, exc. tráquea, bronquios y pulmón	533	384	149	.
208 Tumor maligno de la mama	1.449	15	1.434	.
209 Tumor maligno del útero	2.126	.	2.126	.
210 Tumor maligno de la próstata	1.828	1.828	.	.
211 Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	1.207	474	733	.
212 Tumor maligno del tejido linfático, órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	2.466	1.345	1.121	.

LISTA DE CAUSAS (BASADA EN LA CIE - 10)	Total	Total		
		Hombres	Mujeres	Indeterminado
213 Otros tumores malignos	4.487	2.305	2.182	.
214 Carcinoma In Situ, tumores benignos y de comportamiento incierto o desconocido	506	273	233	.
301 Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	315	112	203	.
302 Enfermedades hipertensivas	5.490	2.502	2.988	.
303 Enfermedades isquémicas del corazón	21.908	12.183	9.725	.
304 Enf. cardiopulmonar, de la circulación pulmonar y otras formas de enf. Corazón	3.434	1.743	1.691	.
306 Insuficiencia cardíaca	3.902	1.974	1.928	.
307 Enfermedades cerebrovasculares	13.393	6.198	7.195	.
308 Aterosclerosis	329	127	202	.
309 Otras de enfermedades del sistema circulatorio	1.534	945	589	.
401 Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	114	65	49	.
402 Feto y recién nacido afectados por complic. obstétricas y traumatismos del nacimiento	912	532	380	.
403 Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, bajo peso al nacer y gestación corta	195	105	90	.
404 Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	4.790	2.774	2.016	.
405 Sepsis bacteriana del recién nacido	790	468	322	.
406 Enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido y kernicterus	65	40	25	.
407 Otras afecciones originadas en el período perinatal	1.187	679	508	.
501 Accidentes de transporte terrestre, inclusive secuelas	7.624	5.987	1.632	5
502 Otros accidentes de transporte y los no especificados, inclusive secuelas	70	60	10	.
503 Caídas	1.037	816	221	.
504 Accidentes causados por máquinas y por instrumentos cortantes o punzantes	23	22	1	.
505 Accidentes causados por disparo de armas de fuego	64	57	6	1
506 Ahogamiento y sumersión accidentales	1.246	972	273	1
507 Exposición al humo, fuego y llamas	191	122	69	.
508 Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas	118	84	34	.
509 Complicaciones de la atención médica y quirúrgica, inclusive secuelas	162	80	82	.
510 Otros accidentes, inclusive secuelas	2.602	1.788	813	1
511 Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios), inclusive secuelas	2.167	1.666	497	4
512 Agresiones (homicidios), inclusive secuelas	25.855	23.933	1.906	16
513 Intervención legal y operaciones de guerra, inclusive secuelas	241	233	8	.
514 Eventos de intención no determinada, inclusive secuelas	2.559	1.984	575	.
601 Diabetes mellitus	6.801	2.889	3.912	.
602 Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	1.931	977	954	.
603 Trastornos mentales y del comportamiento	48	33	15	.
604 Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	1.565	844	721	.
605 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	9.452	5.247	4.205	.
606 Otras enf. de las vías respiratorias superiores	28	13	15	.
607 Enfermedades pulmón debidas a gentes externos	1.020	533	487	.
608 Otras enfermedades respiratorias	1.383	745	638	.
609 Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	842	448	394	.
610 Ciertas enfermedades crónicas del hígado y cirrosis	1.752	1.191	561	.

LISTA DE CAUSAS (BASADA EN LA CIE - 10)	Total	Total		
		Hombres	Mujeres	Indeterminado
611 Resto de enfermedades del sistema digestivo	4.483	2.397	2.086	.
612 Enfermedades del sistema urinario	2.864	1.555	1.309	.
613 Hiperplasia de la próstata	91	91	.	.
614 Embarazo, parto y puerperio	677	.	677	.
615 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2.549	1.376	1.171	2
616 Residuo	2.548	1.041	1.507	.
700 Síntomas, signos y afecciones mal definidas	3.632	1.981	1.646	5

Fuente DANE.

Teniendo en cuenta que las enfermedades crónicas son un problema de salud pública, la Organización Mundial de la Salud ha sugerido implementar estrategias que tengan como pilares fundamentales el acceso a medicamentos, la educación del recurso humano en salud y la implementación de políticas que soporten los procesos.

Se hace necesario la garantía del derecho dentro del Sistema General de Seguridad Social, mediante la adopción de protocolos y guías terapéuticas, idoneidad de los prestadores, equipos y profesionales, definición de la prestación dentro de su red de servicios y garantía del acceso, vigilancia por parte del Gobierno Nacional con el cumplimiento de los protocolos y parámetros éticos por parte de los prestadores.

5. Consideraciones

Factores a implementar en la atención paliativa

A. Diagnóstico adecuado y oportuno

Un aspecto que resulta fundamental para la atención paliativa es un diagnóstico oportuno y profesional que permita dar cuenta del cambio de pronóstico, desde una expectativa de curación a una condición de una enfermedad crónica o de alta complejidad que ocasione grave pérdida de la calidad de vida y para la cual no exista un tratamiento curativo que permita esperar su resolución definitiva. En algunas enfermedades las investigaciones conocidas permiten establecer, con un elevado nivel de confianza, las condiciones que indican estas circunstancias, otras veces la evolución del paciente se da de una manera que hace muy difícil señalar la pérdida del pronóstico curativo y para ello puede requerirse de la discusión por grupos de expertos o de segundos evaluadores.

B. El suministro de información oportuna al paciente y a sus familiares

Los pacientes y sus familiares tienen derecho a conocer oportunamente del pronóstico y su condición de salud desde el punto de vista científico, de las diferentes alternativas terapéuticas que existan para su condición con sus respectivas posibilidades de éxito derecho a ser informado de segunda opinión y comités de expertos para confirmar diagnóstico.

C. La prestación de un servicio paliativo integral

La prestación efectiva de un servicio paliativo parte del hecho del diagnóstico de enfermedad crónica o de alta complejidad que ocasione grave pérdida de la calidad de vida y para la cual no exista un tratamiento curativo que permita esperar su resolución definitiva y del derecho a tener atención integral y a ser informado.

Los pacientes y sus familias deben poder acceder a servicios prestados por personal idóneo, medicamentos, atención psicológica, que se desarrollen atenciones integrales para los síntomas físicos y problemas psicosociales y espirituales en todos los niveles de atención.

D. La disposición de talento humano idóneo para atender este tipo de situaciones

Es de anotar que muchas de las atenciones y procedimientos para brindar un cuidado paliativo a estos pacientes se pueden cubrir en los primeros niveles de atención. Es por ello importante brindar capacitación a los profesionales desde estos niveles para garantizar un cuidado paliativo costo-efectivo.

E. Desarrollo de todos los instrumentos y orientaciones pertinentes

El Gobierno Nacional a través del Ministerio de la Protección Social reglamentará la materia acerca de los parámetros que se seguirán para la atención en cuidados paliativos, y para ello debe establecer los Protocolos y Guías Terapéuticas, estimularán la integración de Comités de Expertos para confirmar la enfermedad del paciente según protocolos y las entidades e instituciones prestadoras de los servicios de salud implementarán dichas medidas conforme con la reglamentación que se expida al respecto.

E. Garantizar el derecho dentro del Sistema General de Seguridad Social: prestadores, equipos y profesionales idóneos

La EPS debe garantizar el acceso a los cuidados paliativos a través de sus profesionales en todos los niveles de atención, dentro de su red de servicios de acuerdo a parámetros técnicos fijados por el Ministerio de la Protección Social dentro de la reglamentación, estas definiciones se incluirán dentro de los criterios que la Superintendencia de Salud aplica a la autorización y renovación de las licencias de funcionamiento, esta reglamentación debe incluir criterios de referencia y contrarreferencia y acceso por niveles de complejidad.

Prestadores: El Ministerio de la Protección Social incluirá dentro de los criterios de habilitación de los prestadores la disposición de profesionales capacitados.

“De acuerdo a un estudio desarrollado por Wilson Astudillo A., Elías Díaz-Albo H. y Carmen Mendinueta A., los pacientes susceptibles de formar parte del programa de cuidados paliativos son los siguientes:

1. Paciente oncológico:

- Presencia de enfermedad oncológica documentada, progresiva y avanzada.
- Escasa o nula posibilidad de respuesta al tratamiento.
- Pronóstico de vida limitado.

2. Pacientes con Sida terminal en las siguientes categorías

- Patología tumoral asociada en progresión.
- Patología neurológica en progresión: LMP o encefalopatía – VIH.
- Síndrome debilitante en progresión.
- Karnofsky inferior al 40% fuera de crisis aguda.

- Pacientes con Sida con esperanza de vida inferior a seis meses.

