



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

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

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXI - N° 662

Bogotá, D. C., miércoles, 3 de octubre de 2012

EDICIÓN DE 16 PÁGINAS

DIRECTORES:

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

JESÚS ALFONSO RODRÍGUEZ CAMARGO
 SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA
 www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

PONENCIAS

PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 19 DE 2012 SENADO

por medio de la cual se fortalece el ejercicio del control ciudadano al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se establecen otras disposiciones.

Bogotá, D. C., septiembre de 2012

Doctora

KARIME MOTA Y MORAD

Presidenta

Comisión Primera Constitucional Permanente

Senado de la República

Ciudad

Respetada señora Presidenta Mota y Morad:

Por decisión de la Mesa Directiva de la honorable Comisión Primera del Senado me ha correspondido la ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 19 de 2012 Senado, *por medio de la cual se fortalece el ejercicio del control ciudadano al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se establecen otras disposiciones*, y que me permito rendir en los siguientes términos:

1. Objeto

El Proyecto de ley número 19 de 2012 objeto de análisis pretende crear mecanismos especiales de control social ciudadano, que tengan como propósito vigilar la gestión, administración y ejecución pública y privada que integran los recursos del Sistema General de Salud.

Contemplando para dicho fin, la operación de las Veedurías de la Salud, conforme a lo establecido en la Ley 850 de 2003 artículos 5° y 6°, y el artículo 136 de la Ley 1438 de 2011, definiendo con exactitud sus alcances y funciones.

2. Naturaleza jurídica del Derecho a la Salud

Según el contenido literal y el sentido obvio del artículo 49 de la Carta Fundamental, que nos indica: “*La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley...*”, la salud posee una doble connotación: i) La de **servicio público**, y ii) La de **derecho fundamental**.

Artículo que indubitadamente, debe ser complementado con el artículo 2° superior, que se lee:

“*Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo.*”

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”.

Sobre el particular la Sentencia T-505 de 1992 M. P. Eduardo Cifuentes Muñoz, insistió:

“El Estado Social de Derecho mantiene el principio de legalidad, pero lo supera y complementa al señalar entre sus finalidades la de garantizar un orden político, económico y social justo (C. P. Preámbulo¹). La naturaleza social del Estado de Derecho colombiano supone un papel activo de las autoridades y un compromiso permanente en la promoción de la justicia social.

La defensa de los valores supremos del ordenamiento obliga al Estado a intervenir –dentro del marco constitucional– para proteger a las personas en su dignidad humana y exigir la solidaridad social cuando ella sea indispensable para garantizar derechos fundamentales como la vida y la salud”.

2.1 Servicio público

Como **servicio público** se tiene que la salud, es una actividad que involucra al Estado y demás particulares que resulten responsables de su prestación sea por mandato legal o convencional –bajo su dirección, supervisión y manejo–, a desplegar un conjunto de tareas, políticas y actividades, tendientes a garantizar su prestación en debida forma.

De ahí, que sea considerado como una prerrogativa de carácter prestacional, en la Sentencia T-571 del 26 de octubre de 1992 M. P. Jaime Sanín Greiffenstein, la Corte se refirió a los derechos constitucionales de contenido de este tipo en los siguientes términos:

“La doctrina ha denominado a las obligaciones públicas del Estado “prestaciones constitucionales”, una de cuyas manifestaciones principales son los derechos fundamentales de prestación.

Los derechos prestacionales de rango constitucional tienen una estrecha relación con los derechos sociales, económicos y culturales del Capítulo II, Título II de la Constitución, pero no se identifican con ellos. También los derechos de libertad pueden tener un contenido prestacional.

En términos generales el término prestacional de un derecho está dado por su capacidad para exigir de los poderes públicos y en ocasiones de los particulares, una actividad de hacer o dar, derivada del mismo texto constitucional. Si la prestación contenida en el derecho constitucional se identifica con el fin o valor de la igualdad perseguido por el derecho, aquella constituye un “derecho constitucional prestacional”; mientras que si el objetivo primordial del derecho es la simple abstención de los poderes públicos, los derechos correspondientes carecen de contenido prestacional.

Y una de esas obligaciones públicas del Estado es la resultante del artículo 49 de la Constitución:

“La atención de la salud... son servicios públicos a cargo del Estado”. Concordante con esta disposición existe la obligación del Estado, en virtud de lo dispuesto en el inciso 3° del artículo 13 de la Carta, de “proteger especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta...”.

Esto genera consecuentemente el deber “prestacional” a cargo del Estado de brindar la atención de la salud, y el derecho en favor del particular de exigirlo dentro de unos lineamientos que la propia Constitución señala.

De otra parte otros elementos integrantes de este derecho le imprimen un carácter asistencial, ubicándolo dentro de las funciones del Estado Social de Derecho, donde este adquiere un carácter de “Estado de prestaciones y de redistribución con fines de asistencia social obligatoria”. Se producen importantes repercusiones en la relación Estado-ciudadano, fortaleciendo la condición de este último frente al primero, por cuanto como se afirmaba anteriormente, su reconocimiento impone acciones concretas a fin de prestar el servicio público correspondiente, para asegurar de esa manera el goce y disfrute de los servicios de asistencia médica, hospitalaria, farmacéutica y de laboratorio”.

De manera primigenia la Corte Constitucional destacó la connotación de servicio público, en la Sentencia T- 312 de 1996 M. P. Alejandro Martínez Caballero:

“DERECHO A LA SALUD-Contenido prestacional/SERVICIO PÚBLICO DE SALUD-Cumplimiento estatal

El derecho a la salud comprendido dentro del catálogo de los derechos sociales, económicos y culturales tiene en la Constitución un contenido evidentemente prestacional, pues al deber correlativo que tiene toda persona de “procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”, se encuentra el del Estado de garantizar su cumplimiento, a través del correspondiente sistema de servicios, mediante el suministro de prestaciones concretas en materia de salud. Pero es de anotar que la cobertura y extensión del servicio de salud a los diferentes sectores de la comunidad y las condiciones y la eficiencia de su prestación, aun cuando son tareas prioritarias de la acción estatal, necesariamente dependen de las políticas globales y de desarrollo económico y social, las cuales se encuentran sujetas y limitadas a la disponibilidad de recursos”.

Prerrogativa que tiene por objeto asegurar una ininterrumpida, constante y permanente prestación de tal servicio con el fin de ofrecer a las personas la posibilidad de vivir una vida digna y de calidad, libre, en la medida de lo factible, de los padecimientos o sufrimientos que sobrevienen

¹ A propósito del carácter vinculante del preámbulo constitucional sentencia de la Honorable Corte Constitucional C-477 de 2005 M. P. Jaime Córdoba Triviño.

con las enfermedades², esto es lo que ha denominado la Corte Constitucional durante todo este tiempo bajo un criterio uniforme, como *principio de integralidad*, definido por este Alto Tribunal en la Sentencia T-518 de 2006 así:

“La atención en salud debe ser integral y por ello, comprende todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes de diagnóstico y seguimiento de los tratamientos iniciados así como todo otro componente que los médicos valoren como necesario para el restablecimiento de la salud del/de la paciente”.

Principio que ha sido percibido también en dos aristas, una, relativa a la *integralidad* del concepto mismo de salud, que llama la atención sobre las distintas dimensiones que proyectan las necesidades de las personas en materia de salud, valga decir, requerimientos de orden preventivo, educativo, informativo, fisiológico, psicológico, emocional, social, para nombrar sólo algunos aspectos³, y la otra se encamina a destacar la necesidad de proteger el derecho constitucional a la salud de manera tal que todas las prestaciones requeridas por una persona en determinada condición de salud, sean garantizadas de modo efectivo. Esto es, el compendio de prestaciones orientadas a asegurar que la protección sea integral en relación con todo aquello que sea necesario para conjurar la situación de enfermedad particular de un paciente⁴.

Servicio que además debe prestarse en atención además a los principios medulares de **eficiencia, universalidad, solidaridad** (Ley 100 de 1993⁵) y **confianza legítima**⁶.

Ahora bien, resulta menester indicar a modo de precisión, que aun cuando el servicio público esencial de la salud sea prestado de manera directa muchas veces por particulares, la posición de garante subyace para el Estado debiendo responder por cualquier situación anómala que pueda desprenderse del mismo, o por el indebido manejo de los recursos que hacen parte del sistema, en detrimento del administrado.

² Sentencia T-576 de 2008 Corte Constitucional M. P. Humberto Sierra Porto.

³ Sobre el particular se puede consultar las Sentencias T-926 de 1999, T-307 de 2007 y T-016 de 2007, entre otras.

⁴ Esta posición jurisprudencial ha sido reiterada en diferentes fallos, dentro de los cuales pueden señalarse a manera de ejemplo los siguientes: T-830 de 2006, T-136 de 2004, T-319 de 2003, T-133 de 2001, T-122 de 2001 y T-079 de 2000.

