



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

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

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXII - N° 32

Bogotá, D. C., viernes, 8 de febrero de 2013

EDICIÓN DE 32 PÁGINAS

DIRECTORES:

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

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

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

PROYECTOS DE LEY

PROYECTO DE LEY NÚMERO 196 DE 2013 SENADO

por medio de la cual se reglamenta la profesión de Tecnólogo de Atención Prehospitalaria y se dictan otras disposiciones.

Artículo 1°. *Objeto.* La presente ley tiene por objeto regular la profesión de Tecnólogo en Atención Prehospitalaria (Paramédico), perteneciente al área de las Ciencias de la Salud. Con el fin de asegurar que su ejercicio se desarrolle conforme a los postulados de la Organización Mundial de la Salud en sus Sistemas de Atención en Trauma Prehospitalario¹, Sistema General de Seguridad Social en Salud, y a los reglamentos que expidan las autoridades públicas, a los principios éticos, teniendo en cuenta que con ellos contribuye al mejoramiento de la salud individual y colectiva.

Artículo 2°. *Profesionales en Atención Prehospitalaria (Paramédicos)*². Son Profesionales en Atención Prehospitalaria:

*Especialista en Atención Prehospitalaria: También llamado ("ESPECIALISTA PARAMÉDICO")³. Es una persona que brinda según su especialidad atención en emergencias, en desastres o en salud, y que ha cumplido con los requisitos establecidos por las instituciones de educación superior, para ejercer su especialidad.

*Profesional en Atención Prehospitalaria y Desastres: También llamado ("PROFESIONAL PARAMÉDICO")⁴. Es una persona que brinda soporte vital crítico y que ha cumplido con los requisitos establecidos por el Comité Nacional de

Atención Prehospitalaria, en coordinación con los médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud; al igual que los establecidos por las instituciones de educación superior, para ejercer su título Profesional Universitario.

*Tecnólogo en Atención Prehospitalaria: También llamado ("PARAMÉDICO AVANZADO")⁵. Es una persona que brinda soporte vital avanzado y que ha cumplido con los requisitos establecidos por el Comité Nacional de Atención Prehospitalaria, en coordinación con los médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud; al igual que los establecidos por las instituciones de educación superior, para ejercer su título de Tecnólogo Profesional.

*Técnico en Atención Prehospitalaria: También llamado ("AUXILIAR PREHOSPITALARIO")⁶. Es una persona que brinda soporte vital básico y que ha cumplido con los requisitos establecidos por el Comité Nacional de Atención Prehospitalaria, en coordinación con los médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud; al igual que los establecidos por las instituciones de educación para el trabajo, para ejercer su título de Auxiliar Técnico de Atención Prehospitalaria.

*Primer Respondiente en Emergencias: También llamado ("PRIMER RESPONDIENTE")⁷. Es una persona que brinda un primer auxilio y que ha cumplido con los requisitos establecidos por el Comité Nacional de Atención Prehospitalaria, en coordinación con los médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud; al igual que los establecidos por las instituciones de educación informal, para ejercer su título de Primer Respondiente en Emergencias Prehospitalarias.

¹ http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/services/39162_oms_new.pdf

² <http://paramedic.ca/nocp/>

³ <http://www.rhul.ac.uk/research/news/newsarticles/specialistcriticalcareparamedicscouldsavevives.aspx>

⁴ <http://www.csu.edu.au/faculty/science/biomed/staff/profiles/program-leaders/veronica-madigan>

⁵ http://www.nait.ca/program_home_76727.htm

⁶ http://www.alvincollege.edu/emt_ems/default.htm

⁷ <http://www.saludcapital.gov.co/Lists/Anuncion%20principales/DispForm.aspx?ID=423>

Parágrafo. Aplíquese los ciclos propedéuticos en educación, según la Ley 749 de 2002 artículo 12, para que los técnicos y tecnólogos en Atención Prehospitalaria, obtengan el Título de Profesional Universitario en Atención Prehospitalaria.

Artículo 3°. *Definiciones:*

Atención Prehospitalaria⁸: Se define como el conjunto de actividades, procedimientos, recursos, intervenciones y terapéutica prehospitalaria encaminada a prestar atención en salud a aquellas personas que han sufrido una alteración aguda de su integridad física o mental, causada por trauma o enfermedad de cualquier etiología tendiente a preservar la vida y a disminuir las complicaciones y los riesgos de invalidez y muerte, en el sitio de ocurrencia del evento prehospitalario y durante su traslado hasta la admisión en la institución asistencial. Por el ejercicio de la profesión y sus competencias solo puede ser brindada por un Profesional, Tecnólogo o Auxiliar en Atención Prehospitalaria.

Paramédico⁹: Es un profesional de la salud, con título de educación superior en atención prehospitalaria, que cumple con funciones de atención prehospitalaria, miembro de un servicio de atención de emergencias, el cual responde y atiende emergencias en salud y de trauma en el ambiente prehospitalario siguiendo Protocolos Internacionalmente Revisados y Aceptados.

Estrella de la vida¹⁰: Adóptese la estrella de la vida como emblema nacional que identifica los profesionales en atención en prehospitalaria y sus características estarán acorde a la especialidad que desempeña, los cuales estarán reglamentados por el Colegio Profesional Colombiano de Atención Prehospitalaria.

Idoneidad profesional¹¹: Es un profesional idóneo que se desempeña en su quehacer ocupacional y que cuenta con el título correspondiente que lo habilita, para ejercer su actividad profesional.

Competencias propias de la profesión¹²: Es una actuación idónea que emerge en una tarea concreta, en un contexto determinado. Esta actuación se logra con la adquisición y desarrollo de conocimientos, destrezas, habilidades, aptitudes y actitudes de la propia profesión, que se expresan en el ser, saber, el hacer y el saber-hacer.

Ejercicio competente¹³: El Talento Humano en Atención Prehospitalaria, debe ser ubicado de acuerdo a sus competencias correspondientes a sus títulos o certificados expedidos por la respectiva institución de educación superior.

Protocolos de Intervención Prehospitalaria¹⁴: Es un conjunto de procedimientos de intervención prehospitalaria que se le realizan al paciente, previamente escritos y documentados, que tienen la aprobación del coordinador médico del servicio de emergencias médicas regional o del Comité de Atención Prehospitalaria; estos protocolos son revisados, avalados o adoptados nacional o internacionalmente.

Protocolos en Línea (on line)¹⁵: Son los procedimientos de intervención prehospitalaria básica y avanzada, realizada por el Tecnólogo en Atención Prehospitalaria - Paramédico al paciente y que consta de asesoría telefónica o electromagnética de un profesional en medicina o atención prehospitalaria, para guiar el tratamiento de intervención a quienes lo necesitan por enfermedad o trauma.

Protocolos fuera de Línea (off line)¹⁶: Son los procedimientos de intervención prehospitalaria básica y avanzada preestablecidos por escrito en conjunto con la coordinación médica, realizada por el Tecnólogo en Atención Prehospitalaria - Paramédico al paciente y que ocurre cuando hay limitaciones en la asesoría telefónica o electromagnética de un profesional en medicina o atención prehospitalaria, para guiar el tratamiento de intervención a quienes lo necesitan por enfermedad o trauma.

Entrenamiento certificado: Estrategia de formación dirigida a desarrollar competencias específicas, complementarias o adicionales de una profesión u ocupación.

Institución de entrenamiento: Institución reconocida a nivel nacional que dirige formación continua, cursos y programas de educación informal, con el fin de desarrollar, fortalecer, complementar y mantener competencias propias de una ocupación, profesión o especialidad.

Ambulancia de Soporte Vital Básico¹⁷: Vehículo acondicionado con los elementos que permitan administrar cuidados básicos de soporte vital básico, al paciente y trasladarle en condiciones que reduzcan al mínimo el riesgo de muerte o de secuelas derivadas de la lesión propiamente dicha o bien de las condiciones de traslado en sí mismas; tripulada por dos técnicos auxiliares en atención prehospitalaria, que demuestren el curso actualizado de soporte vital básico prehospitalario, avalado por el Colegio Profesional Colombiano de Atención Prehospitalaria.

Soporte Vital Básico Prehospitalario: Se define como la atención no invasiva, reanimación Cardiopulmonar Básica, valoración primaria, manejo ventilatorio básico de la vía aérea, oxigenoterapia, desfibrilación automatizada externa, control de he-

⁸ http://www.acotaph.org/home/archivos/Definicion_de_Atencion_Prehospitalaria.pdf

⁹ <http://es.wikipedia.org/wiki/Paramedico>

¹⁰ http://es.wikipedia.org/wiki/Estrella_de_la_vida

¹¹ <http://www.wordreference.com/definicion/idoneidad>

¹² http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2007/ley_1164_2007.html. Artículo 3°.

¹³ http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2007/ley_1164_2007.html. Artículo 37.

¹⁴ <http://emergency.medicine.dal.ca/ehsprotocols/protocols/toc.cfm>

¹⁵ <http://publications.paho.org/productpho?productid=736&cat=0&page=1>

¹⁶ <http://publications.paho.org/productpho?productid=736&cat=0&page=1>

¹⁷ <http://lafd.org/apparatus/110-ems-resources/291-basic-life-support-ambulance>

morragias, inmovilización, traslado de pacientes y manejo inicial del trauma.

Ambulancia de Soporte Vital Avanzado¹⁸: Vehículo acondicionado con los elementos que permitan administrar cuidados invasivos de soporte vital avanzado, al paciente y trasladarle en condiciones que reduzcan al mínimo el riesgo de muerte o de secuelas derivadas de la lesión propiamente dicha o bien de las condiciones de traslado en sí mismas; tripulada por un técnico en atención prehospitalaria con curso actualizado de soporte vital básico prehospitalario y un tecnólogo en atención prehospitalaria, con curso actualizado de soporte vital y trauma avanzado prehospitalario avalado por el Colegio Profesional Colombiano de Atención Prehospitalaria.

Soporte Vital Avanzado Prehospitalario: Se define como la atención invasiva y no invasiva, reanimación Cardiopulmonar avanzada, valoración primaria y secundaria, manejo ventilatorio básico y avanzado de la vía aérea, oxigenoterapia, desfibrilación automatizada externa, reconocimiento electrocardiográfico, control de hemorragias, inmovilización, traslado de paciente, reposición de volumen y administración de medicamentos.

Ambulancia de Soporte Vital Crítico¹⁹: Vehículo acondicionado con los elementos que permitan administrar cuidados invasivos de soporte vital crítico, al paciente y trasladarle en condiciones que reduzcan al mínimo el riesgo de muerte o de secuelas derivadas de la lesión propiamente dicha o bien de las condiciones de traslado en sí mismas; tripulada por un técnico en atención prehospitalaria, con curso actualizado de soporte vital básico prehospitalario; un tecnólogo en atención prehospitalaria, con curso actualizado de soporte vital avanzado prehospitalario y un Profesional en Atención Prehospitalaria, con curso actualizado de soporte vital crítico prehospitalario o avalado por el Colegio Profesional Colombiano de Atención Prehospitalaria.

Este tipo de ambulancias se encontraron de acuerdo a una extensiva investigación en países como Chile, Australia, Reino Unido y Canadá.

Soporte Vital Crítico Prehospitalario: Se define como la administración de Farmacodinamia avanzada (32 fármacos), monitorización fisiológica avanzada, administración de vías aéreas avanzadas, administración de hemoderivados, secuencia de intubación rápida, prepara paciente para donación de órganos, uso y manejo de ventilador transporte automático, interpretación EKG de 12 derivaciones, análisis e interpretación de laboratorios clínicos, análisis e interpretación de tomas radiológicas, realiza descompresión torácica, infusión intraósea²⁰.

¹⁸ <http://www.ambulance.vic.gov.au/Paramedics/Qualified-Paramedic-Training/Advanced-Life-Support.html>

¹⁹ <http://www.paramedicservices.com/criticalcaretransport.php>

²⁰ <http://www.shoestring-graphics.com/CP2020/medtech/procedures/protocols.html>

Ambulancia Aérea de Soporte Vital Paramédico²¹: Aeronave de ala fija o rotatoria, acondicionada con los elementos que permitan administrar cuidados invasivos de soporte vital crítico y fisiología de vuelo al paciente y trasladarle en condiciones que reduzcan al mínimo el riesgo de muerte o de secuelas derivadas de la lesión propiamente dicha o bien de las condiciones de traslado en sí mismas; tripulada por un técnico en atención prehospitalaria, con curso actualizado de soporte vital básico prehospitalario; un tecnólogo en atención prehospitalaria, con curso actualizado de soporte vital avanzado prehospitalario y un Profesional en Atención Prehospitalaria, con curso actualizado de soporte vital crítico prehospitalario. Todo el talento humano debe tener el curso actualizado de transporte aéreo paramédico avalado por el Colegio Profesional Colombiano de Atención Prehospitalaria.

Soporte Vital Aéreo Prehospitalario: Se define como la administración del trauma, fundamentos de medicina aérea y crítica, seguridad y sobrevivencia, fisiología de vuelo, técnicas avanzadas de administración de la vía aérea, emergencias neurológicas, paciente Cardíaco crítico, paciente respiratorio, exposición a tóxicos, emergencias obstétricas, neonatos, pediátricos, pacientes con quemaduras, pacientes no traumáticos, pacientes con emergencias ambientales.

Ambulancia Fluvial Paramédica²²: Vehículo fluvial o acuático acondicionado con los elementos que permitan administrar cuidados invasivos y no invasivos al paciente y trasladarle en condiciones que reduzcan al mínimo el riesgo de muerte o de secuelas derivadas de la lesión propiamente dicha o bien de las condiciones de traslado en sí mismas; tripulado por un profesional, tecnólogo o auxiliar en atención prehospitalaria, según la complejidad y patología del paciente, con sus respectivos cursos actualizados de soporte vital prehospitalario avalado por el Colegio Profesional Colombiano de Atención Prehospitalaria.

Vehículo comando de incidentes e intervención rápida: Es una unidad de coordinación para el manejo de emergencias y desastres, que es dirigida por un tecnólogo en atención prehospitalaria, para el manejo de la misma.

Parágrafo. Entiéndase como vehículo de atención prehospitalaria cualquier otra forma de traslado de paciente prehospitalario, o escenarios especiales coordinado o tripulado por el Tecnólogo en Atención Prehospitalaria-Paramédico.

Artículo 4°. *Alcance y campo de aplicación.* Se extiende a los eventos de urgencias prehospitalarias cotidianas y a situaciones de emergencias y desastres. Su campo de aplicación, se inicia antes del evento, durante el traslado del paciente o evento y después del evento.

Artículo 5°. *Competencias del ejercicio profesional.* Desde una perspectiva integral, realizará la promoción y prevención en situaciones de urgen-

²¹ <http://www.bcctpc.org/>

²² <http://www.torontoems.ca/main-site/service/marine.html>

cias, emergencias y desastres en la comunidad y en sus diferentes instituciones públicas y privadas; el mantenimiento de la salud, pronóstico e identificación de las emergencias en salud, desarrollo de competencias para el manejo de emergencias traumáticas y no traumáticas en todos los grupos de edad. Gestión de programas de prevención y atención de desastres; competencias científicas, investigativas, administrativas, gerenciales y de docencia en salud relacionados con la especificidad de la profesión.

El Profesional en Atención Prehospitalaria-Paramédico, perteneciente al área de la salud, cuya formación lo faculta para desarrollar tareas de dirección, coordinación, apoyo y asistencia en la prestación del servicio de atención prehospitalaria y en la gestión administrativa y operativa de los establecimientos de emergencias y desastres, conforme se establece en la presente ley, y en los reglamentos que dicte el Gobierno Nacional.

En consecuencia, podrá ejercer como Tecnólogo en Atención Prehospitalaria:

a) Quienes obtengan el título de Tecnólogo en Atención Prehospitalaria o su equivalente, de conformidad con lo previsto en el artículo 14 de la presente ley;

b) Los nacionales o extranjeros que obtengan el título de Tecnólogo en Atención Prehospitalaria o su equivalente, de conformidad con los convenios sobre equivalencia de títulos en los respectivos tratados o convenios.

Artículo 6°. *Actividades del Tecnólogo en Atención Prehospitalaria-Paramédico.* El Tecnólogo en Atención Prehospitalaria-Paramédico, podrá desempeñar las siguientes actividades:

a) Coordinador de los establecimientos de emergencias y desastres de las instituciones que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo y demás instituciones públicas y privadas que deban crear un Comité de Emergencias o de Gestión del Riesgo según la Ley 9ª de 1979, Resolución número 1016 de 1989, la Ley 1164 de 3 de octubre de 2007 y la Ley 1523 de 2012;

b) Coordinador del Comité de Emergencias de instituciones prestadoras de servicios de salud;

c) Coordinador de las unidades de emergencias y desastres, de las entidades públicas o privadas;

e) Coordinador Operativo del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias y servicios de ambulancia privados y domiciliarios;

d) Coordinador de la brigada de emergencia de instituciones públicas o privadas;

e) Coordinador de equipos interdisciplinarios en situaciones de emergencias y desastres;

f) Coordinar y brindar el Soporte Vital Básico y Avanzado Prehospitalario, según el estado del paciente o víctima;

g) Ser Inspector de Seguridad o de Gestión del Riesgo, en las entidades públicas o privadas que lo requieran;

h) Podrá obtener la Licencia en Gestión del Riesgo, previamente matriculado en el Comité Local de Gestión del Riesgo;

i) Dar apoyo, según los protocolos de intervención o bajo la supervisión en línea telefónica del Profesional en Medicina de Emergencias, al desarrollo de las actividades avanzadas del Sistema de Atención Prehospitalaria en las instituciones prestadoras de servicios de salud;

j) Orientar a los entes territoriales que tienen a su cargo las funciones de inspección y vigilancia de los establecimientos que prestan servicios de Atención Prehospitalaria, Emergencias y Desastres, para que desarrollen dichas actividades con personal idóneo que ostente el título de Tecnólogo en Atención Prehospitalaria;

l) Participar en actividades de Promoción, Prevención, Atención y Recuperación de Emergencias y Desastres;

j) Ser docente de educación formal y no formal, en el campo de su especialidad;

k) Coordinar programas de atención de emergencias en hospitales y otras instituciones de salud, realizando acciones de recepción al servicio de urgencias (Triage) traslado a la unidad de trauma y participación en maniobras iniciales de atención de urgencias;

l) Coordinar y participar en programas de atención de emergencias en establecimientos de comercio público y abiertos al público, centros comerciales, sistemas de transporte masivo y esenariarios de concentración masiva de público, realizando acciones de prevención, atención y participación en maniobras iniciales de primeros auxilios atención de urgencias prehospitalarias y gestión del riesgo;

m) Coordinador de la Unidad de Telemedicina en Prevención, atención y rehabilitación en salud, urgencias, emergencias y desastres.