3. Pacientes con procesos crónicos en estadios avanzados

- Enfermos con insuficiencia renal crónica terminal.
- Con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, con insuficiencia respiratoria hipoxémica.
- Con insuficiencia cardiaca en los que se han descartado intervenciones quirúrgicas o trasplante.
- Con hepatopatía crónica sin posibilidad de tratamiento radical.
- Enfermedades neurológicas, progresivas e irreversibles.
- Pacientes pediátricos con patologías tales como enfermedades malignas avanzadas o progresivas, patologías cardíacas congénitas sin pronóstico curativo, malformaciones gastrointestinales severas, inmunodeficiencias congénitas severas, fibrosis quística, distrofia muscular, mucopolisacaridosis, anomalías cromosomales como trisomía 13 ó 18, formas severas de osteogénesis imperfecta, secuelas de enfermedades de la infancia (parálisis cerebral, prematuridad extrema, lesión cerebral hipóxica, anóxica).

4. Ancianos con pluripatología y gran limitación funcional

Dadas estas circunstancias, surge la necesidad de generar un ambiente de solidaridad internacional que inste al desarrollo de programas y políticas de cuidado paliativo, en los cuales se eduque y se entrene al personal médico sobre el tema; de acuerdo a las necesidades de Colombia. De esta manera, varias instituciones y ONG españolas han encontrado posible, ayudar el movimiento paliativo latinoamericano a través de apoyo a las entidades afines en esos países con la presentación de proyectos y programas de promoción y formación¹.

6. Consideración final

Teniendo en cuenta la implicación del deterioro de la calidad de vida en pacientes que sufren enfermedades crónicas degenerativas e irreversibles, este proyecto de ley permitirá dar condiciones de atención que dignifique tal estado.

7. Pliego de modificaciones

Por solicitud de algunos Senadores de la Comisión Séptima que presentaron sus puntos de vista durante el primer debate en el Senado, se incluyen algunas modificaciones al proyecto, que se presentan a continuación:

• **Artículo 1º.** Se acoge la propuesta de modificación presentada por la Senadora Claudia Rodríguez de Castellanos, al incluir en el artículo 1º la propuesta que el tratamiento paliativo que reciban las personas objeto de la ley deberán tener en cuenta los aspectos psicopatológicos, físicos, emocionales, sociales y espirituales.

• **Artículo 5º numeral 1.** Se incluye en el Derecho a la Información que el desistimiento que se plantea no se debe entender como una excusa para negar la prestación de los cuidados paliativos o la

¹ Wilson Astudillo A., Elías Díaz-Albo H. y Carmen Mendinueta A. Los Cuidados Paliativos, una nueva forma de solidaridad internacional.

atención debida a los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas e irreversibles de alto impacto en la calidad de vida. En todo momento la familia del paciente estará igualmente informada.

• **Artículo Nuevo - Cooperación Internacional.**

El Gobierno Nacional podrá establecer estrategias de Cooperación Internacional, para facilitar el logro de los fines de la presente ley, a través del desarrollo de programas de cuidado paliativo, que permitan la capacitación del personal de la salud para promover la prestación de los servicios de Cuidados Paliativos.

Proposición

Solicito a la Plenaria del Senado de la República se dé segundo debate al Proyecto de ley número 015 de 2008 Senado, *mediante la cual se regulan los servicios de Cuidados Paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida*, Conforme al pliego de modificaciones que se presentó.

Dilian Francisca Toro Torres,
Senadora Ponente.

COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO
DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., a los veintinueve (29) días del mes de julio año dos mil nueve (2009)

En la presente fecha se autoriza la **publicación en la Gaceta del Congreso** de la República, el informe de ponencia para segundo debate, pliego de modificaciones, texto propuesto para segundo debate y **texto definitivo aprobado en Comisión**, en veinte (20) folios, **al Proyecto de ley número 015 de 2008 Senado, mediante la cual se regulan los servicios de Cuidados Paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida**. Autoría del proyecto de ley del honorable Senador *Alvaro Ashton Giraldo*.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

**TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO
DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO
015 DE 2008 SENADO**

mediante la cual se regulan los servicios de Cuidados Paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. *Objeto.* Esta ley reglamenta el derecho de las personas, con enfermedades crónicas, degenerativas e irreversibles que ocasionen graves pérdidas en la calidad de vida a recibir un tratamiento paliativo integral y digno, que tenga en cuenta los aspectos psicopatológicos, físicos, emocionales, sociales y espirituales, y a desistir de procedimientos terapéuticos extraordinarios y obstinados, que no cumplan con los principios de proporcionalidad tera-

péutica, y de mejorar la calidad de la misma, estando de por medio un diagnóstico de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.

Artículo 2°. *Enfermo en fase terminal.* Se define como enfermo en fase terminal a todo aquel que es portador de una enfermedad o condición patológica grave, que haya sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto, que demuestre un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente breve, que no sea susceptible de un tratamiento curativo y de eficacia comprobada, que permita modificar el pronóstico de muerte próxima; o cuando los recursos terapéuticos utilizados con fines curativos han dejado de ser eficaces.

Parágrafo. Cuando exista controversia sobre el diagnóstico de la condición de enfermedad terminal se podrá requerir una segunda opinión o la opinión de un grupo de expertos.

Artículo 3°. *Enfermedad crónica irreversible de alto impacto en la calidad de vida.* Se define como enfermedad crónica irreversible de alto impacto en la calidad de vida aquella que es de larga duración, ocasione grave pérdida de la calidad de vida, que demuestre un carácter progresivo e irreversible que impida esperar su resolución definitiva o curación y que haya sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto.

Artículo 4°. *Cuidados Paliativos.* Son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad avanzada y progresiva donde el control del dolor y otros síntomas, así como los aspectos psicosociales y espirituales cobran la mayor importancia. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal. Los cuidados paliativos no adelantan ni retrasan la muerte, sino que constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte para el paciente y su familia.

Artículo 5°. *Derechos de los pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas e irreversibles de alto impacto en la calidad de vida:*

Derechos: El paciente que padezca de una enfermedad crónica irreversible y, degenerativa de alto impacto en la calidad de vida tendrá los siguientes derechos, además de los consagrados para todos los pacientes:

1. **Derecho a la información:** Todo paciente que sea diagnosticado de una enfermedad crónica degenerativa irreversible tiene derecho a conocer su diagnóstico, estado y pronóstico, y a decidir con información clara y detallada sobre las alternativas terapéuticas disponibles, especialmente de la atención paliativa, siempre y cuando esté en uso de sus facultades mentales. Los pacientes tendrán también el derecho a desistir del derecho a la información. Este desistimiento no puede ser excusa para negar cuidados paliativos o la debida a los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas e irreversibles de alto impacto en la calidad de vida. En todo momento la familia del paciente estará igualmente informada.

2. **Derecho a elegir el médico tratante:** El paciente afectado por una enfermedad crónica degene-

rativa, irreversible, de alto impacto en la calidad de vida, siempre podrá elegir el profesional necesario para su atención, o cuando quiera un segundo diagnóstico, dentro de la red de servicios que para tal efecto disponga su EPS o entidad territorial. Esto es muy complicado poner que los pacientes pueden elegir el médico tratante. Creo que se debe omitir.

3. Derecho a suscribir el testamento vital: Toda persona capaz, sana o en estado de enfermedad, en uso de sus facultades con total conocimiento de las implicaciones que acarrea, podrá suscribir su testamento vital. En este, quien lo suscriba, indicará sus decisiones frente a una enfermedad terminal, crónica o la muerte. El testamento vital podrá incluir aspectos tales como su autorización o rechazo frente a determinados tratamientos médicos o quirúrgicos, su disposición o no a donar órganos o su delegación a otras personas o familiares para la toma de decisiones relacionadas con estos aspectos en caso de inconsciencia o muerte.

Quien suscriba el testamento vital podrá cambiarlo en cualquier momento, conforme a la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social sobre la materia.

4. Derecho a la asistencia: El diagnóstico de enfermedad crónica, degenerativa, irreversible y de alto impacto en la calidad de vida o terminal no debe acarrear la negación de servicios de cuidado paliativo. Todo paciente afectado por estas enfermedades tendrá derecho a recibir el conjunto de actividades y servicios integrales propios del cuidado paliativo. Las actividades y servicios integrales del cuidado paliativo se deberán prestar a nivel ambulatorio, hospitalario y domiciliario, de acuerdo a la indicación médica.

5. Derecho a participar de forma activa en el proceso de atención y la toma de decisiones en el cuidado paliativo. Los pacientes tendrán el derecho a participar de forma activa frente a la toma de decisiones frente a los planes terapéuticos del cuidado paliativo.

Parágrafo. El Ministerio de la Protección Social reglamentará la materia.

Artículo 6°. Los Entes Territoriales y todas las Entidades aseguradoras de salud públicas y privadas desarrollarán la atención de cuidados paliativos dentro de su red de servicios en todos los niveles de atención de acuerdo a la pertinencia médica, cuando sea por indicación médica o a través de su talento humano en salud, en diferentes niveles de atención por niveles de complejidad incluyendo la atención domiciliaria.