⁵ Artículo 4°. *“Del servicio público de seguridad social. La Seguridad Social es un servicio público obligatorio, cuya dirección, coordinación y control está a cargo del Estado y que será prestado por las entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidos en la presente ley”.*

⁶ D. 50, 17, 75. Papiniano; Cuestiones, Libro III, citado en Neme, Martha Lucía. *Venire contra factum proprium, Prohibición de obrar contra los actos propios y la protección de la confianza legítima, Tres maneras de llamar a una antigua regla emanada de la buena fe.* Tomo III de los Estudios de Derecho Civil obligaciones y contratos, Universidad Externado de Colombia, 2003, Bogotá.

2.2 Configuración de la Salud como Derecho Fundamental

Sobre este aspecto, las posiciones han sido variables o poco uniformes con el pasar de los años, en el entendido que en un principio la Corte Constitucional estimó que la salud no tenía la capacidad de ser considerado jurídicamente como un derecho fundamental autónomo, predicable de protección constitucional a través de la acción de tutela, al estar condicionada su satisfacción de un factor prestacional no incluido expresamente dentro del Capítulo I de la Carta Fundamental, desvirtuándose tal calidad⁷, siendo necesaria la demostración de la llamada teoría de violación por conexidad de otros derechos fundamentales de aplicación inmediata, entre estos, la dignidad humana, la vida, el libre desarrollo de la personalidad o la igualdad.

Ulteriormente este mismo cuerpo colegiado, modificó esta interpretación, advirtiendo a buena hora que TODO derecho inmerso en la Constitución es fundamental, por cuanto no en vano el propio poder originario o constituyente primario, lo había incorporado expresamente, motivo suficiente para darle la denominación de *ius fundamental*⁸.

Prueba de ello es lo consignado por la Corte Constitucional en reiteradas ocasiones:

“Hoy se muestra artificioso predicar la exigencia de conexidad respecto de derechos fundamentales los cuales tienen todos –unos más que otros– una connotación prestacional innegable. Ese requerimiento debe entenderse en otros términos, es decir, en tanto enlace estrecho entre un conjunto de circunstancias que se presentan en el caso concreto y la necesidad de acudir a la acción de tutela en cuanto vía para hacer efectivo el derecho fundamental. Así, a propósito del derecho fundamental a la salud puede decirse que respecto de las prestaciones excluidas de las categorías legales y reglamentarias únicamente podrá acudirse al amparo por vía de acción de tutela en aquellos eventos en los cuales logre demostrarse que la falta de reconocimiento del derecho fundamental a la salud (i) significa a un mismo tiempo lesionar de manera seria y directa la dignidad humana de la persona afectada con la vulneración del derecho; (ii) se pregona de un sujeto de especial protección constitucional⁹ y/o

⁷ Las diversas concepciones sobre el concepto derecho fundamental fueron recogidas por la Sentencia T-227 de 2003 M. P. Eduardo Montealegre Lynett.

⁸ Ver entre otras la Sentencia T-168 de 2009 Corte Constitucional M. P. Humberto Sierra Porto.

⁹ En relación con lo anterior, la jurisprudencia constitucional ha afirmado de manera reiterada que existen personas a quienes la Constitución misma dota de un amparo específico bien sea por razón de su edad –niños, niñas– o por causa de encontrarse en especiales circunstancias de indefensión – personas con enfermedades catastróficas, reclusos, mujeres embarazadas o personas colocadas en situaciones de debilidad económica, física o psíquica manifiesta. Frente a estas personas, el amparo del derecho constitucional fundamental a la salud es reforzado debido al grado de vulnerabilidad que, en ocasiones, deben afrontar. Ver Sentencias T-1081 de 2001, T-850 de 2002, T-859 de 2003 y T-666 de 2004.

(iii) implica poner a la persona afectada en una condición de indefensión por su falta de capacidad de pago para hacer valer ese derecho.

Lo anterior, justamente por cuanto el Estado –bajo aplicación de los principios de equidad, solidaridad, subsidiariedad y eficiencia– ha de racionalizar la prestación satisfactoria del servicio de salud a su cargo o a cargo de los particulares que obran en calidad de autoridades públicas, atendiendo, de modo prioritario, a quienes se encuentren en cualquiera de las circunstancias mencionadas con antelación. Al respecto, la Corte Constitucional ha expresado mediante jurisprudencia reiterada que, bajo estas circunstancias, aún tratándose de prestaciones excluidas del POS, del POSS, del PAB, del PAC y de aquellas obligaciones previstas por la Observación General 14, procede la tutela como mecanismo para obtener el amparo del derecho constitucional fundamental a la salud”.

3. Mecanismos de vigilancia ciudadana al Sistema General de Salud

Teniendo perfectamente clara la importancia constitucional, legal jurisprudencial de todos los temas inherentes y con estrecha relación con la Salud, es evidente que cualquier iniciativa legal que tenga como objetivo mejorar su prestación, establecer mecanismos de control y vigilancia, diferentes a los ya conocidos en cabeza de la Administración y los diferentes poderes públicos, como el de las Veedurías de la Salud referidas en el proyecto de ley hoy analizado. Deben ser patrocinados y defendidos por los órganos de representación popular, en aras de preservar las garantías individuales y colectivas existentes en un Estado Social de Derecho.

La Veedurías de la Salud, encuentran su fundamental legal en la Ley 850 de 2003 artículos 5° y 6°, que nos indican:

“Artículo 5°. Ámbito del ejercicio de la vigilancia. Las veedurías ejercerán la vigilancia en el ámbito nacional, departamental, municipal, y demás entidades territoriales, sobre la gestión pública y los resultados de la misma, trátese de organismos, entidades o dependencias del sector central o descentralizado de la Administración Pública; en el caso de organismos descentralizados creados en forma indirecta, o de empresas con participación del capital privado y público tendrán derecho a ejercer la vigilancia sobre los recursos de origen público.

La vigilancia de la Veeduría Ciudadana se ejercerá sobre entidades de cualquier nivel o sector de la administración y sobre particulares y organizaciones no gubernamentales que cumplan funciones públicas, de acuerdo con las materias que interesen a aquellas, de conformidad con su acta de constitución, sin importar el domicilio en el que se hubiere inscrito.

El ejercicio de las veedurías se hará sin perjuicio de otras formas de vigilancia y control de la sociedad civil y de la comunidad, consagradas en

las disposiciones legales vigentes y sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 167 de la Ley 136 de 1994, cuando dicha participación se refiera a los organismos de control.

Artículo 6°. Objetivos:

a) Fortalecer los mecanismos de control contra la corrupción en la gestión pública y la contratación estatal;

b) Fortalecer los procesos de participación ciudadana y comunitaria en la toma de decisiones, en la gestión de los asuntos que les atañen y en el seguimiento y control de los proyectos de inversión;

c) Apoyar las labores de las personerías municipales en la promoción y fortalecimiento de los procesos de participación ciudadana y comunitaria;

d) Velar por los intereses de las comunidades como beneficiarios de la acción pública;

e) Propender por el cumplimiento de los principios constitucionales que rigen la función pública;

f) Entablar una relación constante entre los particulares y la administración por ser este un elemento esencial para evitar los abusos de poder y la parcialización excluyente de los gobernantes;

g) Democratizar la administración pública;

h) Promocionar el liderazgo y la participación ciudadana”.

En el mismo sentido el artículo 136 de la Ley 1438 de 2011 en su Título VIII “De los usuarios del sistema”, que se lee:

“Artículo 136. Política nacional de participación social. El Ministerio de la Protección Social definirá una política nacional de participación social que tenga como objetivos:

136.1 Fortalecer la capacidad ciudadana para intervenir en el ciclo de las políticas públicas de salud: diseño, ejecución, evaluación y ajuste.

136.2 Promover la cultura de la salud y el autocuidado, modificar los factores de riesgo y estimular los factores protectores de la salud.

136.3 **Incentivar la veeduría de recursos del sector salud y el cumplimiento de los planes de beneficios.**

136.4 Participar activamente en los ejercicios de definición de política.

136.5 Participar activamente en los ejercicios de presupuestación participativa en salud.

136.6 Defender el derecho de la salud de los ciudadanos y detectar temas cruciales para mejorar los niveles de satisfacción del usuario”. (Negrillas y subrayas fuera del texto original).

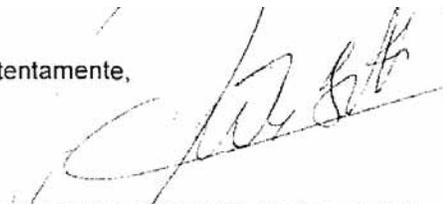
El Proyecto de ley número 19 de 2012, incorpora al ordenamiento, como ya fue anotado, funciones y aspectos como: nuevos objetivos, forma de composición, y competencias de las Veedurías de la Salud.

Se colige entonces, que el proyecto de ley en comento, busca la viabilidad y sostenibilidad fiscal de los recursos que integran el Sistema General de Salud, al establecer puntualmente controles extraoficiales en su ejecución, que tienen un amplio asidero en nuestro ordenamiento jurídico.