Parágrafo. El Tecnólogo en Atención Prehospitalaria podrá desempeñar cualquiera de las actividades enunciadas en el presente artículo y cualquier otra relacionada con la especificidad de la profesión, de conformidad con la ley.

Artículo 7°. *Competencia en Emergencias, Seguridad o Salud Ocupacional.* Adiciónese al artículo 2° de la Resolución número 2318 de julio 15 de 1996 del Ministerio de Salud, lo siguiente:

e) Tecnólogo en Emergencias o Atención Prehospitalaria, con título obtenido en institución debidamente aprobado por el Instituto Colombiano de Fomento de la Educación Superior (Icfes).

Artículo 8°. *Requisitos para el ejercicio profesional.* Para ejercer la profesión de Atención Prehospitalaria se deberán cumplir los siguientes requisitos:

a) Presentar título de Profesional, Tecnólogo o Técnico en Atención Prehospitalaria, debidamente expedido por una institución de educación superior, de conformidad con la ley;

b) Estar registrado en el Colegio Profesional Colombiano de Atención Prehospitalaria o en la institución que haga sus veces;

c) No estar sancionado por la autoridad pública competente;

d) A partir de la vigencia de la presente ley, la Nación, los departamentos y municipios, así como sus entidades descentralizadas, al aprobar sus respectivas estructuras administrativas, determinarán los cargos que requieren ser ejercidos por Profesionales, Tecnólogos y técnicos en Atención Prehospitalaria (Paramédicos) especificando las funciones.

Artículo 9°. *Colegio Profesional Colombiano de Atención Prehospitalaria.* Créase el Colegio Profesional Colombiano de Atención Prehospitalaria, que estará adscrito al Ministerio de Salud, en materia directamente relacionada con la Atención Prehospitalaria, y que será órgano consultivo del Gobierno Nacional.

El Colegio Profesional Colombiano de Atención Prehospitalaria que se crea en el presente artículo, estará encargado del Registro Nacional de los Profesionales, Tecnólogos y Técnicos en Atención Prehospitalaria, cuya inscripción será requisito indispensable para el ejercicio profesional y tendrá su propia estructura administrativa y operativa.

El Colegio Profesional Colombiano de Atención Prehospitalaria, agremiará a las asociaciones, fundaciones, y sus sociedades científicas en todos los niveles de Atención Prehospitalaria y en las actividades conducentes al estímulo y desarrollo de la profesión y creará sus funciones específicas.

Artículo 10. *Vigilancia y control.* La vigilancia y control del ejercicio de la profesión en Atención Prehospitalaria-Paramédico, le corresponde al Colegio Profesional Colombiano de Atención Prehospitalaria o a quien haga sus veces.

Artículo 11. *Comité Nacional de Atención Prehospitalaria.* Créase el Comité Nacional de Atención Prehospitalaria, que estará adscrito al Ministerio de Salud, en materia directamente relacionada con la Atención Prehospitalaria, y que será órgano consultivo del Gobierno Nacional y tendrá como objetivos:

* Formular políticas gubernamentales relacionadas con el campo de servicios de emergencias en salud prehospitalarias e instituciones relacionadas.

* Crear pautas, perfiles y honorarios para los profesionales en atención prehospitalaria, que realizan contratos de prestación de servicios personales.

* Implementar políticas de salud pública, en coordinación con las instituciones de educación y de salud respectivamente.

* Desarrollar estándares nacionales unificados para la intervención de servicios de emergencias en salud prehospitalarios, incluidas las destrezas, habilidades, educación y conocimiento requerido de los profesionales en atención prehospitalaria.

* Desarrollar los protocolos unificados de intervención prehospitalaria, en consonancia con los nacionales e internacionales vigentes.

* Promulgar el Código de Ética del Profesional Paramédico.

* Desarrollar estándares de operación para los proveedores de servicios de emergencias en salud prehospitalarios y soportar las buenas prácticas, basadas en la evidencia de la práctica diaria del Prehospitalario.

* Crear estándares y protocolos para el diseño, construcción, equipamiento y operaciones de vehículos de emergencias en salud.

* Participar en investigaciones en el medio de atención prehospitalaria, incluyendo tecnología en emergencias, educación, entrenamiento, la formulación de un currículo estándar nacional y la evaluación y procedimientos de examen de los cursos existentes.

Artículo 12. *Miembros del Comité Nacional de Atención Prehospitalaria.* Todas las entidades públicas o privadas relacionadas con el Profesional de Atención Prehospitalaria y los servicios de atención prehospitalaria pueden hacer parte del Comité, el cual estará conformado de la siguiente manera:

Un (1) delegado del Ministerio de la Salud, un (1) delegado del Ministerio de Educación, el delegado del Colegio Profesional Colombiano de Atención Prehospitalaria, un (1) delegado de la Asociación de Profesionales en Atención Prehospitalaria, un (1) delegado de las Asociaciones de Tecnólogos en Atención Prehospitalaria, un (1) delegado de las Asociaciones de Técnicos en Atención Prehospitalaria, un (1) delegado de las Asociaciones de Bomberos, un (1) delegado de la Policía Nacional, un (1) delegado del Ejército, un (1) delegado de la Fuerza Aérea, un (1) delegado de la Armada Nacional, un (1) delegado de la Aeronáutica Civil, un (1) delegado de la Asociación de Rescatistas, un (1) delegado de las Asociaciones de Voluntarios y cualquier otra entidad que el Colegio Colombiano de Atención Prehospitalaria invite al Comité.

Artículo 13. *Ejercicio ilegal.* Ejercen ilegalmente la profesión de Atención Prehospitalaria-Paramédico, las personas que sin estar habilitadas legalmente la ejerzan y quienes estando habilitadas para ejercerlas se asocian con las personas que la ejerzan ilegalmente.

Ninguna persona podrá realizar actividades de atención prehospitalaria, atención en salud prehospitalaria, atención de primeros auxilios prehospitalarios, utilización del título de Paramédico, utilizar símbolos, insignias, uniformes o cualquier otro distintivo exclusivo de los Paramédicos de Colombia o ejercer competencias para las cuales no está autorizado sin el respectivo título educación superior y previamente los requisitos establecidos en la presente ley.

Artículo 14. *Equivalencia de título.* El título de Tecnólogo en Atención Prehospitalaria; equivale a los títulos de Tecnólogo en Atención Prehospitalaria de Urgencias, Emergencias y Desastres; Tecnólogo en Atención Prehospitalaria; Tecnólogo en Emergencias Médicas y Desastres; Tecnólogo en Emergencias Médicas y Tecnólogo Paramédico, expedidos por instituciones de educación superior, debidamente reconocidas en los términos de ley.

Artículo 15. *Servicios de Emergencia Médica o Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias*. Los servicios de emergencia médica o centros reguladores de urgencias y emergencias, que habla el artículo 67 de la Ley 1438 de 2011, que integren la red nacional, departamental, y municipal, deben incluir Profesionales, Tecnólogos y Técnicos en Atención Prehospitalaria (Paramédicos) en sus componentes.

1. Entrenamiento.
2. Comunicaciones
3. Transporte (vehículos de respuesta rápida, ambulancias, otros).
4. Establecimientos.
5. Unidades móviles de cuidado intensivo.
6. Organismos de seguridad pública.
7. Participación de los usuarios.
8. Acceso a la asistencia.
9. Transferencia de pacientes.
10. Registro coordinado de pacientes en referencia y contrarreferencia.
11. Información pública y educación.
12. Evaluación continua.
13. Plan de desastres.
14. Ayuda mutua.
15. Reglamentación y política pública.
16. Protocolos de intervención prehospitalaria.
17. Investigación prehospitalaria.
18. Administración de recursos.
19. Mejoramiento de la calidad total.
20. Prevención de lesiones.
21. Despacho de emergencias médicas (Triage telefónico).
22. Sistema de información para la gestión.
23. Sistema de comunicaciones interno.
24. Información pública.
25. Financiamiento.
26. Legislación.
27. Gestión del riesgo.

Artículo 16. *Creación y coordinación del equipo comunitario de respuesta a Emergencias Paramédicas (ECREP)*. Créase los equipos Comunitarios de Respuesta a Emergencias Paramédicas en cada municipio, localidad o comunidad de la nación, el cual estará coordinado por un Profesional o Tecnólogo en atención prehospitalaria; y estarán supervisados y avalados por una institución colombiana de atención prehospitalaria, que cumpla con las siguientes características:

1. Personería jurídica de más de cinco (5) años de creación.
2. Reconocida a nivel nacional e internacionalmente.
3. Demostrar capacidad logística.
4. Reconocida gestora de procesos administrativos nacionales o internacionales.

Artículo 17. *Inclusión del Paramédico en la Atención Primaria en Salud (APS)*. La APS es la

asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Inclúyase la participación obligatoria del Paramédico (Profesional o Tecnólogo en Atención Prehospitalaria) en el equipo interdisciplinario de salud comunitario realizando funciones de prevención, mitigación, preparación, atención y rehabilitación de salud frente a urgencias, emergencias y desastres.

Artículo 18. *Inspector de Gestión del Riesgo y Certificado de Seguridad*. Los Profesionales o Tecnólogos en Atención Prehospitalaria son competentes para la realización de las labores de inspecciones y revisiones técnicas en prevención del riesgo, emergencias, desastres y seguridad humana en edificaciones públicas, privadas y particularmente en los establecimientos públicos de comercio e industriales, e informarán a la entidad competente el cumplimiento de las normas de seguridad en general. De igual manera, para la realización de eventos masivos y/o pirotécnicos, harán cumplir toda la normatividad vigente en cuanto a la gestión integral del riesgo y calamidades conexas.

Parágrafo. A efectos de garantizar la integridad de la vida de las personas, es responsabilidad de los curadores urbanos o las secretarías de planeación municipales o distritales, verificar el cumplimiento de las normas técnicas de seguridad humana, previo a la expedición de las licencias de construcción, para lo cual podrán contratar a un profesional o tecnólogo en atención prehospitalaria, con experiencia en gestión del riesgo.

Artículo 19. *Servicio Social Obligatorio del Paramédico*. Inclúyase la profesión de Atención Prehospitalaria (Paramedicina), como una profesión con carácter social, mediante el cual el profesional o tecnólogo egresado del programa de educación superior en atención prehospitalaria contribuye a la solución de los problemas de la salud, desde el campo de su competencia profesional, como uno de los requisitos para obtener la autorización del ejercicio.

Artículo 20. *Día del Paramédico*. Establézcase el tercer domingo del mes de junio de cada año, como el Día del Paramédico.

Artículo 21. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación, y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. Justificación de la Atención Prehospitalaria en Colombia

En Colombia los informes epidemiológicos²³ del Ministerio de Salud, muestran en los últimos años que la primera causa de mortalidad y morbilidad corresponde al Grupo III de Lesiones; dentro de los cuales están los homicidios, los accidentes de tránsito y las heridas.

Solamente los homicidios representan el 25% de la carga de la enfermedad en el país, el cual es

²³ http://salud.univalle.edu.co/escuelas/prehospitalaria/index.php?m=programa&accion=visualizar_pregrado&pre_id=26

sustancialmente más elevado que el 3% de toda la región de Latinoamérica.

²⁴En 1990 se calculó la pérdida de 5.5 millones de AVISAS (años de vida saludables), el 57% de ellos por muerte prematura y el 43% por incapacidad. Igualmente el Grupo II: No comunicables (cardiovasculares, respiratorias, neuropsiquiátricas y digestivas) aportan un porcentaje casi tan alto como el del Grupo III a la carga de enfermedad en Colombia.

Las personas que sufren trauma presentan tres momentos críticos como causas de muerte: hay un primer gran grupo que muere inmediatamente como consecuencia de grandes lesiones craneoencefálicas o cardiovasculares, un segundo grupo de personas morirán en la primera hora siguiente al trauma, siendo la intervención en estos momentos decisiva para salvar vidas y en el tercer grupo de personas traumatizadas la muerte puede ocurrir en días o semanas después, generalmente por infecciones o disfunción de sus diversos sistemas.

Muchas de estas muertes se podrían evitar si las acciones en los primeros momentos de emergencia fueran manejadas por personas debidamente formadas en Atención Prehospitalaria (Paramédicos) de acuerdo a nuestra realidad epidemiológica en trauma y emergencias, igualmente muchas lesiones definitivas como pérdida de miembros, lesiones irreparables de columna vertebral y secuelas que incapacitan parcial o totalmente a la persona, pueden también evitarse con acciones iniciales que respondan a un entrenamiento adecuado de quienes actúan y conocen la problemática encontrada en la Atención Prehospitalaria, en vista de lo mencionado anteriormente, un grupo de expertos se reunió en cabeza de la Asociación Colombiana (Acotaph) y encontramos la necesidad de promover el presente proyecto con integrantes de la Comisión Séptima del Senado de la República; para así mejorar el campo de acción de la Atención Prehospitalaria (Paramedicina), la cual se define como el conjunto de actividades, procedimientos, recursos, intervenciones y terapéutica prehospitalaria, encaminadas a prestar atención en salud a aquellas personas que han sufrido una alteración aguda de su integridad física o mental, causada por trauma o enfermedad de cualquier etiología, tendiente a preservar la vida y a disminuir las complicaciones y los riesgos de invalidez y muerte, en el sitio de ocurrencia del evento y durante su traslado hasta la admisión en la institución asistencial; este campo ha sido poco abordado por las instituciones universitarias y servicios de salud en nuestro país.

La incalculable inversión económica que implican las complicaciones hospitalarias en personas que sufren situaciones de emergencia, tanto de tipo médico, como traumático, las secuelas y la pérdida de vidas humanas, pueden ser claramente impactadas si se logra una cultura de la adecuada y oportuna atención prehospitalaria y el desarrollo de verdaderos sistemas de atención a personas en

situaciones de emergencia o desastres, en los que la atención prehospitalaria sea una realidad.

En Colombia existen en el momento 13 Universidades que tienen el programa académico de atención prehospitalaria, las cuales son conscientes de la problemática actual en el país y la región, se considera de vital importancia la formación del recurso humano en salud en el área de atención prehospitalaria, de manera que se pueda contar con personal formado para convertirse en agente de cambio y en factor multiplicador de nuevas formas de enfocar la realidad y sus consecuencias contribuyendo así con alternativas trascendentales para afrontar y contrarrestar las consecuencias de los problemas médicos y por trauma y violencia en el país.

1.1 Justificación de la Atención Prehospitalaria (Paramedicina) en el Mundo

Son múltiples países a nivel mundial que cuentan con los profesionales en atención prehospitalaria-paramédicos.

A lo largo de la evolución del cuidado paramédico, ha habido una asociación constante con los conflictos militares. Uno de los primeros indicios de un proceso formal para la gestión de los heridos se remonta a las legiones imperiales de Roma, donde soldados ya envejecidos, que ya no pueden luchar, se les dio la tarea de organizar la eliminación de los heridos del campo de batalla y proporcionar algún tipo de atención²⁵. Estos individuos, aunque no eran médicos, eran probablemente los primeros cirujanos del mundo por defecto, siendo necesario para suturar heridas y amputaciones completas. Una situación similar existe en las Cruzadas, los Caballeros Hospitalarios de la Orden de San Juan de Jerusalén cumplieron una función similar, esta organización continuó, y se convirtió en lo que hoy es conocido en toda la Mancomunidad Británica de Naciones como la ambulancia de San Juan y como la Orden de Malta Ambulance Corps en la República de Irlanda y en otros países.

La paramedicina continúa creciendo y evolucionando en una profesión formal por derecho propio, completo con sus propias normas y el cuerpo de conocimientos, y en muchos lugares los paramédicos han formado sus propias asociaciones profesionales. Los primeros técnicos con una formación limitada, la realización de un conjunto pequeño y específico de los procedimientos, se ha convertido en una profesión que requiere una titulación universitaria en países como Australia, Sudáfrica y el Reino Unido, y cada vez en Canadá. En muchos lugares, los paramédicos se están convirtiendo en un segundo nivel médico y se le concede el estatus jurídico de los profesionales de salud autorregulados. Esto les obliga a cumplir con las normas establecidas de la educación y la competencia, se ocupa de quejas con respecto a los profesionales individuales y por lo general implican la regulación gubernamental.