Parágrafo 1°. El Ministerio de la Protección Social reglamentará la materia, estableciendo entre otras el tipo de profesionales que debe ofrecer este servicio y los requisitos mínimos por niveles de atención; y desarrollará las guías de práctica clínica de atención integral de cuidados paliativos.

Parágrafo 2°. La Superintendencia Nacional de Salud exigirá, entre los requisitos solicitados para la

aprobación y renovación de funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud –EPS–, la inclusión en sus redes de atención de Cuidados Paliativos y de criterios de referencia y contrarreferencia que garanticen el acceso a este tipo de cuidados de forma especializada o a través de sus profesionales, sus Unidades de Atención o Domiciliarias.

Artículo 7°. *Talento humano.* Las Entidades Promotoras de Salud, EPS, garantizarán el acceso a la atención de servicio de cuidado paliativo con personal capacitado en cuidados paliativos dentro de su red de atención a través de las Instituciones Prestadoras de Salud IPS, garantizando también los mecanismos para que el Talento Humano adquiera las competencias para brindar la atención en cuidados paliativos.

Artículo 8°. El Ministerio de la Protección Social y Fondo Nacional de Estupefacientes, garantizará la distribución las 24 horas al día y los siete días a la semana, la 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°. Cooperación Internacional. El Gobierno Nacional podrá establecer estrategias de Cooperación Internacional, para facilitar el logro de los fines de la presente Ley, a través del desarrollo de programas de cuidado paliativo, que permitan la capacitación del personal de la salud para promover la prestación de los servicios de Cuidados Paliativos.

Artículo 10. El Ministerio de la Protección Social reglamentará la materia en el término de seis meses a partir de la promulgación de esta ley.

Artículo 11. La presente ley rige a partir de su sanción.

Dilian Francisca Toro Torres,

Senadora Ponente.

COMISION SEPTIMA
CONSTITUCIONAL PERMANENTE
DEL HONORABLE SENADO
DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., a los veintinueve (29) días del mes de julio año dos mil nueve (2009)

En la presente fecha se autoriza la **publicación en la Gaceta del Congreso** de la República, el informe de ponencia para segundo debate, pliego de modificaciones, texto propuesto para segundo debate y texto definitivo aprobado en Comisión, en veinte (20) folios, **al Proyecto de ley número 015 de 2008 Senado**, mediante la cual se regulan los servicios de Cuidados Paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida. Autoría del proyecto de ley del honorable Senador *Alvaro Ashton Giraldo*.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

TEXTO DEFINITIVO

(Aprobado en sesiones ordinarias de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del honorable Senado de la República, de fechas mayo 27 de 2009, junio 3 y 9 de 2009, según Actas números 38, 40 y 41 respectivamente)

**AL PROYECTO DE LEY NUMERO 015
DE 2008 SENADO**

mediante la cual se regulan los servicios de Cuidados Paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida.

El Congreso de Colombia
DECRETA:

Artículo 1°. *Objeto.* Esta ley reglamenta el derecho de las personas, con enfermedades crónicas, degenerativas e irreversibles que ocasionen graves pérdidas en la calidad de vida a recibir un tratamiento paliativo integral y digno y a desistir de procedimientos terapéuticos extraordinarios y obstinados, que no cumpla con los principios de proporcionalidad terapéutica, con la pretendida finalidad de conservar la vida o mejorar la calidad de la misma, estando de por medio un diagnóstico de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.

Artículo 2°. *Enfermo en fase terminal.* Se define como enfermo en fase terminal a todo aquel que es portador de una enfermedad o condición patológica grave, que haya sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto, que demuestre un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente breve, que no sea susceptible de un tratamiento curativo y de eficacia comprobada, que permita modificar el pronóstico de muerte próxima; o cuando los recursos terapéuticos utilizados con fines curativos han dejado de ser eficaces.

Parágrafo. Cuando exista controversia sobre el diagnóstico de la condición de enfermedad terminal se podrá requerir una segunda opinión o la opinión de un grupo de expertos.

Artículo 3°. *Enfermedad crónica irreversible de alto impacto en la calidad de vida.* Se define como enfermedad crónica irreversible de alto impacto en la calidad de vida aquella que es de larga duración, ocasione grave pérdida de la calidad de vida y para la cual no exista un tratamiento curativo, que demuestre un carácter progresivo e irreversible que impida esperar su resolución definitiva o curación y que haya sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto.

Artículo 4°. *Cuidados Paliativos.* Son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad avanzada y progresiva donde el control del dolor y otros síntomas, así como los aspectos psicosociales y espirituales cobran la mayor importancia. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal. Los cuidados paliativos no adelantan ni retrasan la muerte, sino que constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte para el paciente y su familia.

Artículo 5°. *Derechos de los pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas e irreversibles degenerativas de alto impacto en la calidad de vida:*

Derechos: El paciente que padezca de una enfermedad crónica irreversible y, degenerativa de alto impacto en la calidad de vida tendrá los siguientes derechos, además de los consagrados para todos los pacientes:

1. **Derecho a la información:** Todo paciente que sea diagnosticado de una enfermedad crónica degenerativa irreversible tiene derecho a conocer de su diagnóstico, su estado y pronóstico, y a decidir con información clara y detallada sobre las alternativas terapéuticas disponibles, especialmente de la atención paliativa, siempre y cuando esté en uso de sus facultades mentales. Los pacientes tendrán también el derecho a desistir del derecho a la información.

2. **Derecho a elegir el médico tratante:** El paciente afectado por una enfermedad crónica degenerativa, irreversible, de alto impacto en la calidad de vida, siempre podrá elegir el profesional necesario para su atención, o cuando quiera un segundo **diagnóstico, dentro de la red de servicios que para tal efecto disponga su EPS o entidad territorial.**

3. **Derecho a la asistencia:** El diagnóstico de enfermedad crónica, degenerativa, irreversible y de alto impacto en la calidad de vida o terminal no debe acarrear la negación de servicios de cuidado paliativo. Todo paciente afectado por estas enfermedades tendrá derecho a recibir el conjunto de actividades y servicios integrales propios del cuidado paliativo.

Parágrafo. Las actividades y servicios integrales del cuidado paliativo se deberán prestar a nivel ambulatorio, hospitalario y domiciliario, de acuerdo a la indicación médica.

Parágrafo 2°. La familia de los pacientes afectados tendrá acceso a los servicios de apoyo psicosocial y educativo para asumir los procesos del cuidado paliativo a cargo de la Entidad aseguradora.

4. **Derecho a suscribir el testamento vital:** Toda persona capaz, sana o en estado de enfermedad, en uso de sus facultades con total conocimiento de las implicaciones que acarrea, podrá suscribir su testamento vital. En este, quien lo suscriba, indicará sus decisiones frente a una enfermedad terminal, crónica o la muerte. El testamento vital podrá incluir aspectos tales como su **autorización o rechazo frente a determinados tratamientos médicos o quirúrgicos** su disposición o no, a donar órganos o su delegación a otras personas o familiares para la toma de decisiones relacionadas con estos aspectos en caso de inconsciencia o muerte.

Parágrafo 1°. Quien suscriba el testamento vital podrá cambiarlo en cualquier momento, conforme a la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social sobre la materia.

Parágrafo 2°. El Ministerio de la Protección Social reglamentará la materia.

4.6 Derecho a participar de forma activa en el proceso de atención y la toma de decisiones en el cuidado paliativo.

Los pacientes tendrán el derecho a participar de forma activa frente a la toma de decisiones frente a los planes terapéuticos del cuidado paliativo.

Artículo 6°. Los Entes Territoriales y todas las Entidades aseguradoras de salud públicas y privadas desarrollarán la atención de cuidados paliativos dentro de su red de servicios estableciendo acceso a Unidades de Cuidados Paliativos cuando sea por indicación médica o a través de su talento humano en salud, en diferentes niveles de atención por niveles de complejidad incluyendo la atención domiciliaria.

Parágrafo 1°. El Ministerio de la Protección Social reglamentará la materia, estableciendo entre otras el tipo de profesionales que deben conformar estas unidades y los requisitos mínimos para su conformación por niveles de atención; y desarrollará las guías de práctica clínica de atención integral de cuidados paliativos.

Parágrafo 2°. La Superintendencia Nacional de Salud exigirá, entre los requisitos solicitados para la aprobación y renovación de funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud –EPS–, la inclusión en sus redes de servicios de Unidades de Cuidados Paliativos y de criterios de referencia y contra referencia que garanticen el acceso a este tipo de cuidados de forma especializada o a través de sus profesionales, sus Unidades de Atención o domiciliarias.

Artículo 7°. *Talento Humano*. Las Entidades Promotoras de Salud EPS, garantizarán el acceso a la atención de servicio de cuidado paliativo con personal capacitado en cuidados paliativos dentro de su red de atención a través de las Instituciones Prestadoras de Salud IPS, garantizando también los mecanismos para que el Talento Humano adquiera las competencias para brindar la atención en cuidados paliativos.