4. Proposición

De acuerdo con las anteriores consideraciones, y en consecuencia respetuosamente solicito a la honorable Comisión Primera Constitucional Permanente del Senado de la República dar **primer debate** en los términos legalmente consagrados, al Proyecto de ley número 019 de 2012 Senado, *por medio de la cual se fortalece el ejercicio del control ciudadano al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se establecen otras disposiciones*, en el texto original.

Atentamente,



ARMANDO BENEDETTI VILLANEDA
Senador de la República



H.S. HEMEL HURTADO
Ponente

SIN FIRMA
H.S. JUAN MANUEL CORZO
Ponente

SIN FIRMA
H.S. JESUS IGNACIO GARCIA
Ponente

SIN FIRMA
H.S. LUIS CARLOS AVELLANEDA
Ponente

SIN FIRMA
H.S. JORGE EDUARDOLONDOÑO
Ponente

* * *

PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 108 DE 2012 SENADO

por medio de la cual la Nación se asocia a la celebración de los cuatrocientos (400) años de fundación del municipio de Gachancipá y se dictan otras disposiciones.

Doctora

MIRIAM PAREDES AGUIRRE

Presidenta Comisión Segunda Constitucional
Senado de la República

Ciudad.

Respetada señora Presidenta:

En cumplimiento a la honrosa designación que me hiciera la Mesa Directiva de la Comisión Segunda Constitucional Permanente del Senado de la República procedo a rendir ponencia positiva para primer debate sin modificaciones al Proyecto

de ley número 108 de 2012 Senado, *por medio de la cual la Nación se asocia a la celebración de los cuatrocientos (400) años de fundación del municipio de Gachancipá y se dictan otras disposiciones* en los siguientes términos:

Historia

El nombre de Gachancipá en lenguaje chibcha significa *alfarería del zipa*, de acuerdo con el historiador Acosta Ortigón, también se cree que aludía a enfermería del mismo jefe, pues aquí se repuso Nemequene de las heridas que recibió en la batalla de las vueltas de Chocontá, librada contra los zaques. El primer encomendero fue Juan Sánchez de Toledo. Hacia 1583 lo era Nicolás Sepúlveda, a quien la real audiencia le entregó el 23 de febrero de 1558 los indios de Gachancipá y Teniba. En 1602 le dieron títulos de propiedad a Antonio De Verdugo. Nicolás de Sepúlveda sostuvo un pleito con los dominicos, lo que provocó la visita del oidor Miguel de Ibarra, en agosto de 1593 para conocer las tierras de entre Gachancipá y Tibitó, hasta que hallaron que era una quebrada que venía de Nemocón, llamada peca-neca, según dijeron el cacique de Tibitó, Alonso Tenti-siboca, los capitanes Diego Tenitenta Cayta, y Pedro Tenteguassca, el cacique de unta, Diego Nemitiva, su hermano Francisco y los capitanes de Tocancipá Juan Sacutiba y Alonso Auceniba.

El pueblo de Gachancipá se fundó en 1612, pero se desconocen los nombres de los autores. Carvajal en 1639 y distribuidos en las parcialidades de Gacha, Suasucha y Tinchecha, donde vivían 491 personas. En abril de 1628 el emisario Juan de Borja dijo que el número de los indios rebajó de 225 a 105, pues se les obligaba a cruzar un río para ir a la encomienda, y en esa travesía se ahogaron muchos. En vista a lo anterior, Borja ordenó recoger el poblado para que no se les mandara a ninguna encomienda a la cual tuviera que recorrer más de una legua. Destacaron el sargento Andrés Carchuelo, Juan José Chaceton, Francisco Farrias, Juan Palacios e Ignacio Cortés, entre otros.

Generalidades

Su localización geográfica estratégica en sabana centro, al norte de Bogotá como parte de la aérea territorial del centro del país y sobre el corredor vial Bogotá-Sogamoso, su extensión total: 44 km², altitud de la cabecera municipal (metros sobre el nivel del mar): 2.568, Temperatura media: 12 °C, a Distancia de referencia: A 42 km de Bogotá, D. C.

Habitantes: en el municipio son 14.934, en la Cabecera: 6.974 y en la parte rural: 7.690. La mayoría de habitantes está concentrada principalmente en las Veredas El Roble (225) y las de menor número son: San Bartolomé (48) y San José (49).

Gachancipá es un municipio con alto potencial turístico, dado su ubicación, riqueza ambiental, cultural y paisajística.

La estación del ferrocarril fue reconocida como patrimonio cultural de la Nación y hoy es utilizado como vitrina de almacenes de venta de artesanías.

Muchas de las tradiciones y costumbres en el cercano y acogedor municipio están relacionadas con eventos históricos y religiosos.

La economía del municipio se fundamenta en el transporte, comercio, la agroindustria, en el sector servicios y la explotación minera.

En el territorio se distinguen ocho (8) grandes actividades que agrupan las diferentes coberturas de uso del suelo: la actividad pecuaria, a través de los pastos es la que manifiesta mayor cobertura en términos de extensión, representa el 70.42% del área total de Gachancipá, en ella se agrupan los pastos manejados, los naturales, los pastos con alguna influencia de rastrojos y los misceláneos con predominio de pastos manejados, es importante anotar que esta actividad se presenta en todas las veredas.

La agroindustria representada por las actividades floricultoras, avícolas y porcícolas ocupan el cuarto renglón en importancia, extendiéndose sobre el 3.30% del territorio, sobre las Veredas San José, San Martín, La Aurora y Centro, principalmente, de otro lado la zona urbana está representada por la cabecera municipal, la zona de expansión urbana y los asentamientos; estos en conjunto abarcan el 2.77% del territorio, sobre las Veredas Centro, Santa Bárbara y El Roble.

Los bosques plantados cubren una extensión de 263.01 ha (6.12%) y se localizan en su mayoría sobre la zona de montaña en las Veredas La Aurora, San José y San Bartolomé. Los pastos con influencia de rastrojos representan el 4.78% de la extensión, localizándose sobre el costado occidental del municipio en la parte alta, sobre la vereda San José, en su mayoría.

Los misceláneos con predominio de bosque, son la sexta actividad en cubrimiento del uso del suelo comprendiendo el 3.25% en extensión sobre los predios municipales.

Sector pecuario: se caracteriza por ser de ganadería extensiva con manejo de pastos naturales representados por el Kikuyo, carretón y los pastos manejados como *Ray gras*, *avena forrajera*, *alfalfa*. La producción lechera es la actividad pecuaria predominante, actualmente hay aproximadamente 6.773 cabezas de ganado Bovino, 500 porcinos y 100 ovinos.

Obras de interés público y social

Las obras mencionadas en el artículo 2° del presente proyecto de ley, se encuentran plasmadas en el Plan de Desarrollo del Municipio, "Progreso para Todos", aprobado por el Acuerdo Municipal número 011 de 2012, obras que generarán empleo, mejorarán la actividad agroindustrial y de servicios y el desarrollo económico general.

En primer lugar se propone el mejoramiento en infraestructura y dotación del puesto de salud. Esta obra se justifica en virtud a que el municipio de Gachancipá no está descentralizado en salud, no administra ni coordina el personal del Centro

de Salud. La gran mayoría de las actividades son concertadas con el Hospital de San Antonio de Sesquilé.

Asimismo, la infraestructura física del Centro de Salud, por su uso y número de personas atendidas requiere un replanteamiento en relación a su ampliación, adecuación y mantenimiento permanente.

La segunda obra: culminación del Colegio Presbítero Carlos Garavito Acosta que se encuentra consagrada en el Plan de Desarrollo municipal. Eje: Ordenamiento, Infraestructura y Servicios Públicos. Programa: Equipamiento Municipal al Servicio de Todos. Meta del Producto: Ejecutar en el cuatrienio el 100% de las obras para la terminación de la infraestructura del colegio equivalentes al 60% del total de la obra, con lo anterior se beneficia la cobertura de los estudiantes de nivel medio, es decir el 84,9% de la población en edad escolar.

Además, con el mejoramiento de la malla vial municipal, establecido igualmente en el Plan de Desarrollo municipal. Eje: Ordenamiento, Infraestructura y Servicios Públicos. Programa: Mejores Vías Para Todos. Meta del Producto: Construir en el cuatrienio 4km de vías entre urbanas y rurales.

El municipio cuenta con una estructura vial que contempla tres tipos de vías a saber:

- a) Tipo 1: carreteras principales pavimentadas o no pavimentadas que sirven de comunicación intermunicipal;
- b) Tipo 2: carretables en tiempo seco;
- c) Tipo 3: caminos y senderos.

La vía Panamericana o Troncal del Norte recorre 7.6 km por el municipio desde límites con Tocancipá hasta los límites con Nemocón y Sesquilé.

VÍAS POR VEREDA	TIPO	DENSIDAD Km./Ha
San José	Tipo 1	31.3
	Tipo 2	25.54
	Tipo 3	28.51
San Martín	Tipo 1	-
	Tipo 2	28
	Tipo 3	1.22
La Aurora	Tipo 1	27.59
	Tipo 2	7.74
	Tipo 3	12.23
San Bartolomé	Tipo 1	5.17
	Tipo 2	12.85
	Tipo 3	16.29
Santa Bárbara	Tipo 1	4.49
	Tipo 2	2.81
	Tipo 3	10.18
El Roble	Tipo 1	-
	Tipo 2	23.06
	Tipo 3	31.57
Casco Urbano	Tipo 1	31.72

Gráfica 233. Fuente Secretaría Planeación, Obras y Servicios Públicos.