En los Estados Unidos, se considera una formación profesional paramédica. Aunque muchas

²⁴ http://salud.univalle.edu.co/escuelas/prehospitalaria/index.php?m=programa&accion=visualizar_pregrado&pre_id=26

²⁵ <http://www5.knowledgres.com/00005479/Paramédico>

universidades acreditadas regionalmente ofrecen programas de paramédicos como título oficial antes de su finalización.

2. Marco Constitucional y Legal

2.1 Fundamento constitucional

La Constitución Nacional establece:

“Artículo 26. Toda persona es libre de escoger profesión u oficio. La ley podrá exigir títulos de idoneidad. Las autoridades competentes inspeccionarán y vigilarán el ejercicio de las profesiones. Las ocupaciones, artes y oficios que no exijan formación académica son de libre ejercicio, salvo aquellas que impliquen un riesgo social.

Las profesiones legalmente reconocidas pueden organizarse en colegios. La estructura interna y el funcionamiento de estos deberán ser democráticos.

La ley podrá asignarles funciones públicas y establecer los debidos controles”.

Igualmente, el artículo 38 superior:

“Artículo 38. Se garantiza el derecho a la libre asociación para el desarrollo de las distintas actividades que las personas realizan en sociedad”.

La Constitución Nacional es contundente al permitir a los particulares asociarse para buscar con otros la realización de un proyecto colectivo libremente concertado, por medio de una estructura reconocida por el Estado, como manifestación específica del derecho fundamental de asociación.

Por otro lado, la Carta autoriza la descentralización por colaboración:

“Artículo 209. La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones.

Las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado. La Administración Pública, en todos sus órdenes, tendrá un control interno que se ejercerá en los términos que señale la ley”.

“Artículo 123. Inciso 3°. La ley determinará el régimen aplicable a los particulares que temporalmente desempeñen funciones públicas y regulará su ejercicio”.

“Artículo 365. Los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado. Es deber del Estado asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional.

Los servicios públicos estarán sometidos al régimen jurídico que fije la ley, podrán ser prestados por el Estado, directa o indirectamente, por comunidades organizadas o por particulares. En todo caso, el Estado mantendrá la regulación, el control y la vigilancia de dichos servicios. (...)”.

2.2 Fundamento legal

Ley 1164 de octubre 3 de 2007 “Ley de Talento Humano en Salud”

Como tal la profesión de Tecnólogo en Atención Prehospitalaria, es legalmente reconocida en

la Ley 1164 de 2007, dicha ley define a los Tecnólogos en Atención Prehospitalaria, como aquellos tecnólogos profesionales que con el correspondiente título de formación profesional, su intervención se realizará en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de todos los habitantes del territorio nacional dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud. También como colaboradores en estudios epidemiológicos y asistenciales en salud.

Se trata de una auténtica profesión titulada, cuyo ejercicio se encuentra condicionado a la posesión del título oficial de Tecnólogo en Atención Prehospitalaria. A su vez en el “artículo 2°” de la misma ley, se habla sobre el ejercicio idóneo de competencias propias de cada profesión u ocupación en salud y la satisfacción y el mejoramiento de la salud de los usuarios de los servicios.

En el artículo 3° de la Ley 1164 de 2007 “de las características inherentes al accionar del Talento Humano en Salud” Literal 2. Las competencias propias de las profesiones y ocupaciones según los títulos o certificados respectivos obtenidos legalmente deben ser respetadas por los prestadores y aseguradores de servicios de salud, incluyendo la individualidad de los procesos de atención.

Igualmente en el artículo 22 de la misma ley “del ejercicio ilegal de las profesiones y ocupaciones del área de la salud” ninguna persona podrá realizar actividades de atención en salud o ejercer competencias para las cuales no está autorizado sin los requisitos establecidos en la presente ley.

La atención prehospitalaria, por ser un ejercicio profesional y por tener unas competencias definidas solo puede ser brindada por un Tecnólogo o Profesional en Atención Prehospitalaria.

2.2 Ley 749 de julio 19 de 2002

Tanto en la Ley 1164 de 2007, se definen las competencias del talento humano en salud, igualmente lo ratifica la Ley 749 de 2002, que menciona que el Tecnólogo tiene responsabilidades de dirección, coordinación y gestión de conformidad con la especificidad del programa universitario.

A. Perfil Profesional del Tecnólogo en Atención Prehospitalaria

– Debe actuar de acuerdo con el contexto sociopolítico, legal, cultural y ético en situaciones relacionadas con la atención en emergencias y desastres, de tal manera que fortalezca la convivencia y el respeto a los Derechos Humanos.

– Debe realizar acciones de promoción, prevención, coordinación e intervención, en el contexto de situaciones de emergencias y desastres, como miembro de equipos interdisciplinarios; mediante:

a) Organización y desarrollo de planes de prevención e intervención en las instituciones de salud, en organizaciones comunitarias y empresariales;

b) Intervención prehospitalaria a personas y grupos con emergencias médicas y traumáticas, desarrollando maniobras de soporte básico y avanzado que eviten mayores riesgos;

c) Participación en la organización de planes de comunicación y en la realización de investigaciones operativas en el área de atención prehospitalaria.

– Participar en programas de formación y capacitación en recursos humano en salud, en el área de atención prehospitalaria.

B. Perfil Ocupacional del Tecnólogo en Atención Prehospitalaria

– Puede desempeñarse como miembro de comandos de intervención de entidades de socorro, como tecnólogo en emergencias de salud, para la atención inicial de personas en emergencias traumáticas y no traumáticas.

– Miembro activo en programas de promoción y prevención de emergencias y desastres en instituciones de salud, educativas, comerciales y empresas.

– Miembro activo en la intervención de emergencias y desastres en instituciones de salud, educativas, comerciales y empresas participando en la realización de acciones de análisis de factores de riesgo, intervención experta a personas en emergencias, canalización de comunicaciones adecuadas, canalización del destino adecuado de las personas optimizando recursos, multiplicación de la cultura de prevención y desarrollo de planes de atención en emergencias de salud.

– Miembro activo en empresas en el cubrimiento de eventos especiales en donde hay concentración masiva de personas, identificando factores de riesgo y realizando intervención en caso de contingencias.

– Tecnólogo en programas de atención de emergencias en hospitales y otras instituciones de salud realizando acciones de recepción al servicio de urgencias (Triage) , traslado a la unidad de trauma y participación en maniobras iniciales de atención de urgencias.

– Miembro activo de equipos de salud ocupacional en instituciones y empresas participando en la realización de acciones de urgencias, intervención experta a personas en emergencias, multiplicación de la cultura de la prevención y diseño de planes de contingencia y atención en emergencias de salud.

– Miembro activo en programas de formación y capacitación del recurso humano en salud en el área de atención prehospitalaria.

C. Relación paramédico-paciente

El Tecnólogo Prehospitalario presta sus servicios al ser humano y a la sociedad. Por tanto, aplicará su profesión a la persona o población que lo necesite sin más limitaciones que las expresamente señaladas por la ley, rehusando la prestación de sus servicios para actos contrarios a la moral y la honestidad profesional.

Se establece relación entre el prehospitalario y el usuario en los siguientes casos:

a) Por solicitud voluntaria de los servicios profesionales;

b) Por atención en casos de urgencia, emergencia o catástrofe;

c) Por solicitud de servicio de terceras personas con el debido consentimiento del segundo;

d) En cumplimiento de un deber emanado de una relación legal o contractual.

El prehospitalario podrá excusar la atención de un caso o interrumpir la prestación del servicio por los siguientes motivos:

a) Cuando no corresponda a su campo de conocimiento o competencia;

b) Cuando el usuario rehúse la intervención del prehospitalario;

c) Cuando el usuario no acepte los costos que implica la intervención del profesional;

d) Por enfermedad o imposibilidad física del prehospitalario para prestar un servicio especial.

El prehospitalario dedicará el tiempo mínimo necesario para hacer una evaluación completa de la persona o situación, indicará los mecanismos complementarios o el concepto de otros profesionales para precisar su valoración y decidir la intervención apropiada. En todo caso, no exigirá exámenes, consultas o pruebas diagnósticas innecesarias, ni someterá a las personas o instituciones a prácticas de evaluación que no se justifiquen o que tengan como objetivo el lucro personal, o que atenten contra el bienestar individual o social o que vayan contra la moral y honestidad profesional debidas.

d. Secreto profesional

Los Tecnólogos Prehospitalarios actuarán con la debida consideración respecto a las necesidades, competencias especiales y obligaciones de sus colegas en atención prehospitalaria y en otras profesiones. Respetarán las prerrogativas y las obligaciones de las instituciones u organizaciones con las cuales otros colegas están asociados.

Guardar el secreto profesional sobre cualquier prescripción o acto que realizare en cumplimiento de sus tareas específicas, así como de los datos o hechos que se les comunicare en razón de su actividad profesional.

E. Ámbito de responsabilidad en el ejercicio

El mantenimiento de altos estándares de competencia será una responsabilidad compartida por todos los prehospitalarios interesados en el bienestar social y en la profesión como un todo. Los prehospitalarios reconocerán los límites de su competencia y las limitaciones de sus técnicas. Solamente prestarán sus servicios y utilizarán técnicas para los cuales se encuentran cualificados. En aquellas áreas en las que todavía no existan estándares reconocidos, los prehospitalarios tomarán las precauciones que sean necesarias para proteger el bienestar de sus clientes. Se mantendrán actualizados en los avances científicos y profesionales relacionados con los servicios que prestan.

F. Comité Nacional de Atención Prehospitalaria

Funciones del comité Nacional de Atención Prehospitalaria:

- a) Dictar su propio reglamento y diseñar su organización interna;
- b) Mantener actualizado el registro de los profesionales a que se refiere la presente ley;
- c) Denunciar ante las autoridades competentes las violaciones comprobadas a las disposiciones legales que reglamentan el ejercicio profesional del prehospitalario y solicitar de las mismas la imposición de las correctivos correspondientes;
- d) Establecer un sistema de tarifas básicas por servicios profesionales, previo consenso con colegios o agrupaciones profesionales y asociaciones, aprobados legalmente;
- e) Promover la actualización, capacitación, investigación y calidad académica de la profesión de prehospitalario;
- f) Cooperar con las asociaciones profesionales y sus sociedades científicas de atención prehospitalaria en las actividades conducentes al estímulo y desarrollo de la profesión;
- g) Definir criterios para establecer estándares en la práctica del ejercicio profesional;
- h) Proponer políticas y disposiciones para la formación, actualización, distribución y empleo del recurso humano en atención prehospitalaria;
- i) Dar lineamientos para el desarrollo de la investigación en atención prehospitalaria, de acuerdo con las necesidades del país;
- j) Analizar las necesidades de profesionales prehospitalarios en la población colombiana y proponer metas de atención a corto, mediano y largo plazo;
- k) Establecer criterios para asegurar condiciones laborales adecuadas, bienestar y seguridad en el ejercicio profesional;
- l) Las demás que le señale la ley.

G. Colegio Profesional Colombiano de Atención Prehospitalaria

La Constitución Política de Colombia reconoce los Colegios Nacionales de Profesionales de la Salud.

Por esta razón presentamos paralelamente este proyecto de ley que se refiere específicamente al reconocimiento del Colegio Profesional Colombiano de Atención Prehospitalaria en particular, con las mismas bases jurídicas, legales, constitucionales.

Los Colegios Profesionales

En ejercicio de los derechos constitucionales de libre asociación, libre ejercicio de la profesión, y gracias a la posibilidad de organizar las profesiones en colegios "artículo 26" los profesionales y tecnólogos en atención prehospitalaria podrán organizar su respectivo colegio, sin importar que su ejercicio sea por cuenta ajena, por cuenta propia, dependiente, cooperado o independiente, en fin todos los Profesionales, Tecnólogos o Técnicos en Atención Prehospitalaria colombianos sin distin-

ción o discriminación alguna serán beneficiarios de la colegiatura. Tal organización deberá ser democrática en su funcionamiento y estructura.

Se consideró entonces que corporaciones con los objetivos de los colegios, requieren que su fundamento esté en principios claros correlativos a los constitucionales de la solidaridad, la unidad, democracia, participación y pluralidad. Estos principios son la base de la estructura de esta corporación y de sus disposiciones, reglamentos, decisiones y demás.

En el contexto de un Estado Social de Derecho es necesario que un ente autónomo y vocero de los profesionales en atención prehospitalaria sea el encargado de coadyuvar como actor social en la vigilancia de la calidad de la enseñanza de la profesión y su correcto ejercicio, con lo cual los prehospitalarios y sus pacientes se verán realmente beneficiados.

Adicionalmente, es importante señalar que la colegiatura es una institución tan necesaria en un Estado Democrático, tanto como otras instituciones igualmente de jerarquía constitucional, por ejemplo, las organizaciones sindicales, las cuales gozan de unos privilegios y garantías constitucionales que le son propias para alcanzar sus objetivos. En este orden de ideas, consideramos que el país y la sociedad van a estar a la vanguardia de las sociedades modernas que hace muchos años y han optado por esta forma de asociación y se está brindando a un colectivo de personas naturales la posibilidad de gozar adecuadamente de un derecho que aparece previsto con nitidez en el texto constitucional adoptado en el año 1991.

Referencias Nacionales e Internacionales

- Asociación Colombiana de Tecnólogos en Atención Prehospitalaria y Desastres.
- Asociación Peruana de Tecnología para Urgencias Médicas y Desastres.
- Asociación Panameña de Licenciados en Urgencias Médicas y Desastres.
- Asociación Nacional de Técnicos en Emergencias Médicas de Estados Unidos.
- Asociación Española de Técnicos Sanitarios.
- Asociación Australiana de Profesionales de Ambulancia.
- Asociación Británica de Paramédicos.
- Asociación Canadiense de Paramédicos.
- Asociación de Paramédicos de San Francisco.
- Universidad del Valle - Programa de Tecnología en Atención Prehospitalaria.
- Universidad de Antioquia - Programa de Tecnología en Atención Prehospitalaria.
- Universidad Tecnológica de Pereira - Programa de Tecnología en Atención Prehospitalaria.
- Universidad San José - Programa de Tecnología en Atención Prehospitalaria.
- Universidad Militar - Programa de Tecnología en Atención Prehospitalaria
- Universidad Autónoma de Manizales - Programa de Tecnología en Atención Prehospitalaria.

- Universidad Santiago de Cali - Programa de Tecnología en Atención Prehospitalaria.
- Universidad Tecnológica de Antioquia - Programa de Tecnología en Atención Prehospitalaria.
- Universidad Adventista - Programa de Tecnología en Atención Prehospitalaria.
- Universidad Ces - Programa de Tecnología en Atención Prehospitalaria.
- Universidad Mariana - Programa de Tecnología en Atención Prehospitalaria.
- Universidad Rafael Núñez - Programa de Tecnología en Atención Prehospitalaria.
- Sena - Programa de Tecnología en Atención Prehospitalaria.

Código de Ética

Se consideran preceptos éticos fundamentales para los miembros de la profesión de atención prehospitalaria los siguientes:

1. Respetar la vida, la dignidad y la libertad de cada ser humano y nunca procurar otro fin que no sea el beneficio de su salud física, psíquica y social.
2. Brindar a la persona todos sus conocimientos para que esta promueva, proteja y recupere su salud y se haga consciente de cómo controlar por sí misma las causas de su malestar o enfermedad y cómo lograr su reinserción social.
3. Ser consciente de sus propios valores éticos, ideológicos, políticos y religiosos, no utilizar su poder para manipular desde un punto de vista afectivo-emocional, económico o sexual.
4. Ofrecer al usuario alternativas de atención, con otros profesionales y personal idóneo en el caso de que no esté en condiciones de ayudarlo dentro de sus conocimientos específicos.
5. Brindar una atención que ofrezca las condiciones de atención sanitaria más beneficiosas para sus usuarios y para la salud del conjunto social sin discriminación de ningún tipo (nacionalidad, edad, condición socioeconómica, raza, sexo, credo, ideología, conflictos laborales, etcétera).
6. Respetar el derecho del usuario a guardar el secreto sobre aquellos datos que le corresponden y ser un fiel custodio, junto con el equipo de salud, de todas las confidencias que se le brindan, y sobre las que no puede decidir sin consultar al paciente.
7. Mantenerse actualizado en los conocimientos que aseguren el mejor grado de competencia en su servicio específico a la sociedad.
8. Desempeñar las funciones y conducirse en las labores de manera que no surjan conflictos de interés y la búsqueda de lucro como motivación determinante en su forma de ejercer la profesión.
9. Ser veraz en todos los momentos de su labor profesional, observando la atención y prudencia necesaria cuando existan razones preeminentes, donde los usuarios, familia y sociedad tomen las decisiones que les competen.
10. Trabajar en equipo y con otros profesionales, en su labor de servicio a la salud de sus usuarios.

11. Desarrollar los procesos de atención integral a los individuos, familias y comunidades, procurando fomentar y preservar la salud de estos.

Presentado por:

Mauricio E. Ospina Gómez,
Senador.

Comisión Séptima Constitucional Permanente.

SENADO DE LA REPÚBLICA

SECRETARÍA GENERAL

Tramitación leyes

Bogotá, D. C., 20 de diciembre de 2012

Señor Presidente:

Con el fin de que se proceda a repartir el Proyecto de ley número 196 de 2013 Senado, *por medio de la cual se reglamenta la profesión de Tecnólogo de Atención Prehospitalaria y se dictan otras disposiciones*, me permito pasar a su Despacho el expediente de la mencionada iniciativa que fue presentada en el día de hoy ante Secretaría General el honorable Senador *Mauricio E. Ospina Gómez*. La materia el de que el mencionado Proyecto de Ley es competencia de la Comisión Sexta Constitucional Permanente, de conformidad con las disposiciones reglamentarias y de ley.