Artículo 8°. El Ministerio de la Protección Social y Fondo Nacional de Estupefacientes, garantizará la distribución las 24 horas al día y los siete días a la semana, la 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°. El Ministerio de la Protección Social reglamentará la materia en el término de seis meses a partir de la promulgación de esta ley.

Artículo 10. La presente ley rige a partir de su sanción.

Lo anterior, conforme a lo dispuesto en el artículo 165 de la Ley 5ª de 1992.

Presentado por,

Dilian Francisca Toro Torres,
Senadora Ponente.

COMISION SEPTIMA
CONSTITUCIONAL PERMANENTE
DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., en sesión de mayo 27 de 2009, se hizo la presentación de la ponencia para primer debate y el texto propuesto al Proyecto de ley número 015 de 2008 Senado, *mediante la cual se crean unidades de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes terminales y se prohíben tratamientos extraordinarios o desproporcionados para ellos que no dan calidad de vida.*

En esta fecha, se somete a consideración la proposición con que termina el informe de ponencia para primer debate, la cual es aprobada por unanimidad, con voto negativo del honorable Senador Ricardo Arias Mora.

Puesto a consideración el articulado, se propuso la aprobación en bloque, siendo aprobado por unanimidad con excepción de los artículos 4° y 5°, de acuerdo a la propuesta del Senador Alfonso Núñez Lapeira, quien solicitó dejarlos por fuera de la votación en bloque. El Senador Alfonso Núñez Lapeira y la Senadora Claudia Rodríguez de Castellanos, anuncian su voto negativo a estos artículos ya que consideran que es un paso a la eutanasia.

Puesto a consideración el artículo 4° y luego de negarlo con votación nominal solicitada por el honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bérnier (5 votos por el sí; 6 votos por el no), se somete a aprobación la reapertura del mismo, con votación nominal, la cual es aprobada con 9 votos por el sí y 2 votos por el no. La nueva discusión y votación es aplazada.

En sesión de junio 3 de 2009, se continuó con la discusión de los artículos 4° y 5°, siendo aprobado el 4°, según proposición presentada por la honorable Senadora Dilian Francisca Toro Torres, la cual reposa en el expediente. El honorable Senador Luis Carlos Avellaneda Tarazona, manifestó que presentaría proposición a este artículo, para el segundo debate.

En sesión de junio 9 de 2009, se sometió a consideración y aprobación el artículo 5°. El honorable Senador Alfonso Núñez Lapeira, presentó proposición para suprimir una frase al numeral 4, del artículo 5°, lo cual fue negado con 6 votos negativos y 5 positivos. El Senador Núñez deja constancia de que apelará en la Plenaria, dicha proposición. El artículo 5°, finalmente fue aprobado por votación nominal así: 4 votos negativos y 7 votos positivos, según proposición presentada por la honorable Senadora Dilian Francisca Toro Torres, la cual reposa en el expediente. Los honorables Senadores: Ricardo Arias Mora, Alfonso Núñez Lapeira, Jorge Eliécer Ballesteros Bérnier y Jairo de Jesús Tapias Ospina, dejan constancia de su voto negativo.

En la misma fecha, junio 9 de 2009, la Senadora Dilian Francisca Toro Torres, presentó proposición frente al artículo 7°, la cual es aprobada por unanimidad. Esta proposición reposa en el expediente.

Puesto a consideración el título del proyecto, este fue aprobado por unanimidad de la siguiente manera: **“Mediante la cual se regulan los servicios de Cuidados Paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida”.**

Preguntada la Comisión si deseaba que el proyecto tuviera segundo debate, esta respondió afirmativamente, siendo designada ponente para Segundo Debate, la honorable Senadora Dilian Francisca Toro Torres. Término reglamentario (15 días).

La relación completa del primer debate se halla consignada en las Actas números 38, 40 y 41 de fechas mayo 27 de 2009 y junio 3 y junio 9 de 2009, respectivamente.

El anuncio del Proyecto de ley número 015 de 2008 Senado, se hizo en las sesiones de marzo 31 de 2009, según Acta número 31; abril 29 de 2009, según Acta número 33; en mayo 13 de 2009, según Acta número 34; en mayo 19 de 2009, según Acta número 35; en mayo 20 de 2009, según Acta número 36; en mayo 26 de 2009, según Acta número 37; en mayo 27 de 2009, según Acta número 38; en junio 2 de 2009, según Acta número 39; y, finalmente, en junio 3 de 2009, según Acta número 40, conforme a lo dispuesto en el artículo 8º, del Acto Legislativo número 01 de 2003 (último inciso artículo 160 Constitución Política).

Iniciativa: honorable Senador *Alvaro Ashton Gilraldo*.

Publicación Proyecto: *Gaceta del Congreso* número 463 de 2008.

Publicación Ponencia para Primer Debate Senado: *Gaceta del Congreso* número 905 de 2008.

Número de artículos Proyecto Original: Dieciocho (18) artículos.

Número de artículos Texto Propuesto: Diez (10) artículos.

Número de artículos Aprobados: Diez (10) artículos.

Tiene Concepto del Ministerio de la Protección Social (*Gaceta del Congreso* número 179/09) y del Ministerio de Hacienda y Crédito Público (*Gaceta del Congreso* número 249 de 2009).

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

COMISION SEPTIMA
CONSTITUCIONAL PERMANENTE
DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., a los diez (10) días del mes de junio del año dos mil nueve (2009)

En la presente fecha se autoriza la publicación en la *Gaceta del Congreso* de la República, del texto definitivo aprobado en la Comisión Séptima de Senado, el 9 de junio de 2009, en seis (6) folios, al Proyecto de ley número 015 de 2008 Senado, *mediante la cual se regulan los servicios de Cuidados Paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida.*

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

* * *

INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 200 DE 2008 SENADO Y 98 DE 2008 CAMARA

por medio de la cual se establecen acciones para prevenir el Síndrome de Alcoholismo Fetal en los bebés por el consumo de alcohol de las mujeres en estado de embarazo, y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C., 30 de julio de 2009

Doctor

RICARDO ARIAS MORA

Presidente Comisión Séptima

Honorable Senado de la República

Ciudad

Referencia: Informe de ponencia para segundo debate al Proyecto de ley número 200 de 2008 Senado y 98 de 2008 Cámara, *por medio de la cual se establecen acciones para prevenir el síndrome de alcoholismo fetal en los bebés por el consumo de alcohol de las mujeres en estado de embarazo, y se dictan otras disposiciones.*

Respetado señor Presidente:

En cumplimiento del encargo impartido por la Mesa Directiva de esta célula congresional y, de conformidad con lo establecido en los artículos 174 y siguientes de la Ley 5ª de 1992, presentamos informe de ponencia para segundo debate del proyecto de la referencia.

1. Antecedentes del proyecto de ley

El presente proyecto de ley es de autoría de la honorable Representante a la Cámara Gloria Stella Díaz Ortiz y de los honorables Senadores Alexandra Moreno y Manuel A. Virgüez Piraquive, fue radicado bajo el número 98 de la Cámara de Representantes y publicado en la *Gaceta del Congreso* número 545 de 2007.

Fue aprobado en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la honorable Cámara de Representantes, en sesión ordinaria el día 21 de octubre de 2008. Posteriormente, en Sesión Plenaria del día 11 de noviembre de 2008, fue aprobado en segundo debate.

En el trámite correspondiente al Senado de la República, el proyecto fue aprobado en primer debate por la honorable Comisión Séptima del Senado de la República el pasado 16 de junio de 2009.

2. Contenido

El proyecto en su estructura se compone de nueve (9) artículos, a saber:

Artículo 1º. Objeto.

Artículo 2º. Finalidad.

Artículo 3º. Definiciones. Resaltamos que las definiciones fueron tomadas del Manual de Medicina de la Editorial Mac Graw Hill.

Artículo 4º. Sin título específico.

Artículo 5º. Sin título específico.

Artículo 6º. Sin título específico.

Artículo 7º. Sin título específico.

Artículo 8º. Sin título específico.

Artículo 9º. Vigencia.

3. Objeto del proyecto de ley

La presente iniciativa tiene por objeto promover la prevención del consumo de alcohol de las mujeres en estado de embarazo, con acciones afirmativas de prevención y educación.

4. Alcance del proyecto de ley

Como bien lo señalan los autores en la exposición de motivos, el Síndrome de Alcoholismo Fetal constituye una patología que puede desarrollarse durante la gestación, por la ingesta desmesurada de alcohol y sus derivados, los cuales son absorbidos por la placenta. A renglón seguido, citan las diferentes consecuencias que el abuso del alcohol puede ocasionarle al nasciturus, por ser precisamente un agente

químico de carácter Teratógeno (sustancia química que causa deformidades). Entre estas deformidades encontramos, las siguientes: microcefalia, paladar hendido, labio leporino, afecciones cardíacas, retraso mental, malformaciones congénitas, menor perímetro craneal, disfunción orgánica.