Vale la pena señalar que se requiere la intervención permanente de la maquinaria dispuesta para el mejoramiento de la vía dado que su conformación se ve notablemente afectada con las olas invernales y con los procesos de erosión que evidencian la necesidad de avanzar en los procesos de pavimentación, así como de ubicación de placas huellas en las partes altas del municipio, esto es: la Vereda San José, la Vereda San Bartolomé, la Vereda Roble centro y Roble sur.

De igual forma, se evidencia que la malla vial del casco urbano está altamente deteriorada, lo cual convoca a la intervención programática en su mejoramiento y en la ampliación de la misma, como lo es en la carrera cuarta y en el Barrio Santa Ana, entre otros.

Por último la construcción de una Villa Olímpica denominada Cuarto Centenario, tal como lo determinó el Plan de Desarrollo de Gachancipá. Eje: Ordenamiento, Infraestructura y Servicios Públicos. Programa: Equipamiento Comunal al Servicio de Todos. Meta del Producto: Realizar en el cuatrienio las dos primeras etapas de la construcción de la Villa Olímpica en el municipio de Gachancipá.

La mayoría de escenarios deportivos son del sector educativo Colegio Presbítero Carlos Garavito Acosta. En cada vereda hay una locación para la recreación dentro del marco institucional educativo, de otra parte la Administración Municipal solo tiene dos campos recreo deportivos: el polideportivo municipal y las canchas múltiples del parque.

Por las razones expuestas, y como mérito a los 400 años de fundación del municipio de Gachancipá reconocido y orgullosamente enaltecido por sus oriundos, respetuosamente me permito presentar a consideración de la honorable Comisión Segunda la siguiente:

Proposición

Dese primer debate al Proyecto de ley número 108 de 2012 Senado, *por medio de la cual la Nación se asocia a la celebración de los cuatrocientos (400) años de fundación del municipio de Gachancipá y se dictan otras disposiciones.*

De los honorables Senadores,

Manuel Virgüez,

Senador de la República.

PROYECTO DE LEY NÚMERO 108 DE 2012 SENADO

por medio de la cual la Nación se asocia a la celebración de los cuatrocientos (400) años de fundación del municipio de Gachancipá y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. La Nación se asocia a la conmemoración de los cuatrocientos (400) años de fundación del municipio de Gachancipá, departamento de Cundinamarca.

Artículo 2°. Autorícese al Gobierno Nacional para que en cumplimiento y de conformidad con los artículos 288, 334, 341 y 345 de la Constitución Política y de las competencias establecidas en la Ley 715 de 2001 asigne en el Presupuesto General de la Nación, y/o promueva a través del Sistema Nacional de Cofinanciación, las partidas presupuestales necesarias a fin de adelantar las siguientes obras de interés público y social, promotoras de desarrollo regional, que beneficiarían a la comunidad del municipio de Gachancipá, en el departamento de Cundinamarca: 1. El mejoramiento en infraestructura y dotación del puesto de salud. 2. La culminación del Colegio Presbítero Carlos Garavito Acosta. 3. El mejoramiento de la malla vial municipal. 4. La construcción de una Villa Olímpica denominada Cuarto Centenario.

Artículo 3°. Las autorizaciones de gastos ordenadas al Gobierno Nacional en virtud de esta ley se incorporarán al Presupuesto General de la Nación, de acuerdo con las normas orgánicas en materia presupuestal, en primer lugar, reasignando los recursos hoy existentes en cada órgano ejecutor, sin que ello implique un aumento del presupuesto y, en segundo lugar, de acuerdo con las disponibilidades que se produzcan en cada vigencia fiscal.

Artículo 4°. La presente ley rige a partir de su sanción, promulgación y publicación en el **Diario Oficial**.

De los honorables Senadores,

Manuel Virgüez,

Senador Ponente.

INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 254 DE 2012 SENADO, 219 DE 2012 CÁMARA

por medio de la cual se institucionaliza el Día Nacional Sin Alcohol y se dictan otras disposiciones.

1. Antecedentes legislativos de la iniciativa en estudio

1. El presente proyecto de ley es de iniciativa congresional, fue presentado a consideración del Congreso de la República por la honorable Representante a la Cámara, doctora Lina María Barrera Rueda, el día 19 de abril de la presente anualidad, radicado en la Secretaría General de la Cámara de Representantes.

2. El día 26 de abril de 2012, la Mesa Directiva de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes asignó para ponencia de primer debate al Proyecto de ley número 219 de 2012 a los siguientes Representantes: Luis Fernando Ochoa Zuluaga y Lina María Barrera Rueda.

3. El día 8 de mayo de 2012, los Representantes Luis Fernando Ochoa Zuluaga y Lina María Barrera Rueda rindieron ponencia para primer debate ante la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la honorable Cámara de Repre-

sentantes, publicada en la *Gaceta del Congreso* número 216 de 2012.

4. La ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 219 de 2012, fue aprobada en la Sesión de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la honorable Cámara de Representantes del día 22 de mayo de 2012, mediante Acta número 34.

5. Mediante oficio fechado el 23 de mayo de 2012, el Secretario General de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la honorable Cámara de Representantes, por instrucciones de la Mesa Directiva, comunica acerca de la designación como ponentes para segundo debate al Proyecto de ley número 219 de 2012 a los siguientes Representantes: Luis Fernando Ochoa Zuluaga y Lina María Barrera Rueda.

6. La ponencia de segundo debate fue aprobada el 13 de junio de 2012, por la Plenaria de la Honorable Cámara de Representantes.

2. Objeto 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 crear, de manera institucional, el **Día Nacional Sin Alcohol**, en el cual se promoverá el no expendio y el no consumo de bebidas alcohólicas, como una actividad que procura por el consumo responsable de alcohol, dirigida a concientizar a todos los colombianos acerca de las consecuencias negativas que para la salud tiene el consumo excesivo, así como las que se desprenden en los ambientes familiares, sociales y laborales.

3. Contenido de la iniciativa legislativa

El proyecto de ley cuenta con siete (7) artículos, incluido la vigencia, en los cuales se desarrolla:

Artículo 1°. Institucionalización del Día Nacional sin Alcohol.

Artículo 2°. Definición.

Artículo 3°. Caracterización.

Artículo 4°. Responsabilidad Institucional.

Artículo 5°. Funciones Institucionales Específicas.

Artículo 6°. Apropiaciones Presupuestales.

Artículo 7°. Vigencia.

4. Marco jurídico del proyecto de ley

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, pues se trata de una iniciativa Congressional presentada individualmente por la honorable Representante a la Cámara Lina María Barrera Rueda.

Cumple además con los artículos 154, 157, 158 y 169 de la Constitución Política, referentes a la iniciativa legislativa, formalidades de publicidad, unidad de materia y título de la ley. Así mismo, es coherente con el artículo 150 numeral 1 de la Constitución que manifiesta que dentro de las funciones del Congreso está la de hacer las leyes.

5. Fundamentos constitucionales y legales

En la Constitución Política encontramos varias disposiciones que sustentan esta iniciativa:

El artículo 1°, establece que Colombia es un Estado Social de Derecho fundado en el respeto de la dignidad humana, la que debe ser garantizada de manera plena.

El artículo 11, señala que el derecho a la vida es inviolable.

El artículo 48, indica en su parte inicial que la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado. Agrega, que todos los habitantes tienen el derecho irrenunciable a la seguridad social.

Los anteriores fundamentos constitucionales son expuestos, toda vez que el proyecto de ley que aquí se presenta busca crear el **Día Nacional Sin Alcohol** como una manera de concientizar a los habitantes del territorio nacional acerca de las consecuencias negativas en la salud por la ingesta excesiva de alcohol, y fundamenta su propósito de intervenir normativamente con la finalidad de lograr que la sociedad colombiana tome conciencia, basada en resultados y acciones educativas, del hecho de que sí es posible disfrutar, compartir e incluso vivir sin el consumo de alcohol y, aún más, sin el consumo excesivo de alcohol.

No existe duda acerca de que el problema del alcoholismo está ligado al de la dignidad humana y la salud, y tanto como la una como la otra, hacen parte de un concepto integral que esboza y clarifica la Corte Constitucional, en la Sentencia T-211 de 2004, Magistrado Ponente, doctor Rodrigo Escobar Gil, al afirmar:

“En similar sentido, esta Corporación ha sostenido que la noción de vida, no es una acepción limitada a la posibilidad de existir o no, sino que se halla fundada en el principio de dignidad humana. En la medida en que la vida abarca las condiciones que la hacen digna, ya no puede entenderse tan sólo como un límite al ejercicio del poder sino también como un objetivo que guía la actuación positiva del Estado. Por eso también se ha dicho que al hombre no se le debe una vida cualquiera, sino una vida saludable en la medida de lo posible. Así, el derecho a la salud en conexión con el derecho a la vida no solo debe ampararse cuando se está frente a un peligro de muerte, o de perder una función orgánica de manera definitiva, sino cuando está comprometida la situación existencial de la vida humana en condiciones de plena dignidad. De allí, que el derecho a la salud, ha sido definido como “la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser. Implica, por tanto, una acción de conservación y otra de restablecimiento”. (Resaltado fuera del texto).