El Secretario General,

Gregorio Eljach Pacheco.

PRESIDENCIA DEL HONORABLE SENADO
DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., 20 de diciembre de 2012

De conformidad con el informe de Secretaría General, dese por repartido el proyecto de ley de la referencia a la Comisión Sexta Constitucional y envíese copia del mismo a la Imprenta Nacional con el fin de que sea publicado en la *Gaceta del Congreso*.

Cumplase.

El Presidente del honorable Senado de la República,

Roy Barreras Montealegre.

El Secretario General del honorable Senado de la República,

Gregorio Eljach Pacheco.

* * *

PROYECTO DE LEY NÚMERO 197 DE 2013 SENADO

por medio de la cual se declara Patrimonio Cultural de la Nación el Carnaval de Riohacha y su Fiesta de los Embarradores y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. Declárase Patrimonio Cultural de la Nación el Carnaval de Riohacha y su Fiesta de los Embarradores, que se celebra, anualmente, en el municipio de Riohacha, La Guajira.

Artículo 2°. La Nación, a través de los Ministerios de Cultura y de Comercio, Industria y Turismo, contribuirá al fomento, promoción, protección, conservación, divulgación, desarrollo y

financiación del Carnaval de Riohacha y su Fiesta de los Embarradores.

Con tal fin, autorícese al Gobierno Nacional para efectuar asignaciones presupuestales, para la ejecución de las siguientes actividades:

a) Elaboración de un monumento conmemorativo a los Iconos Representativos del Carnaval de Riohacha y de su Fiesta de los Embarradores;

b) Construcción de escenarios adecuados para la realización del carnaval y de todo evento callejero de tipo cultural;

c) Construcción y adecuación de escuelas folclóricas que sirvan de apoyo a las expresiones autóctonas de los eventos declarados patrimonio cultural en la presente ley;

d) Inclusión en el Presupuesto General de la Nación de las partidas necesarias para cumplir con lo dispuesto en esta ley.

Artículo 3°. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación.

Jorge Eliécer Ballesteros Bérnier,

Senador de la República.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

– Fundamento Fáctico

El objeto de este proyecto de ley es el de declarar como Patrimonio Cultural de la Nación el Carnaval de Riohacha y su Fiesta de los Embarradores.

El Carnaval de Riohacha existe desde su propia fundación, a mediados del siglo XVI. Se encuentran algunos registros históricos que hablan de sus primeros intentos. El Alférez Nicolás de La Rosa escribió, en el año de 1742, en su libro “La Floresta de la Catedral de Santa Marta”, que la ciudad de Riohacha celebraba sólo dos fiestas que eran la de la Virgen de los Remedios y los Carnavales”.

Las Cumbiambas, creadas por los descendientes africanos, fueron muy populares en la época de la Independencia, eran frecuentes en los campos y en los solares del casco urbano de Riohacha. Es conocida, por todos, la participación del Almirante Padilla en ellas y, en especial, en la Cumbiamba del Ceibo antes de la Batalla de la Laguna Salada en el año de 1820.

La danza más representativa del Carnaval de Riohacha es El Pilón, cuyo nombre aparece en la tradición oral a partir de la mitad del siglo XIX. La canción emblemática de El Pilón, la cual pregona “YO TE QUERÍA Y ERA POR EL PELO TE LO CORTASTE Y YA NO TE QUIERO”, surge en los años de 1880 en las afueras de la ciudad de Riohacha y es trasladada por grupos campesinos al centro de las celebraciones carnestoléndicas, junto con la creciente tradición de Los Embarradores que, desde 1867, viene recorriendo las calles de la ciudad en forma de cuadrillas de hombres embadurnados del cieno de la Laguna Salada o del Riño (desembocadura del Río ranchería).

Los Embarradores tienen su origen en el antiguo comercio marítimo que Riohacha sostenía con el continente de Europa, que era el más próspero de la región. Por los vínculos con la ciudad luz:

París, Francia, diferentes personas de origen riohachero tomaron como tradición algo parecido a lo que en aquella ciudad se denominada “La Toma de la Bastilla”, celebrada durante la revolución la Revolución Francesa los días 14 de julio, con desfiles por las principales avenidas, de dichas comparsas llamaba la atención su peculiar vestuario, que constaba de un disfraz con un capuchón, vestido entero, totalmente untados de barro amarillento por todas las partes del cuerpo, las diferentes familias al llegar nuevamente a la ciudad de Riohacha ubicaron un lugar donde se encontraba un barro de similares características, pero que se distinguía por su color negro aceitoso. Pensando en el impacto psicológico que este disfraz causaría en los habitantes, decidieron incorporarlo en las Fiestas del Carnaval un domingo de quincuagésima, máximo día de las bullangueras celebraciones, por tal motivo reunieron a los trabajadores encargados de cargar y descargar los barcos y se impartieron las instrucciones del caso, señalando precisamente la hora de las cuatro o cinco de la madrugada cuando ya estuviera afuera el lucero molendero, apareciendo en grupos compactos, ya que era peligroso que se aislaran por las reacciones personales que podía acarrear tal disfraz.

Todo se hizo según los planes trazados, y cuando el grupo de los Embarradores llegaron a lo que hoy es la Plaza José Prudencio Padilla, en cuyo lugar se realizaba una alegre y concurrida cumbiamba, el grito de terror de los hombres y mujeres paró la música y las carreras con o sin zapatos fueron unánimes. Cuando todo se tornó peligroso, dada las reacciones de algunos hombres presentes en el lugar, los Embarradores se quitaron la careta y se identificaron con sus nombres y apodos conocidos, esto tranquilizó los ánimos y muchos de los espantados riohacheros reconocieron la originalidad del disfraz, se abrazaban con los amigos embarradores y se sumaron a ellos en el recorrido por las calles, terminando en la playa para sacarse el maloliente barro en las agitadas olas del mar.

Desde ese momento hasta hoy, esta costumbre se ha seguido realizando, y el año anterior cumplió 145 años, a la fecha no sólo se embarran hombres sino también mujeres y niños (con la supervisión de sus padres), acompañado de bandas musicales entonando El Pilón Riohachero, por diferentes partes de la ciudad.

Ya para el siglo XX el Carnaval de Riohacha presenta algunas innovaciones provenientes de la literatura oral caribeña y así se crean los bandos del carnaval, siendo el más famoso y reconocido el Bando de Brito, que como cualquier Rey Momo dicta las normas que deben cumplirse durante los días de carnaval. Esto ocurre en la década del 10 y se consolida, el Bando de Brito, en la década del 30. Entrados los años 50 se da vida a la figura de la Reina Central del Carnaval. Desde entonces la Reina Central lleva la responsabilidad de contagiar y dirigir a sus conciudadanos a participar de manera entusiasta y solidaria durante toda la temporada del carnaval.

El Carnaval de Riohacha, desde la presencia de la Reina Central, se empezó a organizar a través

de una Junta de Ciudadanos elegida y apoyada por la Administración Municipal. Durante la década del 70 el Carnaval padece su más difícil tránsito debido al éxodo de varias familias tradicionales por causa de una ola de violencia generada por el tráfico de estupefacientes en el territorio guajiro. A mediados de la década de los 80 se restablece la Programación habitual hasta altas horas de la noche.

A partir de las elecciones populares de Alcalde, en 1988, se empieza a exigir los Proyectos de Inversión Cultural, en especial a los programas de larga tradición en el municipio. Así se formulan los primeros Proyectos de Apoyo al Carnaval de Riohacha y se promocionan como símbolos de la ciudad a los emblemas de El Pilón, Los Embarradores, la Comparsa de Las Mascaritas y el Bando de Francisco J. Brito.

En este contexto nace la idea de una Fundación para garantizar la organización y el buen nombre del Carnaval de Riohacha, creándose el día 23 de noviembre del año 2003. Desde entonces la Fundación viene desarrollando una Programación de Rescate y Fortalecimiento de las Costumbres y Tradiciones e innovando con nuevas actividades colectivas, entre ellas: Baile del Carnaval del Recuerdo, Foros “El Carnaval de ayer y su deber ser”, Tertulias: “Los Viejos cuentan el Carnaval”, “Los Jóvenes cuentan el Carnaval”. Puestas en Escenas: “Los Carnavales del Mundo” y los procesos investigativos para el rescate de los Disfraces y comparsas “Los Negritos, Las Ánimas, Los Capuchones, Las Mascaritas, Los Macos...entre otros.

En el año de 2007 se eleva a categoría de Bien de Interés Cultural Municipal, mediante Acuerdo Municipal, a la Tradición de Los Embarradores, en sus 140 años de existencia.

– Fundamento Jurídico

Este proyecto de ley está sustentado, entre otras, en las siguientes disposiciones constitucionales:

Artículo 2°, en cuanto señala como fin esencial del Estado, entre otros, el de facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación.

Artículo 7°, ya que dispone que: “El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana”.

Artículo 8°, la cual reza: “Es obligación del Estado y de las personas proteger las riquezas culturales y naturales de la Nación”.

Artículo 44, toda vez que señala como derecho fundamental de los niños, entre otros, la educación y la cultura.

Artículo 67, en cuanto manifiesta que la educación, además de ser un derecho y un servicio público, busca el acceso al conocimiento, a la ciencia, a la técnica, y a los demás bienes y valores de la cultura.

Artículo 70, que establece como deber del Estado el de promover y fomentar el acceso a la cultura de todos los colombianos en igualdad de oportunidades. Además, señala que el “Estado promoverá

la investigación, la ciencia, el desarrollo y la difusión de los valores culturales de la Nación.

Artículo 71, toda vez que obliga a los planes de desarrollo económico y social incluir el fomento a las ciencias y, en general, a la cultura.

Artículo 72, ya que esta disposición es clara y contundente en establecer que “el Patrimonio Cultural de la Nación está bajo la protección del Estado”.

Artículo 95, numeral 8; en cuanto señala como deber de la persona y del ciudadano: “Proteger los recursos culturales y naturales del país y velar por la conservación de un ambiente sano”.

Artículo 311, en cuanto ordena al municipio, como entidad fundamental de la división político-administrativa del Estado, promover el mejoramiento social y cultural de sus habitantes.

La Corte Constitucional, en Sentencia C-818 de 2010, señaló:

“Es menester concluir, por lo tanto, que el Estado colombiano en cumplimiento del mandato contenido en el artículo 7° constitucional tiene el deber de reconocer la diversidad cultural existente en el país y la especificidad de las distintas culturas que conviven en el territorio colombiano, uno de los ámbitos en que se desenvuelve este deber es el normativo y por lo tanto el Congreso, en cumplimiento de los deberes señalados en el artículo séptimo constitucional, puede destacar el carácter especial de cualquiera de las culturas que conviven en el territorio colombiano”.

En virtud de lo anterior, de lo expuesto tanto como fundamento fáctico y jurídico de esta iniciativa, con este proyecto de ley, además de hacerle un merecido reconocimiento al esfuerzo de organizadores, participantes y la comunidad en general del municipio de Riohacha; garantizamos la preservación de dichas fiestas, costumbres y tradiciones, que constituyen riqueza cultural de la Nación.

Por lo expuesto, solicitamos, respetuosamente, a los honorables Senadores y honorables Representantes su concurso y colaboración en el trámite y aprobación de esta iniciativa.

Atentamente,

Jorge Eliécer Ballesteros Bérnier,

Senador de la República.

SENADO DE LA REPÚBLICA

SECRETARÍA GENERAL

Tramitación leyes

Bogotá, D. C., 24 de enero de 2013

Señor Presidente:

Con el fin de que se proceda a repartir el Proyecto de ley número 197 de 2013 Senado, *por la cual se declara Patrimonio Cultural de la Nación el Carnaval de Riohacha y su Fiesta de Los Embarradores y se dictan otras disposiciones*, me permito pasar a su Despacho el expediente de la mencionada iniciativa que fue presentada en el día de hoy ante Secretaría General por el honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bérnier*. La materia de que el mencionado Proyecto de Ley es competencia de la Comisión Segunda Constitucional

Permanente, de conformidad con las disposiciones reglamentarias y de ley.

El Secretario General,

Gregorio Eljach Pacheco.

PRESIDENCIA DEL HONORABLE
SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., 24 de enero de 2013

De conformidad con el informe de Secretaría General, dese por repartido el proyecto de ley de la referencia a la Comisión Segunda Constitucional y envíese copia del mismo a la Imprenta Nacional con el fin de que sea publicado en la *Gaceta del Congreso*.

Cúmplase.

El Presidente del honorable Senado de la República,

Roy Barreras Montealegre.

El Secretario General del honorable Senado de la República,

Gregorio Eljach Pacheco.

* * *

PROYECTO DE LEY NÚMERO 198 DE 2013
SENADO

por medio de la cual, se crea el Sistema Integral de Salud Penitenciaria y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1°. *Objetivo.* El objeto de la presente ley es garantizar los Derechos Fundamentales a la vida, la integridad física y la dignidad humana, mediante la accesibilidad al Derecho a la salud de forma equitativa y con la calidad, de toda la población reclusa del territorio nacional.

Artículo 2°. *Presunción de fundamentalidad del derecho a la salud.* La fundamentalidad del derecho a la salud de toda la población reclusa, se presume, toda vez que por razón de la privación de la libertad, no se requiere probar conexidad entre la salud y la vida para reconocer el carácter fundamental del derecho a la salud.

Artículo 3°. *Obligación del Estado de constituir un Sistema de Seguridad Social en salud.* Es obligación del Estado constituir un Sistema de Seguridad Social en Salud, el cual sea propio de la población reclusa, que brinde Atención Integral en salud, con las garantías del Sistema de Gestión de Calidad.

Parágrafo. El Estado no puede oponer el argumento de falta de presupuesto para la construcción de un Sistema de Seguridad Social en Salud propio de la población reclusa, toda vez que el Estado tiene la ineludible obligación de garantizar plenamente el Derecho a la salud de esta población.

Artículo 4°. *Deberes del Estado.* En la búsqueda de la garantía y el respeto del Derecho a la salud de la población reclusa el Estado cumplirá con los siguientes deberes:

Igualdad: El recluso que desea usar cualquiera de los bienes y servicios relacionados con la atención a la salud, debe tener la posibilidad de hacerlo en igualdad de condiciones respecto a los demás reclusos y dentro de las mayores facilidades posibles.

Artículo 5°. *Principios.* La garantía plena del derecho a la salud de la población reclusa a cargo del Inpec se regirá por los siguientes principios:

Principio de Universalidad. El Derecho a la salud cubija a toda la población reclusa a cargo del Inpec en el territorio de la República de Colombia.

Principio de Gratuidad. El Estado garantizará el Derecho a la salud de manera efectiva y gratuita a toda la población reclusa a cargo del Inpec.

Principio de Respeto a la Dignidad Humana. El Estado garantizará el respeto a la Dignidad Humana de la población reclusa a cargo del Inpec, así como a las garantías constitucionales y a los Derechos Humanos universalmente reconocidos.

Principio de Equidad. Toda la población reclusa tendrá Derecho a la garantía y goce efectivo del Derecho a la salud en igualdad de condiciones y sin discriminación por su condición económica, cultural, de raza, orientación sexual o credo.

Principio de Calidad. Es el conjunto de características de los bienes, servicios y condiciones que contribuyen a la vida sana y a la atención integral.

Principio de Accesibilidad. El Estado garantizará a toda la población reclusa el acceso a los servicios de salud sin barreras físicas, geográficas, culturales, administrativas, de información, económicas o financieras.

Principio de Eficiencia. Es la mejor utilización social de los recursos destinados a la población reclusa, para cubrir las necesidades de salud individual y colectiva, en forma adecuada, oportuna, suficiente y sin fines de lucro.

Principio de Gestión y Transparencia. Los recursos de la salud son públicos, en consecuencia, serán manejados por el Estado con la mayor pulcritud y transparencia; la gestión en las instituciones de salud estará en manos idóneas y responsables.

Principio de Intervención mínima. El Estado garantizará que los Derechos y las garantías de los internos sólo podrán ser limitados o restringidos en la medida en que lo autoricen la Constitución, los tratados internacionales, las leyes y los reglamentos.

Artículo 6°. *Ámbito de aplicación.* Las disposiciones de esta ley serán aplicables a la población reclusa a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario que se encuentra en establecimiento de reclusión, en prisión y detención domiciliaria o bajo un sistema de vigilancia electrónica.

Parágrafo. La población reclusa a la que se refiere este artículo se define como las personas privadas a cargo directamente del Instituto Nacional Penitenciario (Inpec) o en los establecimientos adscritos.

TÍTULO II
SISTEMA INTEGRAL DE SALUD
PENITENCIARIA

Artículo 7°. Créase y organícese el Sistema General de Seguridad Social en Salud propio de la población reclusa denominado Sistema Integral de Salud Penitenciario y Carcelario (SISPC).

Artículo 8°. *Objetivo.* El objetivo del Sistema Integral de Salud Penitenciaria (SISPC) es permitir a la población reclusa el goce de calidad de vida, mediante la implementación de prácticas y políticas de atención en salud durante la permanencia del recluso en el sistema penitenciario, asegurando el desarrollo de un ambiente saludable que contribuya a minimizar la incidencia negativa de las enfermedades y asegurar el bienestar físico, psicológico y psiquiátrico.