Para complementar las consideraciones de los autores, debemos señalar que por causa de la ingesta de alcohol, además del Síndrome de Alcohol Fetal, el recién nacido puede presentar dos síndromes conocidos como: Trastorno del neurodesarrollo y defectos del nacimiento relacionados con el alcohol. Los que padecen el primero, pueden tener problemas funcionales o cognitivos asociados entre los cuales se encuentran las anomalías conductuales y cognitivas, dificultades en el aprendizaje en el rendimiento escolar y pobre control de los impulsos. Los que padecen el segundo, pueden tener problemas del corazón, los riñones, los huesos y la audición.

Ante tan visibles y graves consecuencias, compartimos plenamente la intención de los autores de este proyecto de ley, que buscan proteger el derecho a la salud de los niños, como así lo consagra la Carta Constitucional. Se trata, pues, de promover la protección de la salud de las mujeres (en este caso de las madres en estado de gestación) ya que en esa medida se estará protegiendo, desde su misma concepción, la salud de los niños y niñas.

Si bien en nuestro país, no existen estadísticas sobre esta patología, consideramos necesario diseñar una Política Pública que establezca acciones de prevención para las mujeres y un adecuado modelo de atención de las patologías que se derivan de la ingesta de alcohol en el embarazo.

Nos parece oportuna una iniciativa con estos alcances, más aún cuando estudios serios demuestran que, en Colombia, el consumo de alcohol está convirtiéndose en un problema de salud pública, especialmente en la población joven.

La Corporación Nuevos Rumbos ha publicado en 2009, un estudio realizado con la participación de 9.276 jóvenes escolarizados con edades comprendidas entre 12 y 17 años. Este trabajo se propuso examinar, entre otros aspectos, los patrones de consumo de alcohol en los adolescentes colombianos, la facilidad que tienen para conseguirlo, las personas con quienes toman, la ingesta de alcohol en los establecimientos educativos y la cantidad ingerida en cada ocasión¹.

Por tratarse de un estudio bien documentado, consideramos pertinente conocer algunas de las conclusiones y realidades arrojadas, lo que creemos muestra una arista más del consumo de alcohol, y evidencia por lo mismo, la importancia de los programas de prevención.

Prevalencias de consumo

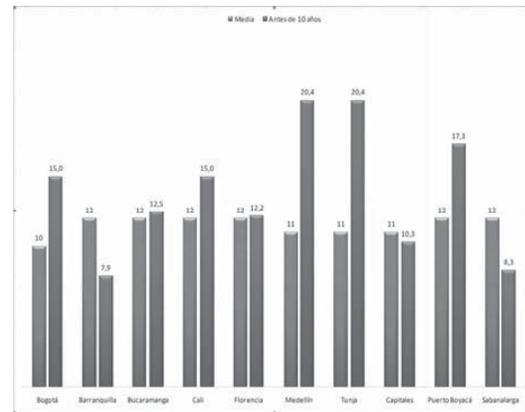
Nivel nacional

86,7% de los encuestados en las capitales declararon haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida.

Prevalencia nacional	Hombre	Mujer	Total
Alguna vez en la vida	87.9	85.8	86.7
En el último año	69.0	65.2	67.0
En el último mes	32.0	24.5	27.9
En la última semana	15.6	10.8	13.0

Inicio del consumo

Edad



Media y mediana muestran el inicio del consumo alrededor de los 11 años en general, lo mismo para los hombres que para las mujeres. Los hombres tendieron a iniciar el consumo hacia los 10 años de edad. En todos los estudios aparecen algunos casos con edades de inicio muy tempranas. Dado que la observación, los estudios sociales y el análisis clínico muestran que esto es posible, no hay razón para omitir estas edades del análisis.

Algo más del 10% de los encuestados inició el consumo antes de los 10 años. En el caso de los hombres este indicador se ubicó en el 12,8% y en las mujeres en 8,1%, para el conjunto de las capitales.

Compartimos en esta ponencia, la opinión de los autores del mencionado estudio en el sentido de que las sociedades contemporáneas deben priorizar el tema del consumo de sustancias psicoactivas y trabajar por el adecuado diseño e implementación de políticas destinadas a prevenir y tratar los problemas asociados con esas conductas, pues como bien lo señalan “esto es particularmente cierto para el alcohol, la principal sustancia de inicio, cuyo consumo temprano permite predecir la aparición de problemas a ciertas edades y la probabilidad del uso de otras sustancias”.

Aunque tenemos claro que el presente proyecto de ley no busca en su fin mismo prevenir el consumo de alcohol en la población infantil y juvenil, queremos aprovechar la relación que pueda finalmente existir entre uno y otro tema, llamando la atención del Estado para que se asuma la tarea de desarrollar políticas de prevención, mediante las cuales se tomen las medidas necesarias para disminuir el consumo de alcohol en menores de 18 años.

¹ (1) CONSUMO DE ALCOHOL EN MENORES DE 18 AÑOS EN COLOMBIA, 2008 Estudio en siete ciudades capitales y dos municipios pequeños. Augusto Pérez Gómez, Ph. D. y Orlando Scopetta Díaz-Granados, M. Sc.

5. Impacto fiscal

De conformidad con lo establecido en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003, los gastos presupuestales que genere la presente ley, estarán sujetos a lo establecido en los presupuestos anuales de cada una de las entidades del orden nacional, departamental o territorial competentes en el tema, para el desarrollo de los programas dirigidos a la prevención del Síndrome de Alcoholismo Fetal.

6. Proposición

En los anteriores términos, solicitamos a la honorable Plenaria del Senado de la República, aprobar en segundo debate el Proyecto de ley número 200 de 2008 Senado y 98 de 2008 Cámara, *por medio de la cual se establecen acciones para prevenir el Síndrome de Alcoholismo Fetal en los bebés por el consumo de alcohol de las mujeres en estado de embarazo y se dictan otras disposiciones*, con el texto que se propone adjunto.

Atentamente,

Jorge E. Ballesteros Bérnier, Jairo Tapias Ospina,

Senadores de la República.

COMISION SEPTIMA
CONSTITUCIONAL PERMANENTE
DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., a los once (11) días del mes de agosto año dos mil nueve (2009)

En la presente fecha se autoriza la publicación en la *Gaceta del Congreso*, de la República, el informe de ponencia para segundo debate y texto propuesto para segundo, en nueve (9) folios, al Proyecto de ley número 200 de 2008 Senado y 98 de 2008 Cámara, *por medio de la cual se establecen acciones para prevenir el Síndrome de Alcoholismo Fetal en los bebés por el consumo de alcohol de las mujeres en estado de embarazo y se dictan otras disposiciones*. Autoría del proyecto de ley de los honorables Congresistas honorables Senadores *Alexandra Moreno Piraquive, Manuel Virgüez Piraquive y Gloria Stella Díaz Ortiz*.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 200 DE 2008 SENADO Y 98 DE 2008 CAMARA

por medio de la cual se establecen acciones para prevenir el Síndrome de Alcoholismo Fetal en los bebés por el consumo de alcohol de las mujeres en estado de embarazo, y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia en uso de las facultades constitucionales y legales que le confiere la Constitución Política y la Ley 5ª de 1992

DECRETA:

Artículo 1°. *Objeto.* La presente ley tiene por objeto promover la prevención del consumo de alcohol de las mujeres en estado de embarazo, con acciones afirmativas de prevención y educación.

Artículo 2°. *Finalidad.* Garantizar el ejercicio pleno y efectivo de los Derechos del Nasciturus, que equivale a proteger los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes a una vida sana y ambiente íntegro.

Artículo 3°. *Definiciones.* Para el desarrollo de la presente ley, se adoptarán las siguientes definiciones:

- **Síndrome:** En medicina, un síndrome es un cuadro clínico o conjunto sintomático con cierto significado y que por sus características posee cierta identidad; es decir, un grupo significativo de síntomas y signos (elementos semiológicos), que concurren en tiempo y forma, caracterizando un estado morboso determinado. Todo síndrome es una entidad clínica, que asigna un significado particular o general a las manifestaciones semiológicas que la componen. El síndrome es plurietiológico, porque tales manifestaciones semiológicas pueden ser producidas por diversas causas.

- **Feto:** El producto de la concepción humana, se llama feto a partir del tercer mes de vida intrauterina. En esta etapa ya el feto ha pasado el momento de la concepción. Las células madre que en este punto ya se han dividido en 3 capas, comienzan el proceso de creación de la masa encefálica, el corazón y los pulmones, también se van formando las cavidades auditivas, para finalmente formar las extremidades y los músculos y órganos restantes aunque el feto no está completamente formado ya empieza a dar esbozos de percepción del mundo que lo rodea, alrededor de la semana 24 ya puede escuchar con claridad sonidos y puede incluso reconocer la voz de su madre y recordar sonidos.