Igualmente, en la Sentencia T-175 de 2002, la Corte Constitucional afirmó que es indispensable manejar una noción de vida y salud más amplia que la ordinaria de salud –vida– muerte, que corresponde a la que la jurisprudencia ha relacionado con el concepto de dignidad humana, al punto de sostener que la noción de Vida:

“(…) supone un derecho constitucional fundamental no entendido como una mera existencia, sino como una existencia digna con las condiciones suficientes para desarrollar, en la medida de lo posible, todas las facultades de que puede gozar la persona humana; así mismo, un derecho a la integridad personal en todo el sentido de la expresión que, como prolongación del anterior y manifestación directa del principio de la dignidad humana, impone tanto el respeto por la no violencia física y moral, como el derecho al máximo trato razonable y la mínima afectación posible del cuerpo y del espíritu”.

6. Consideraciones

Conveniencia de la aprobación del proyecto

La literatura, resultado de estudios serios y confiables, sobre el tema del alcoholismo y sus consecuencias sobre la salud y la vida social, es abundante, por ello consideramos pertinente citar algunos conceptos que nos permitan, de mejor manera, entender la situación del consumo excesivo de alcohol en nuestra sociedad.

Concepto de la OMS sobre el alcoholismo

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1952, definió a los alcohólicos como bebedores en exceso cuya dependencia del alcohol ha llegado a tal extremo que existe un trastorno mental evidente, o que padecen problemas de salud físicos y mentales que interfieren en sus relaciones personales, sociales y laborales, o personas que muestran signos prodrómicos de estos problemas.

La OMS en 1977, propuso la utilización de un nuevo concepto “Síndrome de dependencia del alcohol” o “problemas relacionados con el alcohol”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) denomina en la actualidad al alcoholismo como un: “síndrome de dependencia del alcohol” y está incluido en el Capítulo V de la Clasificación Internacional de Enfermedades número 10 (CIE-10). El alcoholismo forma a su vez parte de una categoría denominada “Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias sicótropas”.

En el documento denominado “Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)”, de la Organización Mundial de la Salud 2001 (Thomas F. Babor y otros), se dice:

“La dependencia es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol. Estos fenómenos típicamente incluyen deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para

controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe”.

Además, los criterios para identificar el síndrome de dependencia del alcohol o alcoholismo, a partir del CIE-10¹, indican que tres o más de las siguientes manifestaciones deben haber estado presentes durante al menos un mes o si han durado menos de un mes, deben haber aparecido juntas de forma repetida en algún período de doce meses:

- Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir alcohol.
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo de alcohol, unas veces para controlar el inicio del consumo y otras para poder terminarlo o para controlar la cantidad consumida.
- Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de alcohol se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico del alcohol o el consumo de la misma sustancia (o una muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de alcohol para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas.
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de alcohol, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir el alcohol o para recuperarse de sus efectos.
- Persistencia en el consumo de alcohol a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como se evidencia por el consumo continuado una vez que el individuo es consciente o era de esperar que lo fuera, de la naturaleza y extensión del daño. (Documento citado de Babor y otros, p. 24, a partir de WHO, 1993, p. 57)” (del documento Alcohol y adicción comentarios, información, adicciones informe-alcohol.blogspot.com).

El Alcohol y las estadísticas en Colombia

“En Colombia, este problema se ha reconocido oficialmente desde 1658: Dionisio Pérez Manrique, Presidente de la Capitanía General de Tierra Firme prohibió por primera vez el consumo de la chicha, “por sus efectos físicos y psicológicos en la población” (Ministerio Nacional de Salud, 1994).

¹ La CIE-10 es el acrónimo de la *Clasificación internacional de enfermedades, décima versión* correspondiente a la versión en español de la (en inglés) *ICD*, siglas de *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) y determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad.

En el año de 1993, el Ministerio de Salud, en colaboración con el Centro Nacional de Consultoría, realizó el Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. Dicho estudio utilizó un universo de encuesta consistente en los hogares colombianos localizados en áreas urbanas y rurales de los diferentes departamentos del país. En estos hogares se incluyó la población de ambos sexos comprendida entre los 12 y los 60 años. El diseño de este estudio empleó un sistema de muestreo probabilístico multietápico con una muestra total de 25.135 personas. Este estudio reportó que en esa época:

1. Los quince años fue la edad más frecuente para el inicio del consumo de alcohol.

2. El 44.1% de la población colombiana inició el consumo de bebidas alcohólicas antes de los quince años.

3. El 81.8% de la población había consumido bebidas alcohólicas hasta embriagarse.

4. El 88.8% de los hombres y el 75.1% de las mujeres se habían embriagado por lo menos una vez en la vida.

5. El 27.4% de los hombres y el 8.4% de las mujeres se habían embriagado antes de los 16 años.

6. El 26.6% de los hombres y el 7.4% de las mujeres presentaban problemas con el alcohol, según información obtenida con el CAGE.

7. El 3.1% de la población general, y dentro de este porcentaje, el 55% de los hombres, habían tenido problemas de violencia física, hirieron o fueron heridos, durante el consumo de alcohol.

8. El 5.9% de los hombres y el 1.5% de las mujeres reportaron haber tenido algún accidente de tránsito, como conductor o como peatón, por efectos del alcohol.

9. Los departamentos con mayor frecuencia de problemas ocasionados por el consumo de bebidas alcohólicas fueron: a) Córdoba, con el 21.9%; b) Nariño, con el 21.4%, c) Quindío con el 20.3% y d) Antioquia, con el 20.1% (Ministerio Nacional de Salud, 1994).

Se encontró que el 84% de la población consumía bebidas alcohólicas: Este consumo fue superior en los hombres (90%) que en las mujeres (78.6%).

La Tabla siguiente muestra el porcentaje de personas que consumían bebidas alcohólicas, según su edad:

Tabla 1
Consumo de bebidas alcohólicas, por edad, en Colombia, según el estudio publicado por el Ministerio de Salud, en 1993.

Edad	Porcentaje de Personas
12 – 15	67.3
16 – 19	91.2
20 – 24	88.0
25 – 29	86.9
30 – 37	85.8
38 – 49	86.4
50 – 60	82.5

El consumo de bebidas alcohólicas en Colombia es bastante heterogéneo y varía mucho de un estrato socioeconómico a otro, entre hombres y mujeres y entre las diferentes edades. Los más jóvenes consumen más vino y cerveza, mientras que los adultos consumen más aguardiente. En los estratos altos se consume, aunque en baja proporción, whisky y el ron es una bebida que se consume en todos los estratos.

En términos generales, la bebida alcohólica más consumida por los hombres bogotanos es la cerveza con el 27.8%, seguida por el aguardiente con el 22%. Las mujeres consumen preferencialmente vino (el 27.6%), luego aguardiente (19.1%) y cerveza (15%).

En una investigación realizada por el DANE en 1994, con la colaboración del Instituto de Seguros Sociales y Profamilia, cuyos objetivos fueron estimar la prevalencia de comportamientos reconocidos como protectores para la salud y los factores de riesgo para adquirir enfermedades, así como estimar los conocimientos y actitudes acerca de los factores de riesgo, se utilizó una población adulta de 18 a 69 años de edad y adolescentes de 12 a 17 años. El instrumento utilizado fue una encuesta sobre conocimientos, actitudes, creencias y prácticas relacionadas con enfermedades y accidentes.

En los resultados referentes al consumo de alcohol en adultos se encontró que tan sólo 9% de los hombres y 34% de las mujeres nunca habían tomado un trago; sin embargo el 46% de los hombres y el 61% de las mujeres habían tomado rara vez. El consumo diario de alcohol fue del 1.3% y el semanal del 8.5%. Los hombres aumentaron el consumo hasta los 35 años y después comenzaron a disminuirlo; entre las mujeres, el consumo del alcohol tendió a disminuir con la edad, pero las que bebían rara vez tendieron a mantener el consumo aun después de haber cumplido los 40 años de edad.

En cuanto a la población adolescente, el 72% reportó que habían tomado alguna vez; el 9.8%, que tomaban por lo menos una vez al mes; y el 3 por mil tomaban diariamente. De los que habían tomado, el 41% lo habían hecho hasta emborracharse y 10% habían tenido problemas a causa de la bebida.

En otro estudio realizado por el DANE en 1992 sobre el consumo de alcohol en Colombia, se encontró que los hombres entre los 25 y los 44 años de edad, solteros, trabajadores, con educación secundaria y pertenecientes a los estratos socioeconómicos medio y bajo eran los principales consumidores de bebidas alcohólicas.