Artículo 9°. *Coordinación.* El Sistema Integral de Salud Penitenciaria (SISPC) estará a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario en coordinación con la Unidad de Servicios Penitenciarios (USP), los Ministerios de Hacienda y Crédito Público, Justicia y Derecho, Salud y Protección Social y Departamento Nacional de Planeación.

Artículo 10. *Políticas.* El Gobierno Nacional organizará en coordinación con el Inpec y la Unidad de Servicios Penitenciarios (USP), dirigirá y reglamentará políticas que garanticen el Derecho a la salud de la población reclusa, que deberán ser ejecutadas por el Sistema Integral de Salud Penitenciaria (SISPC).

Parágrafo. La Administración de la Salud Pública debe estar estrechamente vinculada a los servicios de salud administrados en los establecimientos Carcelarios y Penitenciarios

Artículo 11. *Implementación.* Para una efectiva implementación del Sistema Integral de Salud Penitenciaria (SISPC), el Ministerio de Justicia y Derecho deberá crear una base de datos actualizada del número de reclusos debidamente identificados, con su perfil epidemiológico actual que deberá ser integrada al Sistema Integral de Salud Penitenciaria (SISPC).

Artículo 12. *Afiliación al Sistema Integral de Salud Penitenciaria (SISPC).* El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social deberá reglamentar la forma en que deberá ser afiliada la población reclusa a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (Inpec) que se encuentra en establecimiento de reclusión, en prisión y detención domiciliaria o bajo un sistema de vigilancia electrónica y de la población reclusa.

Parágrafo. Cada persona que pertenezca e ingrese a la población reclusa del territorio nacional de forma obligatoria, deberá estar y ser afiliada al Sistema Integral de Salud Penitenciaria y Carcelaria (SISPC) de acuerdo a los parámetros que dicte el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 13. *Financiamiento del Sistema Integral de Salud Penitenciaria (SISPC).* La financiación del Sistema Integral de Salud Penitenciaria (SISPC) se garantizará con los recursos apropiados en el Presupuesto General de la Nación para

el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (Inpec), con destino a la atención en salud de la población reclusa.

Parágrafo. Los recursos deberán cubrir la afiliación y la prestación del servicio de salud del Sistema Integral de Salud Penitenciaria (SISPC).

Artículo 14. *Inspección, vigilancia y control.* Con el fin de garantizar el derecho a la salud de la población reclusa, sobre el Sistema Integral de Salud Penitenciaria (SISPC) se hará inspección, vigilancia y control, por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, la Superintendencia Financiera, las Secretarías de Salud, las Contralorías Nacional y territoriales, la Procuraduría, la Defensoría del Pueblo, las Personerías, las Comisiones de Derechos Humanos del Congreso de la República, los Tribunales de Ética Profesional, las asociaciones de ciudadanos o agrupaciones sociales o de profesionales y trabajadores del sector salud.

TÍTULO III
ÁREA DE SANIDAD

Artículo 15. Área de Sanidad. El Sistema Integral de Salud Penitenciaria (SISPC) en cada establecimiento de reclusión instaurará un Área de Sanidad para garantizar el acceso al derecho de la salud de la población reclusa. Para lo cual contará con Áreas de sanidad que presten servicios de salud de primer y de segundo nivel de acuerdo a la población y complejidad de los centros de reclusión. De igual forma, en el evento que lo necesite. El Sistema Integral de Salud Penitenciaria (SISPC), implementará el uso de la telemedicina como método facilitador para la consulta externa de los internos de los diferentes Centros Penitenciarios y Carcelarios del país.

Parágrafo. *Implementación de la telemedicina.* Para lo cual el Sistema Integral de Salud Penitenciaria (SISPC), contratará con la EPS del régimen contributivo que tenga la mayor experiencia en el tema.

Artículo 16. El Área de Sanidad deberá cumplir las siguientes funciones:

1. Examinar el estado de salud, de cada recluso al ingreso y retiro del establecimiento carcelario para:

a) Determinar la existencia de enfermedades físicas o mentales y en tal caso establecer las medidas necesarias;

b) Prever las deficiencias físicas y mentales que sean obstáculo para la readaptación del recluso;

c) Determinar la capacidad física de cada recluso para el trabajo;

d) También se examinará el estado de salud de los reclusos a quienes se les decreta su libertad.

2. Bajo la coordinación del Sistema Integral de Salud Penitenciaria (SISPC) adelantar campañas de vacunación, desinfección, fumigación, prevención e higiene, supervisar la dieta alimentaria en su cantidad, calidad y preparación y las condiciones de higiene laboral y ambiental.

3. En compañía del personal del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (Inpec) generar,

coordinar y supervisar un archivo digitalizado informático de las historias clínicas médicas de todos los internos de su respectivo establecimiento de reclusión.

Artículo 17. *Políticas del Área de Sanidad.* El accionar del personal del cual se integre cada Área de Sanidad deberá basarse en las siguientes políticas.

1. La población reclusa tiene el mismo derecho a la asistencia en salud como todas las demás.

2. El personal técnico, asistencial y científico que preste el servicio de atención en salud, debe tratar al recluso como paciente conforme a la dignidad de la persona, sin excepciones.

3. Los médicos o personal paramédico, no podrá indagar acerca de la pena que originó el encarcelamiento del interno o interna, salvo los Psicólogos quienes dependiendo su labor clínica podrán indagar sobre estos asuntos a los internos para cumplir con los fines terapéuticos.

4. El personal de salud debe tener la misma independencia profesional de la que gozan sus colegas que trabajan en la comunidad.

Artículo 18. *Composición del Área de Sanidad.* Para la prestación del servicio de salud el Área de Sanidad será conformada de la siguiente manera:

1. De una dependencia para consultorios adecuada para consulta médica y sitio de dispensación de medicamentos en condiciones de higiene y salubridad.

2. De una enfermería, la cual contará con las suficientes camas necesarias, provista del material clínico, instrumental adecuado y productos farmacéuticos básicos para curas de urgencia y de tratamiento ambulatorio.

3. De un anexo psiquiátrico. Una dependencia reservada para observación psiquiátrica y para la atención de reclusos toxicómanos.

4. De una unidad para reclusos con enfermedades contagiosas.

5. De una sección de odontología.

6. En las Área de Sanidad de Segundo Nivel habrá laboratorio, unidades de radiología y unidades quirúrgicas.

Artículo 19. *Personal del Área de Sanidad.* Cada área de sanidad dispondrá al menos de:

1. Un(a) médico (a) general calificado con conocimientos psiquiátricos.

2. Un(a) odontólogo (a).

3. Un(a) enfermero (a).

4. Un (a) terapeutas ocupacionales respiratorias y personal auxiliar adecuado.

Parágrafo 1°. El recurso humano en salud se establecerá según las condiciones de infraestructura de los establecimientos penitenciarios y diferentes números de internos.

Parágrafo 2°. En coordinación del Sistema Integral de Salud Penitenciaria (SISPC) el personal médico promoverá la educación, prevención y promoción de la salud.

Artículo 20. *Unidad Penitenciaria de Urgencias.* En el caso que se requiera del traslado a una Unidad Penitenciaria de Urgencias, este se debe realizar de manera inmediata y con las medidas de seguridad necesarias, previo concepto del médico del área de salud y de ser necesaria la atención hospitalaria, se contratará bajo los parámetros de ley establecidos, con una EPS de régimen contributivo que haga presencia a nivel nacional, la cual tenga la infraestructura propia para incluir en sus hospitales una Unidad Penitenciaria de Urgencias, que prestará el servicio de salud de tercer nivel. Estas unidades médicas estarán adaptadas para la atención especializada de los reclusos y de la misma manera garantizarán las medidas de seguridad necesarias.

Parágrafo 1°. El Sistema Integral de Salud Penitenciaria (SISPC), manejará el servicio de urgencias con base en los protocolos de atención, aprobados por el Ministerio de Salud y no podrá establecer otra forma de atención al paciente interno.

Artículo 21. *Establecimientos de Reclusión para Mujeres.* En los establecimientos de reclusión para mujeres existirá también el Área de Sanidad que adicionalmente tendrá una instalación especial para el tratamiento de internas embarazadas, habrá un trato preferencial para las que mediante intervención quirúrgica, acaban de dar a luz y de las convalcientes, el mismo procedimiento se efectuará para las mujeres que hayan tenido aborto o nacimiento de niños prematuros. Si la vida de la madre y el hijo estuvieren en riesgo, el Área de Sanidad, tomará las medidas para que el parto se atienda en una Unidad Clínica o Centro de Atención Médica diferente al de la Penitenciaría.

Parágrafo 1°. Cuando una reclusa esté embarazada, previa certificación médica, o cuando se pueda inferir a simple vista el estado de gravidez, el Director del establecimiento, tramitará con urgencia la solicitud de suspensión de la detención preventiva o de la pena ante el funcionario Judicial competente, de conformidad con lo previsto en el Código de Procedimiento Penal.

Parágrafo 2°. *Guarderías infantiles.* Estas serán instalaciones para los niños de las internas en establecimientos penitenciarios, su existencia y atención es obligatoria dentro del Sistema Integral de Salud Penitenciaria y su funcionamiento estará dirigido por el Instituto de Bienestar Familiar o la entidad de protección de la infancia que determine la ley.

Artículo 22. *Enfermedad Contagiosa o Terminal.* Si un recluso contrae enfermedad contagiosa o se le diagnostica enfermedad terminal, el Director del establecimiento, previo concepto del Área de Sanidad y de Traslados, determinará si es procedente el traslado a una Unidad Penitenciaria de Urgencias o la medida adecuada de acuerdo con el Código de Procedimiento Penal. Para este efecto, propondrá al Funcionario Judicial la libertad provisional o la suspensión de la detención preventiva. Si el funcionario Judicial aprueba dicha solicitud se comunicará de inmediato la novedad a

la Dirección General del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario.

El Director del establecimiento de reclusión queda autorizado, previo concepto del Área de Sanidad, a ordenar el traslado del recluso a la Unidad Penitenciaria de Urgencias en los casos de enfermedad grave o intervención quirúrgica, bajo las medidas de seguridad que cada caso amerite.

Parágrafo. El traslado a Unidad Penitenciaria de Urgencias en los anteriores casos, sólo procederá cuando no fuere posible atender al interno en alguno... del Área de Sanidad.

Artículo 23. *Casos de patología mental.* Si un recluso presentare signos de patología mental y el médico del Área de Sanidad dictamina que el recluso padece enfermedad mental, el director del respectivo centro, pedirá el concepto médico legal, el cual si es afirmativo, procederá a solicitar su ingreso a un establecimiento psiquiátrico, clínica adecuada, casa de estudio o de trabajo, según el caso, dando aviso al Juez de Ejecución de Penas y Medidas de Seguridad.

TÍTULO IV

OTRAS DISPOSICIONES

Artículo 24. *Nacimientos y defunciones.* El Director del Establecimiento de Reclusión informará a las autoridades competentes y al Inpec, los nacimientos y defunciones que ocurran dentro de los mismos. Igualmente, informará a los parientes que figuren en el registro del interno. De ninguna manera en el registro de nacimiento figurará el lugar donde tuvo ocasión el mismo.

Parágrafo. La certificación de defunción se hará conforme a la ley, previo dictamen de Medicina Legal, quien deberá tener un informe de la situación acaecida. Para el efecto de defunciones el Establecimiento Penitenciario deberá contar con una morgue para depositar los restos mortales, mientras el cadáver es reclamado por los familiares del interno fallecido y evitar la contaminación del establecimiento carcelario.

Prohibición. En caso de muerte, el cadáver será entregado a los familiares del interno que lo reclame. De ninguna manera el establecimiento carcelario podrá realizar cremaciones, o sepultar cadáveres de internos no reclamados, estos deberán ser puestos a órdenes de Medicina legal. La inobservancia de esta prohibición, hará incurrir a quien lo practique en sanciones impuestas por el Ordenamiento Penal Colombiano.

Parágrafo. Se hará un inventario de las pertenencias dejadas por el difunto y se procederá a liquidar su saldo de la Caja Especial, todo lo cual se entregará, en caso de ser de escaso valor, a los parientes que sumariamente demuestren tal calidad. Cuando los objetos o sumas de dinero sean de apreciable valor, se entregarán a quienes indique la autoridad competente.

Artículo 25. *Vigencia y derogatorias.* La presente ley regirá a partir de la fecha de su promulgación y deroga los Decretos números 1141 de 2009 y 2777 de 2010, los artículos 104, 105, 106, 107,

108, 106 de la Ley 65 de 1993 y así como todas aquellas disposiciones que le sean contrarias.

Édgar Espíndola Niño,

Senador de la República.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Introducción

Las prisiones. Se le designa a las establecimientos que alojan a aquellas personas que han sido condenadas a una pena privativa de la libertad por la justicia por cometer delitos o infringir la ley. Infortunadamente, las prisiones son un mal necesario y será difícil erradicarlo ya que siempre habrá penas de prisión, es por eso que durante mucho tiempo se seguirá con este mal.

Los constantes y fuertes cambios de la Estructura Social Colombiana, constituirán, ineludiblemente transformaciones en la idea y el entorno sociológico de la delincuencia; también se verán afectadas de cambio las sanciones encaminadas a la prevención y castigo del delito. Es por eso, que difícilmente se puede suponer un momento en el cual la pena de privación de libertad, implantada en el ordenamiento penal colombiano, pueda ser suplida por otra de distinta naturaleza que sea capaz de evitar los males congénitos a la reclusión, y que logre servir en la misma o en mejor medida a las necesidades requeridas para la salvaguardia social.

De tal manera, se puede entender que las penas o medidas privativas de la libertad son una protección especial para la sociedad, convertida está en reeducación y resocialización social de los condenados. Igualmente, esta protección especial procura que los condenados no sean eliminados de la sociedad, sino que sean personas que aún hacen parte de ella como miembros activos, aunque sometidos a un particular régimen ocasionado por un comportamiento delictivo, pero preparándolos para su regreso a la libertad en las mismas condiciones o mejores en las que ingresaron al régimen.

En palabras más claras, el particular régimen del cual se hace referencia, es el sistema penitenciario y para que sea exitoso el proceso de reeducación y resocialización de las personas que hacen parte de este, todas las condiciones de vida que brinde el sistema penitenciario deben ser excelentes, lo cual en Colombia no sucede y por tal motivo el proceso de reeducación y resocialización social no es tan exitoso como se espera.

El principal problema del sistema penitenciario colombiano son sus establecimientos de reclusión, ya que la realidad de estos muestra una cantidad casi ilimitada de factores que inciden de manera negativa en el proceso de reeducación y de resocialización social e igualmente afectan la calidad de vida de las personas pertenecientes al sistema penitenciario perdiéndose así el verdadero objetivo de las penas y medidas privativas de la libertad.

Los establecimientos de reclusión del sistema penitenciario colombiano, muestran condiciones de sobrepoblación y hacinamiento que en la actualidad se está haciendo difícil de controlar, situación que facilita el desarrollo de enfermedades infecto-

contagiosas y muchas otras más. Conjuntamente, la presencia de hechos de violencia, adicciones a drogas narcóticas y riesgos de enfermedades de transmisión sexual y otras desafortunadas enfermedades se constituyen en elementos intrínsecos de la vida en prisión, estableciendo así, una clara violación a los derechos fundamentales de la vida, la integridad física, la dignidad humana y principalmente el derecho a la salud.

En términos generales, los establecimientos de reclusión en Colombia presentan una serie de ambientes particulares que inciden negativamente en la salud de los reclusos, y que a pesar del esfuerzo del Estado por garantizar el derecho a la salud de la población reclusa, en la actualidad tal esfuerzo está siendo inútil y la no accesibilidad a la salud de dicha población está siendo más evidente. Es por eso, que existe una clara necesidad de crear un Sistema de Seguridad Social en Salud el cual sea propio de la población reclusa, debido a que el sistema penitenciario no tiene la suficiente capacidad de garantizar el derecho a la salud.

Contexto

La mayoría de la población reclusa colombiana proviene de áreas marginales del país, cuyas condiciones se caracterizan por una cultura identificada por la pobreza, el desempleo, la violencia, las adicciones a las drogas y la inasistencia sanitaria. Y así lo ha manifestado la Organización de las Naciones Unidas, que describe las características sociodemográficas de la población reclusa resaltando que pertenece a los grupos más vulnerables de la sociedad, proveniente de zonas desfavorecidas, malamente atendidos por los servicios básicos y que ingresan a los establecimientos de reclusión con problemas de salud.

Es así, como el sistema de detención opera como un círculo vicioso para la población reclusa, ya que en tanto aquellas personas que ingresan a dicha población queda marginada nuevamente ya que las condiciones de los establecimientos carcelarios y penitenciarios es demasiado mala por problemas que ya se han mencionado, como sobrepoblación, alimentación y atención sanitaria inadecuada, violencia y total falta de garantía al derecho a la salud.

Son muchos los problemas de los establecimientos carcelarios y penitenciarios del país pero el peor de ellos es la falta de garantía al derecho de la salud de la población carcelaria y organismos como la Defensoría del Pueblo sobre la situación de salud de la población reclusa, la ha detallado como mala o regular; la Procuraduría General de la Nación expresa las deficiencias en la prestación del servicio de salud, especialmente para mujeres e hijos convivientes. Otros destacan la inexistencia de programas especiales para el control de epidemias y las deficiencias en la atención de urgencias. (Hernández & Mejía, 2010).