- **Alcoholismo:** El alcoholismo es una dependencia con características de adicción a las bebidas alcohólicas. Su causa principal es la adicción provocada por la influencia psicosocial en el ambiente social en el que vive la persona. Se caracteriza por la constante necesidad de ingerir sustancias alcohólicas, así como por la pérdida del autocontrol, dependencia física y síndrome de abstinencia. El alcoholismo supone un serio riesgo para la salud que a menudo conduce a la muerte como consecuencia de afecciones de tipo hepática como la Cirrosis, trastornos de coagulación y sangrado, intoxicación alcohólica, accidentes o suicidio. En las mujeres en estado de embarazo, es altamente tóxico y puede provocar malformaciones.

- **Síndrome de Alcoholismo Fetal:** El Síndrome Alcohólico Fetal (SAF) es un grupo de defectos de nacimiento causados por el consumo de alcohol durante el embarazo. Los niños que sufren del SAF tienen muchos problemas físicos, mentales y de comportamiento y pueden tener algún retraso mental. Son bebés pequeños con bajo peso. Al crecer, a menudo se les dificulta el aprendizaje, la atención, la memoria y la resolución de problemas. Tal vez tengan una mala coordinación, sean impulsivos y tengan problemas del habla y audición.

El SAF no es reversible, pero puede prevenirse evitando ingerir alcohol durante el embarazo.

Artículo 4°. El Ministerio de la Protección Social, creará programas dirigidos específicamente a los padres de familia y su grupo familiar, a los cuidadores, tutores, guardadores de niños, niñas y adolescentes con Síndrome de Alcoholismo Fetal, teniendo en cuenta las secuelas irreversibles que esta enfermedad genera.

Artículo 5°. En la consulta ginecológica prenatal, en los Hospitales de la Red Pública y los establecimientos clínicos de la red privada, o mixtos, se incluirá la difusión, pedagogía y enseñanza en cuanto a la Prevención del Síndrome de Alcoholismo Fetal, Hábitos Saludables, Integración Familiar, tratamientos en caso que llegará a padecerse, así como los costos del mismo.

Artículo 6°. El Ministerio de la Protección Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, y el Ministerio de Educación, diseñarán nuevos programas y fortalecerán las estrategias existentes en los colegios, referentes a educación sexual, a fin de prevenir la progenitura prematura, y el consumo de alcohol en los menores de edad.

Artículo 7°. El Ministerio de la Protección Social, dentro de los seis meses siguientes, de entrada en vigencia de la ley, elaborará un censo en el que reportará el número de niños, niñas y adolescentes que actualmente padecen la enfermedad y de aquellos que nacen con el Síndrome de Alcoholismo Fetal en el país. Este reporte se hará semestralmente y será publicado en la página web del Ministerio.

Artículo 8°. El Ministerio de la Protección Social, el Ministerio de Educación, y las Secretarías Distritales, Departamentales y Municipales de Salud, presentarán un informe anual de rendición de cuentas sobre los resultados de las estrategias de

prevención del Síndrome de Alcoholismo Fetal, y la difusión, promoción, y divulgación de la presente ley.

Artículo 9°. *Vigencia.* La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación.

Atentamente,

Jorge E. Ballesteros Bérnier, Jairo Tapias Ospina,

Senadores de la República.

COMISION SEPTIMA
CONSTITUCIONAL PERMANENTE
DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., a los once (11) días del mes de agosto año dos mil nueve (2009)

En la presente fecha se autoriza la publicación en la *Gaceta del Congreso*, de la República, el informe de ponencia para segundo debate y texto propuesto para segundo, en nueve (9) folios, al Proyecto de ley número 200 de 2008 Senado y 98 de 2008 Cámara, *por medio de la cual se establecen acciones para prevenir el Síndrome de Alcoholismo Fetal en los bebés por el consumo de alcohol de las mujeres en estado de embarazo y se dictan otras disposiciones.* Autoría del proyecto de ley de los honorables Congresistas honorables Senadores *Alexandra Moreno Piraquive, Manuel Virgüez Piraquive y Gloria Stella Diaz Ortiz.*

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

ACTAS DE COMISION ACCIDENTAL PARA ESTUDIO DE OBJECIONES

ACTA DE COMISION ACCIDENTAL PARA ESTUDIO DE OBJECIONES AL PROYECTO DE LEY NUMERO 267 DE 2008 SENADO, 140 DE 2007 CAMARA

por medio de la cual se define la obesidad y las Enfermedades Crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención.

Bogotá, D. C., 13 de agosto de 2009

Doctor

JAVIER CACERES LEAL

Presidente

Honorable Senado de la República

Doctor

EDGAR ALFONSO GOMEZ ROMAN

Presidente

Honorable Cámara de Representantes

Ciudad

Referencia: Acta de Comisión Accidental para Estudio de Objeciones al Proyecto de ley número 267 de 2008 Senado, 140 de 2007 Cámara, *por medio de la cual se define la obesidad y las Enfermedades Crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención.*

Conforme a la designación efectuada por las honorables Mesas Directivas de ambas Cámaras Con-

gresionales como integrantes de la Comisión Accidental para el estudio de las objeciones al Proyecto de ley número 267 de 2008 Senado, 140 de 2007 Cámara, *por medio de la cual se define la obesidad y las Enfermedades Crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención,* y según lo contemplado en el artículo 167 de la Constitución Política y artículos 197 y siguientes Ley 5ª de 1992, por su conducto nos permitimos presentar el informe por el cual acogemos las objeciones que el Gobierno Nacional a través del Ministerio de la Protección Social y el Ministerio de Transporte presentaron al proyecto de ley, y acogemos las objeciones con el fin de continuar el trámite de Sanción Presidencial bajo los siguientes presupuestos:

1. El artículo 6° del proyecto de ley de la referencia fue objetado por razones de inconstitucional considerando que al Ministerio de Transporte no le corresponde la competencia para desarrollar planes de desarrollo territoriales, en este sentido se entiende que de acuerdo con la Constitución Política en su artículo 339 reconoce que las “entidades territoriales elaborarán y adoptarán, de manera concertada entre ellas y el Gobierno Nacional, planes de desarrollo”, en esta medida se entiende que al Ministerio en nombre de Gobierno le corresponde el diseño de los planes determinando los lineamientos, más no le corresponde las funciones de reglamentación y desarrollo de dichos planes, en este sentido se acoge esta objeción.

2. De igual manera frente al artículo 21 del proyecto de ley se acoge la objeción por inconstitucionalidad presentada, aclarando que la función de vigilancia y control no cobija una facultad sancionatoria, ni es posible otorgar dichas funciones a estas entidades, toda vez que como bien fue dicho por el Gobierno corresponde al legislativo establecer el régimen sancionatorio de las leyes.

Sobre la objeción por inconveniencia consideramos necesario involucrar a los Ministerios en la labor de supervisar el cumplimiento de la ley, sin desconocer las funciones precisas que desarrollan las Instituciones adscritas y en este sentido se incluye al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF, como actor responsable de ejercer la vigilancia y control sobre los aspectos de su competencia.

Por las razones antes expuestas acogemos las objeciones al proyecto de ley de la referencia en el sentido antes referido, y presentamos el texto ajustado a las consideraciones:

PROYECTO DE LEY NUMERO 267 DE 2008
SENADO, 140 DE 2007 CAMARA

por medio de la cual se define la obesidad y las Enfermedades Crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. **Declárase** la obesidad como una Enfermedad Crónica de Salud Pública, la cual es causa directa de enfermedades cardíacas, circulatorias, colesterol alto, estrés, depresión, hipertensión, cáncer, diabetes, artritis, colón, entre otras, todos ellos aumentando considerablemente la tasa de mortalidad de los colombianos.

Artículo 2°. *Ambito de aplicación.* Las determinaciones establecidas en esta ley serán aplicables a las Entidades y Organizaciones del Estado a nivel nacional y territorial responsables de promover los ambientes sanos, la actividad física, la educación, la producción y la distribución de alimentos; así como a las entidades encargadas de la prestación y la garantía de los servicios de salud y los sectores de transporte, planeamiento y seguridad vial. Serán beneficiarios de esta ley la población colombiana, en especial los grupos vulnerables.

Artículo 3°. *Promoción.* El Estado a través de los Ministerios de la Protección Social, Cultura, Educación, Transporte, Ambiente y Vivienda y Desarrollo Territorial y Agricultura y Desarrollo Rural y de las Entidades Nacionales Públicas de orden nacional Coldeportes, el ICBF y el Departamento Nacional de Planeación, promoverá políticas de Seguridad Alimentaria y Nutricional, así como de Actividad Física dirigidas a favorecer ambientes saludables y seguros para el desarrollo de las mismas. Estas políticas se complementarán con estrategias de comunicación, educación e información.

Artículo 4°. *Estrategias para promover una Alimentación Balanceada y Saludable.* Los diferentes sectores de la sociedad impulsarán una alimentación balanceada y saludable en la población colombiana, a través de las siguientes acciones:

– Los establecimientos educativos públicos y privados del país en donde se ofrecen alimentos para el consumo de los estudiantes deberán garantizar la disponibilidad de frutas y verduras.