Acerca del tipo de bebida que consumían, se encontró que la bebida de mayor preferencia fue la cerveza (59.1%); luego el aguardiente, después el vino, la chicha o el guarapo, el ron y el whisky; la bebida menos preferida fue el vodka. En relación con el género, se pudo ver que el 69.9% de los consumidores de cerveza fueron los hombres.

El vino y la chicha fueron los licores más consumidos por las mujeres; el 19.2% de las mujeres consumidoras prefería beber vino; El ron fue una bebida igualmente preferida por los hombres y las mujeres.

Entre los principales problemas asociados al consumo del alcohol estuvieron en primer lugar los relacionados con la salud (21.1%); siguieron los problemas de pareja (18.9%), los problemas con la familia (13.6%), los económicos, laborales y con los amigos; por último, los legales, accidentes de tránsito y problemas en el estudio. Los hombres presentaron más problemas que las mujeres.

En el mes de julio de 1997, el informe del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia reportó que:

1. En Santa fe de Bogotá, durante 1996, el 56.4% de las necropsias por homicidio, y el 34% de las alcoholemias solicitadas, presentaron niveles positivos de alcohol: el 58.7% de los hombres y el 44.4% de las mujeres. El mismo informe reporta que el mayor porcentaje de niveles positivos de alcoholemia (61.6%) se presentó entre los 18 y los 24 años de edad.

2. El 40.2% de las necropsias por suicidio presentaron niveles positivos de alcoholemia, correspondiendo el 46% a los hombres y el 20% de las mujeres, siendo el grupo de edad de 25 a 34 años el porcentaje más elevado (51.4%). Además, el 40% de los suicidas menores de 15 años presentaron niveles positivos de alcohol en sangre.

3. De las necropsias por accidentes de tránsito, el 50.8% presentaron más de 100 mg/ml de alcohol en sangre, correspondiendo el 65.7% al grupo entre los 35 y 44 años de edad.

4. En el caso de muertes por otras causas, el 31.6% de las necropsias y el 12% de las alcoholemias presentaron niveles positivos de alcohol: el 37.5% de las muertes causadas por sumergimiento, el 41% de las muertes por quemaduras, el 36% de las muertes causadas por caídas y el 33.3% en las causadas por intoxicaciones (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 1996)". (Del documento Propuesta educativa de prevención del consumo abusivo de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios-Carlos Eduardo González).

El Ministerio de la Protección Social y la Dirección Nacional de Estupefacientes realizaron el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia, en el año 2008, en este trabajo se practicaron encuestas a un número de 29.164 personas, de las cuales el 46.8% son hombres (11.209) y 53.2% son mujeres (17.955), con edades entre los 12 y 65 años. Este estudio en el tema específico de Alcoholismo, pues trató otra serie de consumo de sustancias, como cocaína, tabaco, etc., mostró una serie de resultados de los cuales queremos destacar (página 59 del estudio sobre el tema Edad de Inicio):

“La edad de inicio de consumo de alcohol es alrededor de 16 años entre los hombres y 17 años entre las mujeres, si se considera la mediana como indicador. En términos generales, se encuentra que 25% (percentil 25) de quienes han consumido alcohol alguna vez en la vida, consumieron por primera vez a los 15 años o menos, observándose un año de diferencia entre hombres y mujeres. (...)

Consumo de riesgo y perjudicial. (...) Según las cifras del estudio, 2.4 millones de personas en Colombia con edades entre 12 y 65 años presentan uso de alcohol que se puede considerar riesgoso o perjudicial. Esto equivale al 35% de los consumidores actuales de alcohol, o 12.2% de la población global. Del total de 2.4 millones, 1.8 millones hombres y 0.6 millones son mujeres, es decir, de cada 4 consumidores en estas condiciones, 3 son hombres y una mujer (...)”.

En cuanto a la edad se observa que la mayor proporción de personas con consumo de riesgo o perjudicial de alcohol se encuentra entre los jóvenes de 18 a 24 años: casi 20% (uno de cada cinco). De otra parte, 15% de las personas con edades entre 25 y 34 años, y 12% del grupo con edades entre 34 y 44 años, también están en ese nivel de consumo riesgoso o perjudicial de alcohol.

En la II Encuesta de consumo de sustancias psicoactivas realizada en el año 2011 se revelaron datos desalentadores, al punto que las Ministras de Educación y Salud alertaron sobre la facilidad que tienen los jóvenes para conseguir y consumir bebidas alcohólicas. Se estableció que el 4.85% de los consultados manifestaron consumir licor todos los días. También mostró como las bebidas alcohólicas son la sustancia psicoactiva más consumida por los estudiantes de secundaria del país.

La anterior información nos permite enterarnos del gran número de personas que consumen alcohol y los efectos negativos por el exceso del mismo, con esto buscamos reflejar un panorama de la realidad colombiana frente al manejo del consumo de bebidas embriagantes de manera excesiva, para proceder a presentar medidas alternativas de solución a la problemática.

Lo que buscamos con este proyecto es que se le dé una oportunidad a la concertación, a la voluntad, a la educación y a la sociedad en general para hacer un ejercicio que va a resultar, en nuestra opinión, muy favorable para los individuos, las familias y la sociedad colombiana. Y aunque resulta curioso que dicha oportunidad se busque a través de una ley, debemos destacar que aun teniendo este carácter imperativo, dicho carácter sólo va dirigido a obligar al Estado a promover y organizar la realización de Día Nacional Sin Alcohol, dejando a los demás actores los caminos del civismo, la voluntad y la conciencia.

Aunque somos plenamente conscientes que una actividad de veinticuatro horas no va a impactar radicalmente los índices de consumo ni a solucionar los problemas que el alcoholismo hoy

le deriva a la salud pública y la sociedad en general, sí estamos seguros de que este mensaje social, consistente en un día de abstención y promoción de valores y costumbres diferentes logrará –más con el paso de los años–, una sensibilización en todos los colombianos sobre el particular.

No tenemos duda acerca de que si se da la aprobación y la puesta en ejecución de esta norma, en el Día Sin Alcohol podremos mostrar indicadores alentadores en muchos eventos relacionados, tales como: accidentes de tránsito, violencia interpersonal, violencia intrafamiliar, problemas de salud, e incluso homicidios y lesiones personales graves; de lograr medirse en todo el país el impacto de esta actividad confiamos en que será un punto de partida para ahondar en el tema y trabajar con mayor énfasis en una política pública más comprometida y eficaz en relación con el alcoholismo y sus secuelas.

Igualmente, sabemos que la voluntariedad y el consenso, aunque son caminos difíciles, harán posible una participación decidida y creciente de muchos actores relacionados con el tema, por ello esta iniciativa evita la acción coercitiva en beneficio de la persuasiva.

7. Texto aprobado en segundo debate en la Plenaria de la Cámara de Representantes del Proyecto de ley número 254 de 2012 Senado, 219 de 2012 Cámara, por medio de la cual se institucionaliza el Día Nacional Sin Alcohol y se dictan otras disposiciones.

TEXTO DEFINITIVO PLENARIA 219 DE 2012 CÁMARA

por medio de la cual se institucionaliza el Día Nacional sin Alcohol y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. *Institucionalización del Día Nacional Sin Alcohol.* Establézcase el Día Nacional Sin Alcohol, como una actividad institucional, el cual se celebrará en la tercera semana del mes de octubre de cada año. En este día se promoverá el no consumo ni expendio de bebidas alcohólicas en todo el territorio nacional.

Artículo 2°. *Definición.* El Día Nacional sin Alcohol es una celebración de carácter institucional, cívica, voluntaria, concertada, persuasiva y educativa, que se llevará a cabo con el objeto de sensibilizar a la sociedad acerca de la importancia y la posibilidad real de la abstinencia del consumo de alcohol como fuente de salud, convivencia, economía familiar y comportamiento social.

Artículo 3°. *Caracterización.* El Día Nacional sin Alcohol se llevará a cabo con fundamento en la siguiente caracterización:

Actividad Institucional. El Día Nacional sin Alcohol será tenido como una actividad Institucional ya que la dirección de su realización será responsabilidad de entidades gubernamentales.

Actividad Cívica. El Día Nacional sin Alcohol será una actividad cívica puesto que convocará

para su éxito a toda la población sin excepción, así como a todas aquellas entidades del tejido social que la agrupen.

Actividad Voluntaria. El Día Nacional sin Alcohol será una actividad voluntaria puesto que la participación de personas y entidades se concretará por decisión propia y libre, sin apremio de sanciones de ninguna naturaleza.

Actividad Concertada. El Día Nacional sin Alcohol será una actividad concertada ya que para su realización los organismos gubernamentales responsables deberán convocar a los establecimientos de comercio, a los expendedores de licores, a los centros educativos de todos los niveles, a las organizaciones sociales, cívicas, culturales, gremiales, y a las autoridades de todo orden, con el fin de articular esfuerzos y lograr compromisos definidos de apoyo y participación.

Actividad Persuasiva. El Día Nacional sin Alcohol será una actividad persuasiva ya que de sus efectos y consecuencias se podrán determinar, afirmar y difundir la importancia de la disciplina social en lo referente al no consumo de alcohol.