Actualmente, el servicio de salud que se presta a la población reclusa es deficiente, en lo que va del año, más de mil reclusos han tenido que presentar tutelas reclamando su derecho a la salud el cual el Estado ha venido prestando por medio

de la EPS Caprecom. Hay graves problemas de atención médica en casi todos los establecimientos carcelarios y penitenciarios del país, principalmente por la falta de médicos y escasez de medicamentos.

Cárceles como la de Acacías, en la que hay más de dos mil internos, es una de las que más dificultades tiene. No tiene medicamentos, les deben los sueldos a los médicos y no hay una IPS que atienda a los internos. En la de Ipiales, con 478 internos, solo se atienden las urgencias, mientras que en la de Calarcá, con más de mil internos, no hay médicos por las tardes ni los fines de semana. En los penales de Buga y Villavicencio, los médicos que atendían a más de dos mil presos renunciaron por falta de pago. (Medellín, 2012).

Adicionalmente, la falta de médicos, medicamentos y falta de cumplimiento de la EPS contratada por el Estado para los servicios de salud de la población reclusa hay que agregar el hacinamiento de los establecimientos carcelarios y penitenciarios.

En Colombia, para los años de 2005 a 2009 contó con un hacinamiento en un rango entre 14,5% (2006) y 38,9% (2009). El dato más alto de hacinamiento de Colombia, de 1990 a la fecha se situó en el 41,3% (mayo 30 de 2010). A marzo de 2011, el hacinamiento se sitúa en el 22,9%. (Londoño, Diego Restrepo, 2011).

Las tasas actuales de hacinamiento no parecen amenazar en el corto plazo al Sistema Penitenciario y Carcelario colombiano, sin embargo, los datos muestran que la tasa de crecimiento anual de la población reclusa desde el 2006 hasta el 2010 (años durante los cuales el crecimiento ha sido prácticamente lineal), ha sido del 10,2% anual en promedio. Este crecimiento tan elevado y constante hace prever un posible colapso del sistema si no se toman medidas y correctivos a tiempo. (Londoño, Diego Restrepo, 2011).

De tal manera, que si la tasa de crecimiento de la población reclusa mantiene su misma dinámica histórica reciente (10,2% anual desde 2006), su año más crítico será el 2013 con un hacinamiento proyectado de 54%, la más alta de los últimos 23 años. El resultado final del esfuerzo gubernamental, servirá, si acaso, para culminar el período de gobierno con una tasa de hacinamiento de 27%, muy similar a aquella con la que el gobierno inició (29,4%, a agosto de 2010). (Londoño, Diego Restrepo, 2011).

Es por eso, que se debe crear un entorno saludable en los establecimientos carcelarios y penitenciarios del país como una necesidad para la población reclusa y como una verdadera garantía del derecho a la salud. Por tal motivo, al ver que el Gobierno Nacional no ha sido capaz de garantizar plenamente el derecho a la salud de la población reclusa, siendo su obligación este Congreso de la República debe a través de su ejercicio legislativo proponer una solución que garantice el derecho a la salud de dicha población que es lo que buscará este proyecto de ley.

Importancia de la salud penitenciaria internacionalmente

Son varias las normas internacionales que definen la calidad de la atención médica que se debe proporcionar a los presos. En primer lugar, la norma contenida en el artículo 12 de la Organización Internacional Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Naciones Unidas, 1966) establece:

“El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

Esto se aplica a todos los seres humanos igual que a los presos. Los que están presos conservan su derecho a la salud, tanto física como mental, y conservan su derecho a un nivel de cuidado de la salud que sea al menos equivalente a la prevista en la comunidad en general.

Los Principios Básicos para el Tratamiento de los Reclusos indican el derecho que tienen los presos a gozar del más alto nivel posible de salud.

“Los reclusos tendrán acceso a los servicios de salud disponibles en el país, sin discriminación por razón de su situación jurídica”.

En otras palabras, el hecho de que las personas están en prisión no significa que se les debe comprimir cualquier derecho y mucho menos el de la salud. Más bien, es lo contrario, cuando un Estado priva a las personas de su libertad, asume la responsabilidad de cuidar de su salud, tanto en términos de las condiciones en que se les prive de libertad y del tratamiento individual que puede ser necesario.

Los sistemas penitenciarios tienen la responsabilidad no solo de suministrar los servicios de salud, sino también de establecer las condiciones que promuevan el bienestar de los presos y el personal penitenciario. Es así, que los presos deben no salir de la cárcel en una condición peor que cuando entraron.

La falta de recursos es un argumento a veces adelantado por algunos Estados para no proporcionar los de servicios de salud adecuados a los presos. Pero, en el 11º informe general sobre sus actividades (Consejo de Europa, 2001), el Comité Europeo subrayó las obligaciones de los gobiernos estatales de tener a los presos, incluso en tiempos de dificultades económicas (*Organization, 2007*).

El comité europeo para la prevención de la tortura es consciente de que en épocas de dificultades económicas... sacrificios se tienen que hacer, incluso en los establecimientos penitenciarios. Sin embargo, independientemente de las dificultades que enfrentan en un momento dado, el acto de privar a una persona de su libertad siempre conlleva un deber de cuidado que exige métodos eficaces de prevención, detección y tratamiento.

El cumplimiento de este deber de las autoridades públicas es tanto más importante cuando se trata de una cuestión de atención requerida para tratar enfermedades mortales.

Con respecto a la obligación de proporcionar atención médica adecuada a los presos, hay dos consideraciones fundamentales. Uno se refiere a la

relación entre los prisioneros y el personal de salud y el otro se refiere cómo el cuidado de la salud organizado en la cárcel.

Otro punto tiene que ver con la relación entre el recluso y el personal de salud, el cual se basa en que los miembros del personal de atención de salud que trabajan en las cárceles, tienen como primer deber cuidar a cualquier preso como un paciente clínico. Esto lo subrayan las Naciones Unidas (1982). Principios de ética médica aplicables a la Función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y Detenidas contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes. El castigo, que establece (*Organization, 2007*):

El personal de salud, especialmente los médicos, encargados de la atención médica de personas presas o detenidas tiene el deber de brindar protección física y la salud mental y el tratamiento de la enfermedad de la misma calidad y estándar como es brindan a las personas que no están presas o detenidas.

El Consejo Internacional de Servicios Médicos Penitenciarios confirmó este principio cuando estaba de acuerdo en el Juramento de Atenas:

Nosotros, los profesionales de la salud que trabajamos en los centros penitenciarios, reunidos en Atenas el 10 de septiembre de 1979, por la presente se comprometemos, de acuerdo con el espíritu del Juramento de Hipócrates, que se compromete a prestar la mejor atención médica posible para aquellos que están encarcelados en prisiones por cualquier razón, y sin perjuicio de dentro de nuestra ética profesional respectivos.

Este postulado ese debe ser particularmente importante para los médicos que en el caso colombiano lo es. En algunos países, a tiempo completo los médicos pueden pasar toda su carrera trabajando en el ámbito penitenciario. Es prácticamente inevitable en este tipo de situaciones que los médicos forman una estrecha relación con la gestión de las prisiones. (*Organization, 2007*).

Por otro lado las poblaciones penitenciarias de casi todo los países contienen una cantidad importante de grupos más marginados de la sociedad, las personas con mala salud crónica y condiciones no tratados, usuarios de drogas, personas vulnerables y aquellos que se dedican a actividades de riesgo, tales como la inyección de drogas y el trabajo sexual comercial.

- Las personas que ya padecen o están en riesgo elevado de padecer una enfermedad en la penitenciaría, sin un tratamiento efectivo y seguimiento da lugar al riesgo de la propagación de las enfermedades transmisibles tanto dentro y fuera del sistema penitenciario.

- Las condiciones de vida en la mayoría de las cárceles del mundo no son saludables.

Hacinamiento, violencia, falta de luz, aire fresco y agua limpia, la comida mala y propagación de infecciones actividades tales como tatuajes son comunes. Las tasas de infección con la tuberculosis, el VIH y la hepatitis son mucho mayores que en la población general.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda a sus Estados miembros, desarrollar estrechos vínculos de trabajo entre el Ministerio de Salud y el Ministerio responsable del sistema penitenciario, garantizar un alto nivel de tratamiento de los detenidos, protección para el personal, la formación conjunta de profesionales en los estándares modernos de control de la enfermedad, los altos niveles de profesionalidad en el personal penitenciario de la salud, la continuidad de trato entre la sociedad penitenciaria y el exterior y la unificación de estadísticas. (*Organization, 2007*).

- Los Estados miembros recomiendan para asegurar que toda la atención médica necesaria se preste a las personas privadas de su libertad de forma gratuita.

- En los sistemas de salud pública y penitenciaria se recomienda trabajar en conjunto para asegurarse de que la reducción del daño se convierte en el principio rector de la política de prevención, la transmisión del VIH y la hepatitis en los sistemas penitenciarios.

- En los sistemas de salud pública y penitenciaria, se recomienda trabajar en conjunto para asegurarse de que la tuberculosis se detecta a tiempo y se trata a tiempo, y adecuadamente y que la transmisión se previene en los sistemas penitenciarios.

En conclusión, la salud de los presos es motivo de alta preocupación y protección para la comunidad internacional, es por eso que el Estado colombiano debe tomar las medidas necesarias y de forma permanente solucionar el grave problema de salud de los establecimientos carcelarios y penitenciarios; es por eso que este proyecto de ley brindará todas las herramientas para garantizar el derecho a la salud de la población carcelaria.

Obligaciones del Estado en materia de Derechos Humanos de personas privadas de la libertad

En materia de Derechos Humanos de personas privadas de la libertad, el Estado está subordinado a las obligaciones generales derivadas del Derecho Internacional de los Derechos Humanos. El Estado está sometido igualmente, a una serie de deberes específicos que derivan, por una parte, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y por la Convención Americana sobre Derechos Humanos, y, por otra, de la Constitución Política.

Obligaciones derivadas del deber de respetar la dignidad humana

Las normas internacionales que reconocen y protegen derechos de la persona se hallan formuladas en instrumentos que integran un ámbito del derecho internacional conocido con el nombre de Derecho Internacional de los Derechos Humanos. Esta normatividad internacional obliga al Estado colombiano a respetar y garantizar una serie de derechos de las personas privadas de la libertad que son las siguientes:

El artículo 10 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos prescribe: “Toda persona privada de libertad será tratada humanamente y con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano”. El artículo 5,2 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos ordena: “Toda per-

sona privada de libertad será tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano”. (Del Pueblo, abril de 2006).

Otras normas de naturaleza internacional también ratifican esas disposiciones. Así, el primero de los Principios básicos para el tratamiento de los reclusos dispone: “Todos los reclusos serán tratados con el respeto que merecen su dignidad y valor inherentes de seres humanos”. Asimismo lo hace el conjunto de principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión, cuya primera norma señala: “Toda persona sometida a cualquier forma de detención o prisión será tratada humanamente y con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano”. (Del Pueblo, abril de 2006).

En la normatividad nacional, el artículo 1° de la Constitución señala que el Estado colombiano se funda en el respeto de la dignidad humana. El Código Penitenciario y Carcelario, adoptado por la Ley 65 de 1993, recoge esas normas al indicar que el cumplimiento de las medidas de aseguramiento y la ejecución de las penas privativas de la libertad y de las medidas de seguridad se rigen, entre otros, por el principio de respeto a la dignidad humana. El artículo 3° de dicho código dispone:

“Reconocimiento de la dignidad humana. Toda persona a quien se atribuya la comisión de un hecho punible, tiene derecho a ser tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano”.

“Se respetarán las normas internacionalmente reconocidas sobre Derechos Humanos, y en ningún caso podrá haber violación de las mismas”.

El deber de respetar la dignidad de las personas privadas de la libertad tiene dos componentes:

- Trato digno: Ordena que en los establecimientos de reclusión prevalezca el respeto a la condición digna de la persona, a las garantías constitucionales y a los Derechos Humanos universalmente reconocidos.

- Trato humano: Prohíbe toda forma de violencia psíquica, física o moral contra las personas privadas de la libertad.

Obligaciones derivadas del principio constitucional de Estado Social de Derecho

El principio constitucional de Estado Social de Derecho del cual se deriva del artículo 1° de la Constitución. Su vigencia en el espacio interno de cárceles y penitenciarías determina la manera de concebir las relaciones entre las personas privadas de la libertad y las autoridades. Estas no pueden limitarse a garantizar de manera formal el goce de los derechos de aquellas personas, sino que están obligadas a obrar eficazmente con el fin de facilitarles todas las condiciones necesarias para que puedan superar sus carencias, acceder a la real satisfacción de sus necesidades, allanar cualquier forma de discriminación y gozar plenamente de los bienes jurídicos, espirituales y materiales, requeridos para su plena realización como seres individuales y sociales.

El principio constitucional de Estado Social de Derecho sujeta a las autoridades a dos tipos de deberes: abstenerse de deshonrar aquellos atributos que hacen a la persona merecedora de respeto y actuar para promover la creación de condiciones que permitan alcanzar de manera tangible los fines esenciales del Estado señalados en el artículo 2° de la Carta Política, en particular, la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución, la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo. (Del Pueblo, abril de 2006).

Las obligaciones que tiene el Estado colombiano derivadas del principio de Estado Social de Derecho son:

- Deber de respeto y de garantía: Como se ha indicado anteriormente, los tratados internacionales que reconocen Derechos Humanos y hayan sido adoptados por el Estado, les atribuyen a las autoridades una obligación de respeto, cuyo cumplimiento impone a las autoridades un deber de abstención y una obligación de garantía, cuyo cumplimiento demanda un deber de obrar.

- Deber de asegurar el pleno disfrute de los Derechos Humanos para todas las personas sin discriminación: El artículo 13 de la Constitución establece: “Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica”.

- Deber de proveer mecanismos idóneos para hacer cesar violaciones a los Derechos Humanos: El deber de proveer mecanismos idóneos para hacer cesar violaciones a los Derechos Humanos se encuentra íntimamente ligado al cumplimiento de la obligación internacional de garantía. En efecto, resultaría imposible asegurar el disfrute de los Derechos Humanos para todas las personas, allí donde no existen mecanismos eficaces para la protección de tales derechos.

En conclusión, el Estado tiene una gran cantidad de obligaciones de garantizar los Derechos Humanos de las personas privadas de la libertad y si bien es cierto, que las prisiones constituyen un medio bastante propicio para la discriminación y para las omisiones, los abusos de autoridad e incapacidad del Estado, están comprimiendo el goce de los derechos. En ese contexto, resulta evidente que la vulnerabilidad de los reclusos demanda mecanismos de control sobre la autoridad e instrumentos efectivos de participación de los reclusos, para crear condiciones mínimas adecuadas que les aseguren un rápido acceso a las garantías de protección cuando lo requieran.

Pero lamentablemente, tales condiciones casi que no existen en los establecimientos carcelarios y penitenciarios, el reconocimiento de los Derechos Humanos y específicamente el derecho a la salud está resultando apenas una declaración simbólica para las personas encerradas en establecimientos de reclusión.

Derechos fundamentales de las personas privadas de libertad

Tradicionalmente la sociedad colombiana en general tiende a despojar a las personas privadas de la libertad de su condición humana. El colombiano en general, piensa que estas personas no son titulares de derechos y por eso deben ser tratadas de cualquier manera. Tal equivocación se produce porque se cree que solo son titulares de Derechos Humanos las personas que cumplen sus deberes sociales y observan un buen comportamiento en sociedad. Quienes así piensan, olvidan o ignoran que los Derechos Humanos tienen fundamento en un principio que, por derivar de la especial naturaleza ontológica de la persona, tiene vigencia independientemente de los actos o conductas de los individuos y de las valoraciones que merezcan esos actos.

De esta manera, los Derechos Humanos son aplicables a toda persona independiente de sus actos correctos o incorrectos. Los Derechos Humanos son denominados derechos fundamentales cuando se trata de aquellos bienes jurídicos que resultan ser absolutamente imprescindibles para que las personas puedan vivir en sociedad como seres libres, racionales y responsables. Se trata, en consecuencia, de derechos que por ser inherentes a la condición humana son necesarios para que la vida de la persona transcurra en forma digna. (Del Pueblo, abril de 2006).

Es así entonces que las personas privadas de la libertad son titulares de los derechos que se predicen de todos los miembros de la sociedad. En consecuencia, debe entenderse que el propósito del Estado es la defensa y protección de algunos de los derechos que resultan altamente afectados por la privación de la libertad.

Los principales derechos a los cuales son titulares privadas a la libertad son:

- Derecho a la vida
- Derecho a la integridad personal
- Derecho a las libertades de conciencia y religión
- Derecho al libre desarrollo de la personalidad
- Derecho a la intimidad
- Derecho a la libertad de expresión y de información
- Derecho a la libertad de asociación y de reunión
- Derecho al debido proceso disciplinario
- Derecho de Petición
- Derecho al mínimo vital
- Derecho a la alimentación
- Derecho al tratamiento penitenciario
- Derecho al agua.

Y el que más concierne en este documento el derecho a la salud.

Derecho a la salud

Marco Jurídico

- Declaración Universal de Derechos Humanos: Artículo 25. 1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como

a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...).

- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Artículo 12. 1. Los Estados partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

(...).

d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

- Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos: 22. 1. Todo establecimiento penitenciario dispondrá por lo menos de los servicios de un médico calificado que deberá poseer algunos conocimientos psiquiátricos. Los servicios médicos deberán organizarse íntimamente vinculados con la administración general del servicio sanitario de la comunidad o de la nación. Deberán comprender un servicio psiquiátrico para el diagnóstico y, si fuere necesario, para el tratamiento de los casos de enfermedades mentales. 2. Se dispondrá el traslado de los enfermos cuyo estado requiera cuidados especiales, a establecimientos penitenciarios especializados o a hospitales civiles. Cuando el establecimiento disponga de servicios internos de hospital, estos estarán provistos del material, del instrumental y de los productos farmacéuticos necesarios para proporcionar a los reclusos enfermos los cuidados y el tratamiento adecuados. Además, el personal deberá poseer suficiente preparación profesional. 3. Todo recluso debe poder utilizar los servicios de un dentista calificado.

23. 1. En los establecimientos para mujeres deben existir instalaciones especiales para el tratamiento de las reclusas embarazadas, de las que acaban de dar a luz y de las convalecientes. Hasta donde sea posible, se tomarán medidas para que el parto se verifique en un hospital civil. Si el niño nace en el establecimiento, no deberá hacerse constar este hecho en su partida de nacimiento. 2. Cuando se permita a las madres reclusas conservar su niño, deberán tomarse disposiciones para organizar una guardería infantil, con personal calificado, donde estarán los niños cuando no se hallen atendidos por sus madres.

- Principios básicos para el tratamiento de los reclusos: 9. Los reclusos tendrán acceso a los servicios de salud de que disponga el país, sin discriminación por su condición jurídica.

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

Contenido del Derecho

El derecho a la salud permite a cualquier persona privada de la libertad para reclamar al estado y

disfrutar de todos los medios que le permitan acceder al más alto nivel de bienestar físico, mental y social. El bien protegido por este derecho no puede ser observado simplemente como un simple estado de ausencia de enfermedad. La salud, desde tal perspectiva, debe ser comprendida como el resultado de una serie de condiciones sociales y económicas que configuran un medio favorable para que las personas puedan llevar una vida sana. En este sentido, el derecho a la salud se hace extensivo al disfrute de otros bienes jurídicos y no se limita estrictamente a la atención en salud.

El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros Derechos Humanos y depende de esos derechos, que se enuncian en la carta internacional de derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud.

El contenido y alcance del derecho a la salud no puede ser identificado con un posible derecho a estar sano. Los estados se encuentran obligados a realizar todas las acciones y programas necesarios para prevenir y superar las enfermedades y, en general, para que las personas puedan acceder a los bienes y servicios que facilitan alcanzar el mejor bienestar social e individual posible, pero no pueden garantizar que la persona se encuentre efectivamente sana.

Estas obligaciones inherentes a deber del Estado, de cumplir con la garantía del derecho a la salud son y deben ser aplicables a las personas privadas de libertad, deben apreciarse en conjunto con los estándares internacionales aplicables a las personas privadas de libertad. Es por eso que las autoridades penitenciarias deben ofrecer a los reclusos, como mínimo, examen médico de ingreso, consultas médicas periódicas (incluida atención psiquiátrica), atención permanente y oportuna de urgencias, instalaciones equipadas para la atención de consultas y para la aplicación de tratamientos, suministro adecuado en cantidad y calidad de medicamentos, instalaciones para fisioterapia y rehabilitación y suministro de dietas médicamente ordenadas.

La Corte Constitucional ha interpretado el alcance del derecho a la salud de las personas privadas de libertad bajo los siguientes parámetros:

- Adquiere *ius fundamentalidad* por conexidad con otros derechos esencialmente fundamentales. Su protección mediante la acción de tutela procede en cualquiera de aquellas situaciones en las cuales el derecho a la salud obtiene rango fundamental.

“Si bien el derecho a la salud no es en principio fundamental y adquiere dicho carácter solo por su conexidad con derechos de tal rango, el juez de tutela debe examinar, en el caso de los reclusos – indefensos en razón de su estado y con frecuencia absolutamente imposibilitados para procurarse alivio por sus propios medios, por limitaciones fi-

sicas y económicas— la circunstancia concreta en la que, aun no hallándose la vida de por medio, cabe el amparo en defensa de la dignidad humana y de otros derechos fundamentales a ella ligados” Corte Constitucional, Sentencia T-606 de 1998.

- Está absolutamente exento de las mayores restricciones que la naturaleza de la reclusión puede ocasionar sobre otros derechos. En consecuencia, sus titulares gozan plenamente de tal derecho en igualdad de condiciones frente a las demás personas.

“La salud es uno de aquellos derechos que por su carácter inherente a la existencia de todo ser humano se encuentra protegido en nuestro ordenamiento, especialmente en aras de una igualdad real, en las personas que por su condición económica, física o mental se hallen en circunstancias de debilidad manifiesta. Este derecho busca además, y en forma primordial, el aseguramiento del derecho fundamental a la vida, por lo que su naturaleza asistencial impone un tratamiento prioritario y preferencial por parte del gobierno y del legislador, en procura de su efectiva protección”. Corte Constitucional, Sentencia T-116 de 1993.

- Es un derecho cuya protección y cuidado están radicados en cabeza del Estado porque los reclusos se hallan imposibilitados para velar por su salud. *“El Estado asume, con cargo al tesoro público, la responsabilidad integral por el cuidado, prevención, conservación y recuperación de la salud de los internos, independientemente de que estos se encuentren privados de la libertad a título preventivo o de pena”* Corte Constitucional, Sentencia T-606 de 1993.

- Es un derecho que resulta violado por las carencias infraestructurales de las áreas sanitarias, la deficiencia de los servicios de agua y alcantarillado y la escasez de guardia para cumplir las remisiones a los centros hospitalarios. Las autoridades, ha indicado la Corte Constitucional, no pueden transferir a los reclusos las consecuencias negativas que para la protección de la salud derivan de las fallas administrativas del sistema penitenciario.

- La demora en la atención médica o en el suministro de medicamentos cuando un recluso sufre fuertes dolores constituye, aunque el tratamiento de la enfermedad admita espera, una modalidad de tortura.

“Resulta a todas luces desesperada la circunstancia de quien sufre un dolor prolongado y fuerte, aunque no sea mortal, y se ve obligado a soportarlo sin recibir atención. Ello afecta sin duda su integridad física y su dignidad como persona humana, además de que propicia un avance o empeoramiento de la enfermedad. Los medicamentos y aun los calmantes adquieren en la cárcel un valor excepcional, que quizá no tenga en sitios y circunstancias diferentes. Se convierten en elementos esenciales de primer orden para sostener en los presos un nivel de vida acorde con su condición humana. (...) La carencia de medicamentos constituye, entonces, evidente forma de vulneración de derechos fundamentales y el Estado es respon-

sable por ella” Corte Constitucional, Sentencia T-606 de 1998.

- Es un derecho que también debe ser protegido mediante la creación y mantenimiento de condiciones ambientales y sanitarias adecuadas para prevenir las enfermedades o para facilitar, al menos, una vida decorosa y más llevadera cuando se sufren. Las autoridades se hallan obligadas a proporcionar no solo medicinas y tratamientos médicos. Deben suministrar también ciertos bienes que pueden mejorar el bienestar de los reclusos enfermos como, por ejemplo, calentadores de ambiente que resultan útiles cuando se habita en condiciones climáticas frías y húmedas.

- Las autoridades penitenciarias tienen el deber de garantizar este derecho aunque los problemas de salud que aquejan a la persona privada de libertad se hubieran presentado antes de su ingreso al establecimiento de reclusión.

“Al respecto, hay que precisar que no obstante que el actor, por su propia decisión, se realizó un tratamiento que, al parecer, le está causando problemas, esta circunstancia, por sí sola, no exonera al Estado, que lo tiene recluso en uno de sus establecimientos carcelarios y penitenciarios, de brindarle la ayuda médica, que requiera, y pueda, de esta manera, aliviar los problemas que posiblemente lo aquejan” Corte Constitucional, Sentencia T-487 de 1998.

El Sistema Integral de Salud Penitenciaria Objetivo del proyecto de ley

La delincuencia es producto de las condiciones sociales de un país y más si son tan graves como las de Colombia. Es cierto, que son decisiones humanas libres y responsables de violar las normas sociales. Ni problemas de salud, ni drogodependencias, ni dificultades económicas y mucho menos concepciones religiosas o políticas, pueden justificar que se cometan ilegalidades, injusticias o crímenes. Nada justifica la violencia, el robo, la extorsión o los ataques a la libertad.

Pero aun así, tampoco es justificable, que los delincuentes que hacen parte de la población reclusa que si bien tiene una deuda con la sociedad, sean tratados de manera casi inhumana, violando muchos de sus derechos entre ellos el de la salud. El Estado por medio del sistema penitenciario no ha garantizado plenamente el derecho a la salud de la población reclusa. Por ejemplo, un alto porcentaje de reclusos sufren enfermedades mentales que han adquirido en la cárcel, se convierten en viciosos a la droga, contraen enfermedades contagiosas y muchas otras más.

Además, hay que agregar que la población reclusa presenta un bajo nivel educativo, la mayoría no han tenido nunca un empleo estable y muchos han padecido en su infancia abusos, malos tratos, abandonos, etc. En conclusión, en los establecimientos carcelarios y penitenciarios se concentra mayoritariamente de personas que nunca han tenido calidad de vida y si en las cárceles tampoco se les ofrece va ser realmente difícil su reeducación y resocialización social. Se sugiere reestructurar la información esto no es del todo acorde.

Los establecimientos carcelarios y penitenciarios deben ser espacios como se ha manifestado a lo largo de este documento, en los cuales el Estado garantice de manera plena todos los derechos fundamentales a la población reclusa. De la misma manera, deben ser espacios para que el recluso encuentre nuevas motivaciones para vivir en libertad, obtenga nuevos valores, aprenda el respeto que debe a los demás y que le deben a su vez los otros, encuentre nuevos caminos por los cuales pueda conducir su vida y a través de las cuales se pueda reintegrar a la sociedad, que le ha dado nuevas oportunidades, parte de lo que le sustrajo con su conducta anómala.

Es por eso que el objetivo del presente proyecto de ley es garantizar plenamente los derechos a la vida, a la integridad personal y a la dignidad humana, mediante la implementación de un Sistema de Seguridad Social en Salud, el cual sea propio de la población reclusa, para que de esta manera se permita la accesibilidad al derecho a la salud de forma equitativa a cada miembro de la población reclusa haciendo cada vez mejor la calidad de vida de esta población. Se repiten muchas palabras.

Este Sistema de Seguridad Social en Salud además de mejorar la calidad de vida de la población reclusa, deberá implementar prácticas y políticas de atención primaria en salud durante toda la permanencia de los miembros de la población reclusa, las cuales además de la prestación de salud aseguren el desarrollo de un ambiente saludable para que de esa manera se contribuya a minimizar la actual incidencia negativa de las enfermedades que se presentan en los establecimientos carcelarios y finalmente que estas prácticas y políticas aseguren el bienestar psicofísico y psicológico de los reclusos. Ajustar la idea. Este texto no es apropiado.

Sistema Integral de Salud Penitenciaria (SISPC)

El actual Sistema de Seguridad Social en Salud de la población reclusa no está garantizando plenamente si no el derecho a la salud. Por tal motivo este proyecto de ley propone la creación de un Sistema de Seguridad Social en Salud propio de la población reclusa que será denominado Sistema Integral de Salud Penitenciaria (SISPC).

El objetivo del Sistema Integral de Salud Penitenciaria (SISPC) además de garantizar plenamente el derecho a la salud de la población reclusa, será también el de permitir que dicha población goce de calidad de vida, implementando prácticas y políticas de atención en salud.

El Sistema Integral de Salud Penitenciaria (SISPC) estará a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, pero tal dirección estará en coordinación con la Unidad de Servicios Penitenciarios Carcelarios y los Ministerios de Hacienda y Crédito Público, Justicia y Derecho, Salud y Protección Social y Departamento Nacional de Planeación.

Las políticas que implemente el Sistema Integral de Salud Penitenciaria (SISPC) deberán integrarse a la política nacional de salud, y la administración de la salud pública las cuales deben estar estrechamente vinculadas a los servicios de salud administrados en los establecimientos carcelarios y penitenciarios.

La financiación del Sistema Integral de Salud Penitenciaria (SISPC) deberá ser garantizada con aquellos recursos del Presupuesto General de la Nación con los cuales cuenta el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (Inpec), con destino a la atención en salud de la población reclusa.

Finalmente, para evitar que el Sistema Integral de Salud Penitenciaria (SISPC) fracase, estará bajo constante inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud, la Superintendencia Financiera, las Secretarías de Salud, las Contralorías Nacional y Territoriales, la Procuraduría, la Defensoría del Pueblo, las Personerías, los Tribunales de Ética Profesional, las asociaciones de ciudadanos o agrupaciones sociales o de profesionales y trabajadores del sector salud.

Centros de Servicio Médico

La atención en salud en los establecimientos carcelarios y penitenciarios son una actividad primordial toda vez es que es obligación del Estado garantizar el derecho a la salud de la población reclusa y también porque las características de este tipo de población así como la prevalencia de determinadas patologías hace que la salud tenga una gran importancia.

Es así, que este proyecto de ley procura que en cada establecimiento carcelario de este país, se encuentre un Área de Sanidad que goce con todos los medios técnicos para desarrollar con eficacia y eficiencia la atención en salud de la población reclusa. De la misma manera, que al frente de cada uno de estas Áreas de Sanidad, estén los profesionales médicos, enfermeros y auxiliares quienes, serán los responsables de garantizar la atención a la salud. El personal médico, adicionalmente a la atención a la salud, promoverá la educación para la salud y realizará labores preventivas entre los reclusos.

Para garantizar la atención médica especializada hospitalaria de la población reclusa, el presente proyecto de ley propone la creación de la Unidad Penitenciaria de Urgencias, que es encontrar en algunos de los hospitales de la red hospitalaria del territorio nacional, la cual prestará el servicio de salud de segundo y tercer nivel. Y estas unidades médicas estarán adaptadas para la atención especializada de los reclusos y de la misma manera garantizarán las medidas de seguridad necesarias. Se sugiere: Garantizar los costos, el acompañamiento de la Guardia. (Difícil).

Y finalmente, para los establecimientos de reclusión para mujeres existirán también las Áreas de Sanidad que adicionalmente tendrán una instalación especial para el tratamiento de internas embarazadas, que acaben de dar a luz y las convalcientes.

Fuentes.

Del Pueblo, d. (abril de 2006). *Derechos de las personas privadas de libertad*. Bogotá: Defensoría del Pueblo.

Hernández, J., & Mejía, L. M. (2010). Accesibilidad a los servicios de salud de la población reclusa colombiana: Un Reto para la Salud Pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 132-140.

Londoño, Diego Restrepo. (03 de 10 de 2011). Departamento de Planeación Nacional. Recuperado el 15 de 01 de 2013, de Departamento de Planeación Nacional: https://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=qT_YJunwSCA%3D&tabid=1231

Medellín, J. y. (03 de septiembre de 2012). Al hacinamiento se sumó la crisis de salud en 110 cárceles del país. *El Tiempo*.

Organization, W. H. (2007). *Health in prisons*. Recuperado el 20 de 11 de 2012, de [www.euro.who.int: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf)

Édgar Espíndola Niño,
Senador de la República.

SENADO DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA GENERAL

Tramitación leyes

Bogotá, D. C., 1° de febrero de 2013

Señor Presidente:

Con el fin de que se proceda a repartir el Proyecto de ley número 198 de 2013 Senado, *por me-*

dio de la cual se crea el Sistema Integral de Salud Penitenciaria y se dictan otras disposiciones, me permito pasar a su Despacho el expediente de la mencionada iniciativa que fue presentada en el día de hoy ante Secretaría General el honorable Senador Édgar Espíndola Niño. La materia de que el mencionado Proyecto de Ley es competencia de la Comisión Primera Constitucional Permanente, de conformidad con las disposiciones reglamentarias y de ley.

El Secretario General,

Gregorio Eljach Pacheco.

PRESIDENCIA DEL HONORABLE
SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., 1° de febrero de 2013

De conformidad con el informe de Secretaría General, dese por repartido el Proyecto de ley de la referencia a la Comisión Primera Constitucional y envíese copia del mismo a la Imprenta Nacional con el fin de que sea publicado en la *Gaceta del Congreso*.

Cúmplase.

El Presidente del honorable Senado de la República,

Roy Barreras Montealegre.

El Secretario General del honorable Senado de la República,

Gregorio Eljach Pacheco.

CONCEPTOS JURÍDICOS

CONCEPTO JURÍDICO DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 014 DE 2011 SENADO

por la cual se modifican la Ley 1251 de 2008 y la Ley 1351 de 2009, se reglamenta la habilitación para la prestación del servicio de los centros o instituciones de promoción social para la persona mayor y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C., 28 de diciembre de 2012

Doctor

GREGORIO ELJACH PACHECO

Secretario General

Senado de la República

Ciudad

Asunto: Proyecto de ley número 014 de 2011 Senado, *por la cual se modifican la Ley 1251 de 2008 y la Ley 1351 de 2009, se reglamenta la habilitación para la prestación del servicio de los centros o instituciones de promoción social para la persona mayor y se dictan otras disposiciones.*

Respetado doctor:

Por medio de la presente, nos permitimos dar a conocer el concepto institucional desde la perspectiva del Sector de la Salud y Protección Social, el cual fue elaborado tomando como base el texto aprobado en la Comisión

Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, contenido en la *Gaceta del Congreso* número 412 de 2012.