– Los centros educativos públicos y privados del país deberán adoptar un programa de educación alimentaria siguiendo los lineamientos y guías que desarrollen el Ministerio de la Protección Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, para promover una alimentación balanceada y saludable, de acuerdo con las características culturales de las diferentes regiones de Colombia.

– El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, deberá establecer mecanismos para fomentar la producción y comercialización de frutas y verduras, con participación de los entes territoriales, la empresa privada y los premios de la producción agrícola.

Artículo 5°. *Estrategias para promover la actividad física.* Se impulsarán las siguientes acciones para promover la actividad física:

– El Ministerio de Educación Nacional y las Instituciones Educativas en desarrollo de las Leyes 115 de 1994 y 934 de 2004, promoverán el incremento y calidad de las clases de educación física con personal idóneo y adecuadamente formado, en los niveles de educación inicial, básica y media vocacional.

Parágrafo. El Ministerio de la Protección Social reglamentará mecanismos para que todas las empresas del país promuevan durante la jornada laboral pausas activas para todos sus empleados, para lo cual contarán con el apoyo y orientación de las Administradoras de Riegos Profesionales.

Artículo 6°. *Promoción del transporte activo.* Los entes territoriales, en ejercicio de los planes de desarrollo, reglamentarán mecanismos para promover el transporte activo y la prevención de la obesidad.

Los entes territoriales en coordinación con las autoridades de planeación y transporte, deberán llevar a cabo acciones que garanticen la integración modal de formas de transporte activo con los sistemas de transporte público, debiendo diseñar estrategias de seguridad vial para ciclistas y peatones, buscando, además, incrementar la disponibilidad de espacios públicos para la recreación activa: parques, ciclovías y recreovías.

Artículo 7°. *Regulación en grasas trans.* El Gobierno Nacional a través del Ministerio de la Protección Social y del Invima, reglamentará y controlará los contenidos, y requisitos de las grasas trans en todos los alimentos, con el fin de prevenir el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a estas, para lo cual contará con un plazo de seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente ley.

Artículo 8°. *Regulación en grasas saturadas.* El Gobierno Nacional a través del Ministerio de la Protección Social y del Invima, reglamentará los contenidos, y requisitos de las grasas saturadas en todos los alimentos, con el fin de prevenir el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a estas, para lo cual contará con un plazo de seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente ley.

Artículo 9°. *Promoción de una dieta balanceada y saludable.* En aras de buscar una dieta balanceada y saludable el Ministerio de la Protección Social, establecerá los mecanismos para evitar el exceso o deficiencia en los contenidos, cantidades y frecuencias de consumo de aquellos nutrientes tales como ácidos grasos, carbohidratos, vitaminas, hierro y sodio, entre otros que, consumidos en forma desbalanceada, puedan presentar un riesgo para la salud. Para esto, contará con un plazo de seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente ley.

Artículo 10. *Etiquetado.* Con el ánimo de mejorar el conocimiento que tiene la población en general referente a los contenidos nutricionales y calóricos, los productores de alimentos entregarán la información en el etiquetado de acuerdo a la reglamentación expedida por el Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo. En la expedición de esta reglamentación, el Ministerio será cuidadoso de ofrecer un periodo de transición que permita que los pequeños productores puedan adecuarse a esta obligación.

Artículo 11. *Regulación del consumo de alimentos y bebidas en centros educativos.* Las instituciones educativas públicas y privadas que suministren el servicio de alimentación de manera directa o a través de terceros, deberán ofrecer una diversidad de alimentos que cubran las necesidades nutricionales de su comunidad, siguiendo, entre otras referencias, las guías alimentarias del Ministerio de la Protección Social y del ICBF, velando por la calidad de los alimentos que se ofrecen y de conformidad con los lineamientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social a que se refiere el artículo 8° de la presente ley.

Parágrafo. Las instituciones educativas públicas y privadas deberán implementar estrategias tendientes a propiciar ambientes escolares que ofrezcan alimentación balanceada y saludable que permitan a los estudiantes tomar decisiones adecuadas en sus hábitos de vida donde se resalte la actividad física, recreación y el deporte, y se adviertan los riesgos del sedentarismo y las adicciones. Para el desarrollo de esta estrategia podrán contar con el apoyo de las empresas de alimentos.

Artículo 12. *Publicidad y mercadeo de alimentos y bebidas en medios de comunicación.* El Ministerio de la Protección Social a través del Invima creará una sala especializada, dirigida a regular, vigilar y controlar la publicidad de los alimentos y bebidas, con criterios de agilidad y eficiencia operativa en su funcionamiento, buscando la protección de la salud en los usuarios y en especial de la primera infancia y la adolescencia, Teniendo en cuenta lo establecido por la Organización Mundial de la Salud – OMS, con respecto a la comercialización de alimentos en población infantil.

Parágrafo. Las funciones que se asignen a la Sala Especializada se ejercerán sin perjuicio de las funciones asignadas al Ministerio de Comunicaciones, a la Comisión Nacional de Televisión y a las demás entidades competentes.

Artículo 13. *Estrategias de información, educación y comunicación.* El Ministerio de la Protección Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), adelantarán actividades educativas y acciones que propendan por ambientes saludables dirigidos a promover una alimentación balanceada y saludable de la población colombiana en especial de niños y adolescentes, haciendo énfasis en la generación de ambientes saludables. Para tales propósitos, el

Ministerio de la Protección Social y el ICBF atenderán los lineamientos de las Organizaciones Mundial y Panamericana de la Salud.

Parágrafo. Las empresas productoras, importadoras y comercializadoras de alimentos, trabajarán en conjunto con el Ministerio de la Protección Social y el ICBF para la elaboración y divulgación del material didáctico informativo y educativo, que incluya explicación sobre los contenidos nutricionales de los productos alimenticios y sus implicaciones en la salud, esto para un mejor y amplio conocimiento por parte de los consumidores.

Artículo 14. *Comercialización de productos para la reducción de peso corporal.* Los productos estéticos o para consumo humano que se comercialicen con el propósito de reducir el peso corporal deberán indicar claramente en su etiqueta y comerciales que el uso de los mismos no suprime la práctica de actividad física y una alimentación saludable.

El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de la Protección Social, reglamentará la materia dentro del término de seis (6) meses posteriores a la expedición de esta ley, teniendo en cuenta que la extensión de esta advertencia corresponderá al mínimo aprobado por el Ministerio de la Protección Social en la reglamentación tanto para la etiqueta como para la publicidad que se haga en televisión, radio o prensa.

Artículo 15. *La Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN).* La Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN), creada por el Conpes 113 de 2008 será la máxima autoridad rectora de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en Colombia.

La CISAN será la máxima instancia estatal de dirección, coordinación y seguimiento interinstitucional, de articulación de políticas y programas y de seguimiento a los compromisos de cada uno de los actores de la Seguridad Alimentaria y Nutricional, debiendo realizar campañas educativas dirigidas a las madres comunitarias, centros educativos públicos y privados, así como a la población en general sobre hábitos alimenticios, deporte y vida saludable.

Artículo 16. *Integración.* La Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional –CISAN– estará conformada por los siguientes funcionarios:

- Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural o su delegado.
- Ministerio de la Protección Social o su delegado.
- Ministerio de Comercio, Industria y Turismo o su delegado.
- Ministerio de Educación Nacional o su delegado.
- Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial o su delegado.
- Director del Departamento Nacional de Planeación o su delegado.
- Director del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF– o su delegado.
- Alto Consejero para la Acción Social y la Cooperación Internacional o su delegado.
- Gerente del Instituto Colombiano de Desarrollo Rural –Incodep– o su delegado.
- Un miembro de la Asociación Colombiana de Facultades de Nutrición designados por su Junta Directiva.

Parágrafo 1°. La Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional –CISAN– estará pre-

sidida de manera rotativa por los Ministerios de Agricultura y Desarrollo Rural y de la Protección Social, para períodos de dos (2) años.

Parágrafo 2°. La Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional –CISAN– en aras del cumplimiento de sus objetivos y funciones podrá invitar a los funcionarios representantes de las entidades, expertos, académicos y demás personas, cuyo aporte estime puede ser de utilidad para los fines encomendados a la misma.

Artículo 17. *Funciones de la CISAN.* La Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN), desarrollará las siguientes funciones:

1. Coordinar y dirigir la Política Nacional de Nutrición, y servir como instancia de concertación entre los diferentes agentes de la misma.

2. Coordinar y concretar la elaboración del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

3. Proponer medidas de carácter normativo destinadas a mejorar, actualizar, armonizar y hacer coherente la normatividad que se aplica en las diversas fases de la cadena alimentaria y realizar evaluación y seguimiento permanente a su aplicación.

4. Coordinar el proceso de inclusión de nuevos programas y proyectos que se requieran en la política nacional de seguridad alimentaria y nutricional.

5. Asesorar de manera permanente la actualización de las tablas nutricionales de los alimentos que se consumen en las instituciones públicas y privadas de educación pre-escolar, educación media y vocacional.