Actividad Educativa. El Día Nacional sin Alcohol será una actividad educativa porque durante su desarrollo se efectuarán actividades culturales, deportivas, lúdicas y todas aquellas dirigidas a que se cree una cultura sobre la importancia del no consumo excesivo de alcohol y sus efectos positivos en la salud individual y colectiva de la sociedad colombiana.

Artículo 4°. *Responsabilidad institucional. Dirección.* La dirección del Día Nacional sin Alcohol estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, desde la planeación de la actividad hasta su plena ejecución en el marco de la caracterización establecida en el artículo anterior.

Artículo 5°. *Funciones institucionales específicas.* Son funciones específicas del Ministerio de Salud y Protección Social, en lo que se refiere a esta ley, las siguientes:

a) Definir mediante acto administrativo la fecha exacta de la realización de la actividad para el año respectivo;

b) Crear los mecanismos de concertación necesarios, coordinar su funcionamiento y lograr los consensos máximos para la realización de la actividad;

c) Solicitar a otros entes gubernamentales el apoyo necesario para la realización del evento;

d) Lograr que esta actividad se enmarque dentro de una política pública de salud;

e) Coordinar con el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones y los medios de difusión públicos y privados una amplia campaña de divulgación con el fin de que la participación en el Día Nacional sin Alcohol sea la mejor posible;

f) Crear una distinción para estimular a la entidad privada que contribuya de manera más eficaz y decidida al éxito de la actividad;

g) Coordinar con las autoridades territoriales, Gobernadores y Alcaldes, las acciones necesarias para una adecuada participación de Departamentos, Distritos y Municipios en esta actividad;

h) Gestionar los recursos presupuestales necesarios para el desarrollo de la actividad;

i) Establecer mecanismos de medición del impacto de la actividad en eventos que considere relacionados con las consecuencias del consumo excesivo de alcohol, tales como: accidentes de tránsito, violencia interpersonal, violencia intrafamiliar, problemas de salud, homicidios, lesiones personales, entre otros, y publicar los resultados.

Artículo 6°. El Gobierno, en los niveles Nacional, Departamental, Distrital y Municipal, queda autorizado para efectuar las apropiaciones presupuestales necesarias y realizar los traslados requeridos para el cumplimiento de la presente ley.

Artículo 7°. La presente ley rige a partir de su fecha de promulgación

8. Pliego de modificaciones al Proyecto de ley número 254 de 2012 Senado, 219 de 2012 Cámara, por medio de la cual se institucionaliza el Día Nacional Sin Alcohol y se dictan otras disposiciones.

Texto aprobado plenaria Proyecto de ley número 254 de 2012 Senado, 219 de 2012 Cámara	Pliego de modificaciones
Artículo 1°. Institucionalización del Día Nacional Sin Alcohol. Establézcase el Día Nacional Sin Alcohol, como una actividad institucional, el cual se celebrará en la tercera semana del mes de octubre de cada año. En este día se promoverá el no consumo ni expendio de bebidas alcohólicas en todo el territorio nacional.	Artículo 1°. Institucionalización del Día Nacional Sin Alcohol. Establézcase el Día Nacional Sin Alcohol, como una actividad institucional <u>que procura por el consumo responsable de alcohol</u> , el cual se celebrará <u>desde las 6:00 a.m. del tercer viernes del mes de octubre hasta las 5:59 a.m. del día sábado siguiente</u> , cada año. En ese día se promoverá el no consumo ni expendio de bebidas alcohólicas en todo el territorio nacional.
Artículo 3°. Caracterización. El Día Nacional sin Alcohol se llevará a cabo con fundamento en la siguiente caracterización: Actividad Institucional. El Día Nacional sin Alcohol será tenido como una actividad Institucional ya que la dirección de su realización será responsabilidad de entidades gubernamentales. (...) Actividad Persuasiva. El Día Nacional sin Alcohol será una actividad persuasiva ya que de sus efectos y consecuencias se podrán determinar, afirmar y difundir la importancia de la disciplina social en lo referente al no consumo de alcohol. (...)	Artículo 3°. Caracterización. El Día Nacional sin Alcohol se llevará a cabo con fundamento en la siguiente caracterización: Actividad Institucional. El Día Nacional sin Alcohol será tenido como una actividad Institucional ya que la dirección de su realización será responsabilidad de entidades gubernamentales. (...) Actividad Persuasiva. El Día Nacional sin Alcohol será una actividad persuasiva ya que de sus efectos y consecuencias se podrán determinar, afirmar y difundir la importancia de la disciplina social en lo referente al no consumo <u>excesivo</u> de alcohol. (...)

Texto aprobado plenaria Proyecto de ley número 254 de 2012 Senado, 219 de 2012 Cámara	Pliego de modificaciones
Artículo 5°. Funciones institucionales específicas. Son funciones específicas del Ministerio de Salud y Protección Social, en lo que se refiere a esta ley, las siguientes: a) Definir mediante acto administrativo la fecha exacta de la realización de la actividad para el año respectivo. (...)	Artículo 5°. Funciones institucionales específicas. Son funciones específicas del Ministerio de Salud y Protección Social, en lo que se refiere a esta ley, las siguientes: a) Definir mediante acto administrativo la fecha exacta de la realización de la actividad para el año respectivo. (...)
	Artículo nuevo. Queda prohibido cualquier tipo de publicidad o patrocinio de bebidas alcohólicas, por cualquier medio publicitario, durante la jornada. La Superintendencia de Industria y Comercio ejercerá la inspección, vigilancia y control de dicha actividad.
	Artículo nuevo. Medidas Persuasivas. Los representantes legales de los establecimientos que incumplan las medidas consignadas en la presente ley, deberán asistir a dos (2) sesiones pedagógicas que realizará el Ministerio de Salud y Protección Social con el fin de informar sobre los riesgos y consecuencias del consumo excesivo de alcohol. De ello, se llevará un registro por parte de dicho Ministerio.

9. Proposición

Por las consideraciones plasmadas en la presente ponencia, nos permitimos rendir informe de ponencia favorable para primer debate ante al Comisión Séptima Constitucional Permanente del honorable Senado de la República al Proyecto de ley número 254 de 2012 Senado, 219 de 2012 Cámara, por medio de la cual se institucionaliza el Día Nacional Sin Alcohol y se dictan otras disposiciones, solicitamos a los honorables Senadores proceder a su discusión y aprobación.

De los honorables Senadores,

Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, Guillermo Antonio Santos Marín, Senadores de la República.

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los dos (2) días del mes de octubre año dos mil doce (2012).

En la presente fecha se autoriza la **publicación en la Gaceta del Congreso**, el informe de ponencia para primer debate y texto propuesto para primer debate, en dieciocho (18) folios, al Proyecto

de ley número 254 de 2012 Senado y 219 de 2012 Cámara, *por medio de la cual se institucionaliza el Día Nacional Sin Alcohol y se dictan otras disposiciones*. Autoría del proyecto de ley de la honorable Representante: *Lina María Barrera Rueda*.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

10. Texto propuesto para primer debate al Proyecto de ley número 254 de 2012 Senado, 219 de 2012 Cámara, por medio de la cual se institucionaliza el Día Nacional Sin Alcohol y se dictan otras disposiciones.

PROYECTO DE LEY NÚMERO 254 DE 2012 SENADO, 219 DE 2012 CÁMARA

por medio de la cual se institucionaliza el Día Nacional Sin Alcohol y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia,

DECRETA:

Artículo 1°. *Institucionalización del Día Nacional Sin Alcohol*. Establézcase el Día Nacional Sin Alcohol, como una actividad institucional que procura por el consumo responsable de alcohol, el cual se celebrará desde las 6:00 a. m., del tercer viernes del mes de octubre hasta las 5:59 a. m., del día sábado siguiente, cada año. En ese día se promoverá el no consumo ni expendio de bebidas alcohólicas en todo el territorio nacional.

Artículo 2°. *Definición*. El Día Nacional Sin Alcohol es una celebración de carácter institucional, cívica, voluntaria, concertada, persuasiva y educativa, que se llevará a cabo con el objeto de sensibilizar a la sociedad acerca de la importancia y la posibilidad real de la abstinencia del consumo de alcohol como fuente de salud, convivencia, economía familiar y comportamiento social.

Artículo 3°. *Caracterización*. El Día Nacional Sin Alcohol se llevará a cabo con fundamento en la siguiente caracterización:

Actividad Institucional. El Día Nacional sin Alcohol será tenido como una actividad Institucional ya que la dirección de su realización será responsabilidad de entidades gubernamentales.

Actividad Cívica. El Día Nacional Sin Alcohol será una actividad cívica puesto que convocará para su éxito a toda la población sin excepción, así como a todas aquellas entidades del tejido social que la agrupen.

Actividad Voluntaria. El Día Nacional Sin Alcohol será una actividad voluntaria puesto que la participación de personas y entidades se concretará por decisión propia y libre, sin apremio de sanciones de ninguna naturaleza.

Actividad Concertada. El Día Nacional Sin Alcohol será una actividad concertada ya que para su realización los organismos gubernamentales responsables deberán convocar a los establecimientos de comercio, a los expendedores de licores, a los centros educativos de todos los niveles, a las organizaciones sociales, cívicas, culturales,

gremiales, y a las autoridades de todo orden, con el fin de articular esfuerzos y lograr compromisos definidos de apoyo y participación.

Actividad Persuasiva. El Día Nacional Sin Alcohol será una actividad persuasiva ya que de sus efectos y consecuencias se podrán determinar, afirmar y difundir la importancia de la disciplina social en lo referente al no consumo excesivo de alcohol.

Actividad Educativa. El Día Nacional Sin Alcohol será una actividad educativa porque durante su desarrollo se efectuarán actividades culturales, deportivas, lúdicas y todas aquellas dirigidas a que se cree una cultura sobre la importancia del no consumo excesivo de alcohol y sus efectos positivos en la salud individual y colectiva de la sociedad colombiana.

Artículo 4°. *Responsabilidad institucional. Dirección*. La dirección del Día Nacional Sin Alcohol estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, desde la planeación de la actividad hasta su plena ejecución en el marco de la caracterización establecida en el artículo anterior.

Artículo 5°. *Funciones institucionales específicas*. Son funciones específicas del Ministerio de Salud y Protección Social, en lo que se refiere a esta ley, las siguientes:

a) Crear los mecanismos de concertación necesarios, coordinar su funcionamiento y lograr los consensos máximos para la realización de la actividad;

b) Solicitar a otros entes gubernamentales el apoyo necesario para la realización del evento;

c) Lograr que esta actividad se enmarque dentro de una política pública de salud;

d) Coordinar con el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones y los medios de difusión públicos y privados una amplia campaña de divulgación con el fin de que la participación en el Día Nacional Sin Alcohol sea la mejor posible;

e) Crear una distinción para estimular a la entidad privada que contribuya de manera más eficaz y decidida al éxito de la actividad;

f) Coordinar con las autoridades territoriales, Gobernadores y Alcaldes, las acciones necesarias para una adecuada participación de Departamentos, Distritos y Municipios en esta actividad;

g) Gestionar los recursos presupuestales necesarios para el desarrollo de la actividad;

h) Establecer mecanismos de medición del impacto de la actividad en eventos que considere relacionados con las consecuencias del consumo excesivo de alcohol, tales como: accidentes de tránsito, violencia interpersonal, violencia intrafamiliar, problemas de salud, homicidios, lesiones personales, entre otros, y publicar los resultados.

Artículo 6°. *Facultades*. El Gobierno, en los niveles Nacional, Departamental, Distrital y Mu-

nicipal, queda autorizado para efectuar las apropiaciones presupuestales necesarias y realizar los traslados requeridos para el cumplimiento de la presente ley.

Artículo 7°. *Publicidad.* Queda prohibido cualquier tipo de publicidad o patrocinio de bebidas alcohólicas, por cualquier medio publicitario, durante la jornada.

La Superintendencia de Industria y Comercio ejercerá la inspección, vigilancia y control de dicha actividad.

Artículo 8°. *Medidas persuasivas.* Los representantes legales de los establecimientos que incumplan las medidas consignadas en la presente ley, deberán asistir a dos (2) sesiones pedagógicas que realizará el Ministerio de Salud y Protección Social con el fin de informar sobre los riesgos y consecuencias del consumo excesivo de alcohol. De ello, se llevará un registro por parte de dicho Ministerio.

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

Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, Guillermo Antonio Santos Marín,
Senadores de la República.

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE DEL HONORABLE
SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los dos (2) días del mes de octubre año dos mil doce (2012).

En la presente fecha se autoriza la **publicación en la *Gaceta del Congreso***, el informe de ponencia para primer debate y texto propuesto para primer debate, en dieciocho (18) folios, al Proyecto de ley número 254 de 2012 Senado y 219 de 2011 Cámara, *por medio de la cual se institucionaliza el Día Nacional Sin Alcohol y se dictan otras disposiciones.* Autoría del proyecto de ley de la honorable Representante: *Lina María Barrera Rueda.*

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

COMENTARIOS

COMENTARIOS DE LA FEDERACIÓN COLOMBIANA DE MUNICIPIOS AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 93 DE 2012 SENADO

por la cual se modifica la Ley 1251 del 27 de noviembre 2008, Título II artículo 8° parágrafo 2° y se crean las Defensorías para la Protección Integral del Adulto Mayor.

Bogotá, D. C., 1° de octubre de 2012

D. E. 4071/2012

Doctor

JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA

Secretario General Comisión Séptima

Senado de la República

Bogotá, D. C.

Referencia: Observaciones al Proyecto de ley número 93 de 2012 Senado, *por la cual se modifica la Ley 1251 del 27 de noviembre 2008, Título II artículo 8° parágrafo 2° y se crean las Defensorías para la Protección Integral del Adulto Mayor.*

Respetado doctor España:

Por su medio nos permitimos hacerle llegar a los honorables Miembros de la Comisión Séptima del Senado nuestras observaciones en cuanto al proyecto de ley de la referencia.

La Federación Colombiana de Municipios encuentra de gran importancia el desarrollo de las herramientas normativas y de política pública que permitan una adecuada atención a la tercera edad, toda vez que Colombia, como resultado de los avances en las políticas de salud y bienestar Colombia ha venido aumentando la proporción de esta población dentro de su estructura demográfica. Es así como, mientras en el 2005 el 8,8% de la población tenía más de 60 años, para el 2012 en Colombia el 10%

de la población, es decir, aproximadamente cuatro millones ochocientos mil personas, son mayores de 60 años, de los cuales 46% son hombres y 54% son mujeres. Por tanto, el país requiere un aparato institucional y normativo preparado para la atención de las necesidades características de la tercera edad.

Igualmente nos parece importante destacar que esta, a diferencia de otras iniciativas que realizan su trámite por el Congreso de la República, no entrega una nueva responsabilidad a los municipios, que en este caso es la de crear las defensorías del adulto mayor, sino que la radica en cabeza del Departamento Administrativo de Prosperidad Social. No obstante, consideramos muy grave que una responsabilidad que claramente se asigna al Gobierno Nacional pretenda ser financiada con los recursos del Sistema General de Participaciones. Las entidades territoriales, en el marco de su autonomía, podrían eventualmente participar de esta estrategia incluso aportando recursos. Pero ello debe ocurrir de acuerdo con las prioridades de su plan de desarrollo no desde una imposición legal que una vez más recorte sus recursos.

Por ello, de manera respetuosa, ponemos a consideración de los miembros de la comisión, la siguiente modificación:

Artículo 12. *Recursos.* Para el funcionamiento de la presente ley se considerarán como fuentes de financiación, Presupuesto General de la Nación, ~~Sistema General de Participación~~, Recursos de Cooperación Técnica, parafiscales y bienes que ingresen al ICBF provenientes de personas adultos mayores en pleno ejercicio de sus facultades y de los que emanan a falta de herederos en el cuarto y quinto orden sucesoral y los recursos gestionados en el marco de la responsabilidad empresarial.

Agradecemos su diligencia en el trámite de nuestras observaciones a esta iniciativa.

De usted,

Gilberto Toro Giraldo,
Director Ejecutivo.

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE DEL HONORABLE
SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los dos (2) días del mes de octubre año dos mil doce (2012).

En la presente fecha se autoriza la **publicación en la Gaceta del Congreso**, Observaciones de la Federación Colombiana de Municipios, suscrito por el Director Ejecutivo, doctor Gilberto Toro Giraldo, en dos (2) folios, al Proyecto de ley número 93 de 2012 Senado, *por la cual se modifica la Ley 1251 de 27 de noviembre 2008, Título II artículo 8°. Parágrafo 2° y se crean las Defensorías para la Protección Integral del Adulto Mayor*. Autoría del proyecto de ley de la honorable Senadora: *Liliana María Rendón Roldán*.

El presente concepto se publica en la **Gaceta del Congreso**, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5° del artículo 2° de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

CONTENIDO

Gaceta número 662 - Miércoles, 3 de octubre de 2012
SENADO DE LA REPÚBLICA

Págs.

PONENCIAS

Ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 19 de 2012 Senado, por medio de la cual se fortalece el ejercicio del control ciudadano al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se establecen otras disposiciones.....	1
Ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 108 de 2012 Senado, por medio de la cual la Nación se asocia a la celebración de los cuatrocientos (400) años de fundación del municipio de Gachancipá y se dictan otras disposiciones.....	5
Informe de ponencia para primer debate y texto definitivo al Proyecto de ley número 254 de 2012 Senado, 219 de 2012 Cámara, por medio de la cual se institucionaliza el Día Nacional Sin Alcohol y se dictan otras disposiciones.....	7

COMENTARIOS

Comentarios de la Federación Colombiana de Municipios al Proyecto de ley número 93 de 2012 Senado, por la cual se modifica la Ley 1251 del 27 de noviembre 2008, Título II artículo 8° parágrafo 2° y se crean las Defensorías para la Protección Integral del Adulto Mayor.....	15
--	----