6. Promover la creación del observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional - SAN.

7. Promover y concretar políticas y acciones orientadas a estimular la actividad física y los hábitos de vida saludable en la población colombiana.

8. Acompañar al Ministerio de la Protección Social en el desarrollo de las directrices de políticas públicas encaminadas a fomentar campañas educativas que promuevan estilos de vida saludable, deporte y nutrición balanceada dirigidas a los consumidores de acuerdo con el artículo 12 de la presente ley.

9. Las demás que determine el Ministerio de la Protección Social en la reglamentación que lo regulará.

Artículo 18. *Programas de Responsabilidad Social Empresarial.* Las empresas productoras, importadoras y comercializadoras de alimentos que tengan establecidos programas de responsabilidad social empresaria-

rial, presentarán en sus informes periódicos aquellas actividades que hayan adelantado o promovido para estimular en la población colombiana hábitos de alimentación balanceada y saludable, prácticas de actividad física y prevención de las enfermedades asociadas a la obesidad.

Artículo 19. *Agenda de investigación.* El Ministerio de la Protección Social deberá establecer en conjunto con el Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología “Francisco José de Caldas” - Colciencias, acciones orientadas a definir y desarrollar una agenda de investigación, para estudiar los determinantes del ambiente físico y social asociados con las enfermedades crónicas no transmisibles y la obesidad en el contexto de las regiones colombianas, las evaluaciones económicas y evaluación de la efectividad de intervenciones políticas, ambientales y comunitarias dirigidas a la promoción de la actividad física y de una alimentación balanceada y saludable.

Artículo 20. *Día de Lucha contra la Obesidad y el Sobrepeso y la Semana de Hábitos de Vida Saludable.* Declárese el 24 de septiembre como el Día Nacional de Lucha contra la Obesidad y el Sobrepeso y su correspondiente semana como la Semana de Hábitos de Vida Saludable.

Artículo 21. *Vigilancia.* Los Ministerios de la Protección Social y de Educación en conjunto con el In-vima, ICBF y Coldeportes Nacional, según cada caso, tendrán la responsabilidad de vigilar el cumplimiento de lo establecido en la presente ley.

El Ministerio de la Protección Social deberá garantizar la existencia de mecanismos de monitoreo poblacional a través de los cuales el país pueda establecer de manera periódica los avances o retrocesos que se han obtenido frente a las medidas aquí adoptadas. Este monitoreo deberá incluir, como mínimo, indicadores de antropometría, actividad física (recreativa y por transporte) y balance nutricional entre otras.

Artículo 22. *Vigencia.* Esta ley rige a partir de su promulgación.

Cordialmente,

Por el honorable Senado de la República

Dilian Francisca Toro Torres,
Senadora.

Por la honorable Cámara de Representantes

Venus Albeiro Silva,
Representante a la Cámara.

OBJECIONES PRESIDENCIALES

OBJECIONES PRESIDENCIALES AL PROYECTO DE LEY NUMERO 10 DE 2007 SENADO, 334 DE 2008 CAMARA (ACUMULADO 42 DE 2007 SENADO)

por la cual se modifica la Ley 685 de 2001 –Código de Minas–.

Bogotá, D. C., 23 de julio de 2009.

Doctor

JAVIER CACERES

Presidente

Honorable Senado de la República

Ciudad

Referencia: Objeciones al Proyecto de ley número 10 de 2007 Senado, 334 de 2008 Cámara (Acumulado 42 de 2007 Senado), *por la cual se modifica la Ley 685 de 2001 –Código de Minas–.*

Respetado señor Presidente:

El Gobierno Nacional, en ejercicio de lo dispuesto en los artículos 165 y 166 de la Constitución Política, devuelve al honorable Congreso de la República, sin la correspondiente sanción presidencial, el Proyecto de ley número 10 de 2007 Senado, 334 de 2008 Cámara (Acumulado 42 de 2007 Senado), *por la cual se modifica la Ley 685 de 2001 –Código de Minas–.*

El proyecto de ley que nos ocupa, busca modificar algunos artículos del Código de Minas, las objeciones que se presentan son de inconveniencia a los textos de los artículos 10, modificatorio de los artículos 116 y 30, por las siguientes consideraciones:

1. Objeciones por inconveniencia del artículo 10:

a) En el artículo 10 que se objeta no aparece opción real y verdadera para que el sector de infraestructura vial pueda lograr los materiales a precios justos por parte de titulares de derechos mineros en estas áreas de borde aledañas a las carreteras, sobre las que supuestamente existe un régimen especial, pues aunque la norma dice que deberán venderlos a “precio de mercado normalizado en la zona”, en la realidad se cobra el costo de oportunidad (se titulan antes de empezar el proyecto carretero cerrando opciones y obligando prácticamente a comprarles al precio que oferten). Contempla la norma bajo objeción que para casos de desacuerdo deberán adelantarse arbitramientos técnicos, es decir, regulan desde la ley la obligación de dirimir un conflicto de mercado, en condiciones que pueden llegar a ser onerosas y demoradas, eventos que no se tienen en cuenta en las estructuraciones de los proyectos viales, pudiendo generar desequilibrios financieros importantes.

b) El término de vigencia máxima de la autorización temporal propuesto (3 años prorrogables), no atiende a la realidad de contratos como el de concesión, que tiene una vigencia promedio superior, con etapas de mantenimiento rutinario periódico de las vías concesionadas, lo cual podría hacer incurrir a los contratistas en una tramitología susceptible de paralizar o demorar la terminación de los proyectos.

2. Objeciones por inconveniencia del artículo 30:

Con el artículo 30 se está autorizando la utilización de minidragas¹ de hasta 60 caballos de fuerza en departamentos como Chocó, Arauca, Casanare, Putumayo, Amazonas, Guaviare, Guanía, Vaupés y Vichada y en el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, en donde se concentra mayor biodiversidad y se encuentran ecosistemas estratégicos del país.

Estos 10 departamentos comprenden entre otros los parques nacionales Amacayacu, Río Puré, Chaurinaria en el Amazonas; la Paya en Putumayo; Serranía del Chiribiquete en Caquetá y Guaviare; Nukak en el Guaviare; Puinawai en el Guanía; Tuparro en el Vichada; Cocuy en Arauca; Utria y Katios en el Chocó. En el Parque Nacional del Río Puré (Amazonas) se realizaron decomisos de dragas ilegales.

Esta actividad genera impactos negativos e irreversibles en lo ambiental y social, de acuerdo con la información obtenida de las Corporaciones Autónomas Codechocó, CDA, y de la Unidad de Parques Nacionales Naturales, tales como, sedimentos con

¹ Las minidragas son equipos mecánicos montados sobre balsas para extraer arenas, gravas y metales del fondo de los ríos o de sus vegas de inundación. En el caso de explotación de oro se estima que es necesario dragar 1 tonelada del lecho del río para extraer entre 1 y 10 gramos del mineral.

desvío de los ríos, aumento de turbiedad y de costos de potabilización de agua para consumo doméstico, riesgos de contaminación en ríos y peces por el uso de mercurio en la minería de oro, riesgos de contaminación de suelos de vegas de inundación con las colas de amalgamación (arenas con mercurio), contaminación por vertimientos de aceites usados, deforestación de las vegas de inundación en zonas selváticas de la Amazonia y del Chocó, entre otras.

Con fundamento en lo anterior, nos permitimos solicitar la objeción de los artículos 10 y 30 del proyecto de ley analizados, por razones de inconveniencia.

Cordiamente,

ÁLVARO URIBE VÉLEZ

El Ministro de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial,

Carlos Costa Posada.

El Ministro de Transporte,

Andrés Uriel Gallego Henao.

CONTENIDO

Gaceta número 727 - Jueves 13 de agosto de 2009

SENADO DE LA REPUBLICA **Págs.**

PONENCIAS

Informe de ponencia para segundo debate, Texto propuesto y Texto definitivo al Proyecto de ley número 15 de 2008 Senado, mediante la cual se regulan los servicios de Cuidados Paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida. 1

Informe de ponencia para segundo debate y Texto propuesto al Proyecto de ley número 200 de 2008 Senado y 98 de 2008 Cámara, por medio de la cual se establecen acciones para prevenir el Síndrome de Alcoholismo Fetal en los bebés por el consumo de alcohol de las mujeres en estado de embarazo, y se dictan otras disposiciones..... 9

ACTAS DE COMISION ACCIDENTAL PARA ESTUDIO DE OBJECIONES

Acta de Comisión Accidental para Estudio de Objeciones al Proyecto de ley número 267 de 2008 Senado, 140 De 2007 Cámara, por medio de la cual se define la obesidad y las Enfermedades Crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención..... 12

OBJECIONES PRESIDENCIALES

Objeciones Presidenciales al Proyecto de ley número 10 de 2007 Senado, 334 de 2008 Cámara (acumulado 42 de 2007 Senado), por la cual se modifica la Ley 685 de 2001 –Código de Minas–..... 15