1. Análisis de constitucionalidad y de conveniencia

1.1 Consideraciones generales

Se señala en la exposición de motivos del proyecto en cuestión que este se encuentra encaminado a establecer las condiciones mínimas para la habilitación y el funcionamiento de los centros o instituciones que prestan servicios de atención a la persona mayor, en aras de contribuir a garantizar los principios constitucionales y derechos fundamentales a una vida digna sin discriminación de tipo social, religioso, cultural o racial.

Sobre el particular, resulta pertinente señalar que las Leyes 100 de 1993¹, 181 de 1995², 271 de

¹ “Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones”. Artículo 257. Programa de auxilios para los ancianos indigentes. Artículo 262. Servicios complementarios en materia de educación, cultura, recreación, turismo, a cargo del Estado a través de sus autoridades y entidades.

² “Por la cual se dictan disposiciones para el fomento del deporte, la recreación, el aprovechamiento del tiempo libre y la Educación Física y se crea el Sistema Nacional del Deporte” Artículo 3° numeral 4: Objetivo rector del Estado para garantizar el acceso del individuo y de la comunidad al conocimiento y práctica del deporte, la

1996³, 300 de 1996⁴, 687 de 2001⁵, 700 de 2001⁶, 789 de 2002⁷, 882 de 2004⁸, 1091 de 2006⁹, 1171 de 2007¹⁰, 1250 de 2008¹¹, 1251 de 2008¹², 1276

recreación y el aprovechamiento del tiempo libre - Formular y ejecutar programas especiales para la educación física, deporte, y recreación de las personas con discapacidades físicas, síquicas, sensoriales, de la tercera edad y de los sectores sociales más necesitados creando más facilidades y oportunidades para la práctica del deporte, de la educación física y la recreación. Artículo 12. Políticas, planes, programas y estrategias para su desarrollo destinados a personas de la tercera edad entre otros. Artículo 17. Deporte formativo y comunitario, actividades de recreación y deporte para las personas de tercera edad. Artículo 42. Facilidades físicas de acceso para personas de la tercera edad en sillas de ruedas entre otras.

- 3 “Por la cual se establece el Día Nacional de las Personas de la Tercera Edad y del Pensionado”.
- 4 “Por la cual se expide la Ley General del Turismo y se dictan otras disposiciones” artículo 35. Planes de servicios y descuentos especiales en materia de turismo para la tercera edad.
- 5 “Por medio de la cual se modifica la Ley 48 de 1986, que autoriza la emisión de una estampilla pro-dotación y funcionamiento de los Centros de Bienestar del Anciano, instituciones y centros de vida para la tercera edad, se establece su destinación y se dictan otras disposiciones” artículo 6°. Servicios Mínimos que ofrecen los Centros Vida para el Adulto Mayor.
- 6 “Por medio de la cual se dictan medidas tendientes a mejorar las condiciones de vida de los pensionados y se dictan otras disposiciones”. Artículo 2°. Consignación mesadas pensionales.
- 7 “Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo”. Artículo 16. Funciones de las Cajas de Compensación. Numeral 5. Administrar, a través de los programas que a ellas corresponda, educación y capacitación y atención de la tercera edad entre otros.
- 8 “Por medio de la cual se modifica el artículo 229 de la Ley 599 de 2000”. Artículo 1°. Aumento de las penas cuando el maltrato físico o psicológico recaiga sobre un anciano entre otros.
- 9 “Por medio de la cual se reconoce al Colombiano y Colombiana de Oro”. Artículo 3°. Régimen Especial a aquel colombiano mayor de 65 años, residente en el país y debidamente acreditado. Derecho a atención preferencial, ágil y oportuna así como el servicio de salud brindado por el Sistema General en Seguridad Social Integral, y también gozará de descuentos en programas especiales de turismo ofrecidos por las Cajas de Compensación Familiar, para los no afiliados y afiliados.
- 10 “Por medio de la cual se establecen unos beneficios a las personas adultas mayores.” Artículo 3°. Descuentos en espectáculos. Artículo 4°. Descuentos en Instituciones Educativas. Artículo 5°. Transporte Público. Artículo 7°. Sitios Turísticos. Artículo 8° Entrada Gratuita. Artículo 9° Ventanilla Preferencial. Artículo 10. Asientos preferenciales. Artículo 12. Consultas Médicas. Artículo 13. Fórmula de Medicamentos.
- 11 “Por la cual se adiciona un inciso al artículo 204 de la Ley 100 de 1993 modificado por el artículo 10 de la Ley 1122 de 2007 y un parágrafo al artículo 19 de la Ley 100 de 1993 modificado por el artículo 6° de la Ley 797 de 2003”. Artículo 1°. Se fija en 12% la cotización en salud para los pensionados.
- 12 “Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores”. Artículo 1°. (Proteger, promover, restablecer derechos de las personas mayores de 60 años). Artículo 2°. Lograr que las personas mayores sean participantes de la sociedad, promoción, respeto. Artículo 3°. Se destaca, entre las mismas que es persona mayor aquella que cuenta con 60 años o más.

de 2009¹³, 1315 de 2009¹⁴, han aludido, marginal o específicamente, a esta temática.

A partir de 2007 y sin olvidar lo indicado en la Ley 1450 de 2011, especialmente en las bases del Plan Nacional de Desarrollo, dentro del capítulo de igualdad de oportunidades para la prosperidad social, se desarrolló una nueva etapa regulatoria que pareciera cubrir todos los espacios de protección al adulto o persona mayor de sesenta o más años, en las diferentes dimensiones de su vida social. En general, se contempla una protección teniendo en cuenta su condición de debilidad manifiesta.

Bajo tal orden de ideas, este Ministerio no desconoce el actual proceso de tránsito ni la preponderancia de la población de 60 años o más. Sólo al tomar a los adultos mayores como la población mayor de 65 años, estos corresponden al 6,36% es decir, 2.616.000 personas¹⁵. Al respecto y frente a la situación a nivel latinoamericano, que no dista de la que atraviesa nuestro país, se ha indicado:

“Si bien en 1975 la población mayor de 60 años en esta parte de la región era de 21 millones de personas (6,5 de la población total), en solo 25 años este grupo de población ascendió a 41 millones personas (8,1% de la población). Según pro-

Artículo 4°. Principios: Participación activa, Corresponsabilidad, Igualdad de oportunidades, Acceso a beneficios, Atención preferente, Equidad de género, Independencia y autorrealización, Solidaridad, Dignidad, Descentralización, Formación Permanente, No discriminación.

Artículo 6°. Enfatiza en los deberes del Estado, la sociedad y la familia.

Artículo 7°. Objetivos de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez.

Artículo 8°. Directrices de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez.

Artículo 11. Protección y Cuidado Especial a los adultos mayores: indígenas, mujeres, discapacitados, desplazados, negritudes y reclusos.

Artículo 12. Participación en la formulación de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez.

Artículos 14 y 17. Responsables y áreas de intervención de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez.

Artículos 20-23. Requisitos de las Instituciones Prestadoras de Salud para Adultos Mayores, su inscripción, y la inspección y vigilancia sobre las mismas, la cual se radica en el Ministerio de Salud y Protección Social (MPS).

Artículos 26, 27 y 29. Creación del Consejo Nacional de la Persona Mayor como órgano consultivo del Ministerio de la Protección Social, Funcionamiento y Composición. Artículos 30, 31 y 32. Recursos de financiación de la ley, Mecanismos de Coordinación Interinstitucional y Evaluación y Seguimiento de las Políticas.

- 13 *A través de la cual se modifica la Ley 687 del 15 de agosto de 2001 y se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros vida” artículo 3°. Emisión de Estampilla para el bienestar del Adulto Mayor, como recurso de obligatorio recaudo para contribuir a la construcción, instalación, adecuación, dotación, funcionamiento y desarrollo de programas de prevención y promoción de los Centros de Bienestar del Anciano y Centros de Vida para la Tercera Edad, en cada una de sus respectivas entidades territoriales.*
- 14 *Por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la estadia de los adultos mayores en los centros de protección, centros de día e instituciones de atención”. Artículo 4°. De la solicitud para la instalación y funcionamiento de los Centros de Protección Social y de Día.*
- 15 Cfr., www.dane.gov.co Censo General - población adulta mayor.

yecciones demográficas de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en las próximas décadas aumentarán aún más las tasas de crecimiento de la población mayor de 60 años, de manera que en 2025 este grupo de edad será alrededor de 100 millones de personas y en 2050, de cerca de 200 millones. En consecuencia, los adultos que representaban el 8,1% de la población total de América Latina en el año 2000, pasarán a ser el 14,1% en 2025 y representarán cerca de la cuarta parte de la población total (23,4%) en 2050”¹⁶.

Entre nosotros y de acuerdo con el censo realizado en 2005, la población entre 0 y 4 años ha descendido en su preponderancia frente a los censos de 1985 y 1993 en donde era mayoritaria y ahora pasa a un tercer lugar. Por su parte, y conforme al mencionado censo, el grupo de población entre los 10 y los 14 años ocupa actualmente el primer lugar¹⁷, seguido de cerca del grupo etario entre los 5 y los 9 años. Si bien no estamos aún en la distribución poblacional denominada de urna o barril, –en donde la población mayor de 30 años es superior a la población menor de esa edad, como es el caso de ciertos países europeos–, pues, de acuerdo al mencionado censo, el 40% de la población colombiana tiene 19 o menos años, sí se advierte un paulatino envejecimiento que tiende incrementarse al comparar los censos realizados durante los últimos veinte años¹⁸.

Es así como, con base en el censo de 2005 y las cifras emitidas entonces (sin tener en cuenta las proyecciones), la distribución total de la población por grupos quinquenales y por sexo arrojó los siguientes resultados:

Edad en grupos quinquenales	Sexo		
	Hombre	Mujer	Total
0 a 4 años	2,106,179	2,002,682	4,108,861
5 a 9 años	2,197,689	2,098,224	4,295,913
10 a 14 años	2,214,464	2,124,582	4,339,046
15 a 19 años	1,975,856	1,957,898	3,933,754
20 a 24 años	1,783,320	1,858,519	3,641,839
25 a 29 años	1,590,993	1,689,774	3,280,767
30 a 34 años	1,401,139	1,516,151	2,917,290
35 a 39 años	1,392,512	1,526,649	2,919,161
40 a 44 años	1,304,948	1,427,556	2,732,504
45 a 49 años	1,088,238	1,203,070	2,291,308
50 a 54 años	876,301	959,039	1,835,340
55 a 59 años	692,733	757,925	1,450,658
60 a 64 años	524,576	580,157	1,104,733
65 a 69 años	428,876	492,178	921,054
70 a 74 años	321,765	380,753	702,518
75 a 79 años	228,608	275,830	504,438
80 años o más	207,920	281,280	489,200
Total	20,336,117	21,132,267	41,468,384
Censo General 2005- Información Básica			
DANE - Colombia			
Procesado con redatam +SP, CEPAL/CELADE 2007			

Como se puede observar, la población entre los 20 y los 39 años llega a ser el 31% y la compren-

¹⁶ SISTEMAS DE PROTECCIÓN PARA EL ADULTO MAYOR EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. Rubén Suárez y Claudia Pescetto. En Revista *Panamericana de la Salud*, 17 (5/6), 2005.

¹⁷ En los censos de 1985 y 1993 en donde era mayoritariamente y ahora pasa a un tercer lugar.

¹⁸ Por lo menos es lo que se desprende de los censos de 1985 y 1993 frente al censo de 2005.

didada entre los 40 y 59 años asciende al 20%. Esto se conjuga con el incremento de la esperanza de vida al nacer, que ya se encuentra en 74,0 años¹⁹, lo cual conduce a que en pocos años la población mayor de 60 años tenga la posibilidad de vivir entre 15 a 20 años e incluso más años, lo cual se ve reflejado en el aumento considerable de la población mayor de 80 años que ya supera el 1% de la población con un total de 489.200 personas.

Tal situación conduce a que el Estado desarrolle políticas tendientes a su protección en materias tan básicas como la seguridad social y en general, el bienestar de la población que se considera como adulto mayor. El acondicionamiento de la sociedad a esta nueva realidad constituye, entonces, una necesidad normativa. Por esta razón, se destaca que sobre el particular, las leyes anteriormente mencionadas, de diferentes maneras han aludido, marginal o específicamente a esta temática, lo que frente a la iniciativa comporta una serie de ajustes a la misma con el fin de adecuarla al propósito previsto.

1.2 Análisis de constitucionalidad

Frente al adulto mayor como sujeto especial de protección constitucional, la Corte Constitucional se ha pronunciado en varias oportunidades. Al respecto mediante Sentencia T-315 de 4 de mayo de 2011, M. P. Jorge Iván Palacio Palacio, la mencionada Corporación manifestó:

La Constitución en sus artículos 13²⁰ y 46²¹, contempla la especial protección del Estado y la sociedad a las personas de la tercera edad, de acuerdo con el principio de solidaridad y los preceptos del Estado Social de Derecho que inspiran el ordenamiento superior. La Corte ha valorado la edad como factor de vulneración, para establecer la procedencia de la acción de tutela en materia pensional, por cuanto ha estimado que las personas de la tercera edad se encuentran en una posición de debilidad e indefensión, en tanto se encuentran limitadas para obtener ingresos económicos que les permitan disfrutar de una vida digna²².

¹⁹ INDICADORES BÁSICOS, Ministerio de la Protección Social y Organización Panamericana de la Salud, 2008. Igualmente, en www.dane.gov.co, Sistema de Consulta de Información General.

²⁰ “El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan”.

²¹ “El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad”.

²² Así lo expuso la Corte desde sus inicios cuando dijo en la Sentencia T-426 de 1992: “El derecho a la seguridad social no está consagrado expresamente en la Constitución como un derecho fundamental. Sin embargo, este derecho establecido de forma genérica en el artículo 48 de la Constitución, y de manera específica respecto de las personas de la tercera edad (C. P. artículo 46 inciso 2º) adquiere el carácter de fundamental cuando, según las circunstancias del caso, su no reconocimiento tiene la potencialidad de poner en peligro otros derechos y principios fundamentales como la vida (C. P. artículo 11), la dignidad humana (C. P. artículo 1º), la integridad física y moral (C. P. artículo 12) o el libre desarrollo de la personalidad (C. P. artículo 16) de las personas de la tercera edad (C. P. artículo 46)”.

Así las cosas, es indispensable otorgar a los adultos mayores un trato preferente para evitar la posible vulneración de sus derechos fundamentales. Acorde con lo expuesto por este Tribunal,²³ cuando dichas personas sobrepasan el índice de promedio de vida de los colombianos y no tienen otro medio distinto eficaz, es la acción de tutela la idónea para obtener la efectividad de sus derechos²⁴.

Lo anterior, en razón a que no se puede desconocer los constantes inconvenientes que tienen que afrontar las personas de edad avanzada cuyas condiciones físicas: i) les impiden trabajar; ii) les ocasiona restricciones originadas en las prohibiciones legales que hacen obligatorio el retiro forzoso de su trabajo al arribar a cierta edad, y en consecuencia; iii) los inhabilita para poder proveer sus propios gastos.

Adicionalmente, dichas personas se ven igualmente avocadas a afrontar el deterioro irreversible y progresivo de su salud por el desgaste natural del organismo y consecuente con ello al advenimiento de diversas enfermedades propias de la vejez. En esa medida, se hace necesario que el Estado los proteja en relación con la acción u omisión que amenace o vulnere sus derechos y que en tales circunstancias deba obrar incluso por encima de consideraciones meramente formales.

En este punto es oportuno destacar que si bien es completamente lógica y justa la protección vía tutela en el período de la vejez, debe ser mayor dicho amparo cuando se ha entrado en la

ancianidad (supera los 73 años que es el promedio de vida). Por tanto, “no se puede ubicar en la misma situación a quien adquiere su pensión de vejez por llegar a los sesenta años con quien habiéndola adquirido ya entra en la respetabilísima etapa de la ancianidad donde cada día que pasa es un inexorable y veloz alejamiento de la vida”²⁵.

Sobre el particular la Corte ha expresado que si bien en los casos en los que el solicitante o afectado sea una persona de la tercera edad,²⁶ el juicio de procedibilidad de la acción de amparo debe ser riguroso²⁷, en el sentido de someter a análisis las circunstancias apremiantes de la protección, más no debe ser “tan estricto”, en cuanto a las exigencias para su admisión en razón a la condición de pertenecer a la tercera edad, que implica por sí misma, el incremento de la vulnerabilidad del individuo²⁸.

De acuerdo a lo anterior, se concluye que las autoridades deben obrar con especial diligencia frente a las personas de la tercera edad, dadas sus condiciones de debilidad manifiesta, interpretando el alcance de sus propias funciones con un criterio eminentemente protectorio, de forma que se materialice la intención del constituyente y se busque garantizar el goce de sus derechos constitucionales²⁹.

²³ En la Sentencia T-14 de 2007, se dijo: “Si una persona sobrepasa el índice de promedio de vida de los colombianos (se estima en 71 años), y ella considera que se le ha dado un trato discriminatorio en el reajuste pensional y por tal motivo ha reclamado ante juez competente, pero se estima razonablemente que el solicitante ya no existiría para el momento que se produjera la decisión judicial, debido a su edad avanzada, unido esto al alto volumen de procesos que razonablemente producen demora en la decisión, pese al comportamiento diligente del juzgador; entonces, ese anciano no tiene otro medio distinto al de la tutela para que, provisionalmente, mientras se decide el fondo del asunto por el juez natural, se ordene el respeto a su derecho. Por supuesto que el Juez de Tutela debe hacer un equilibrado análisis en cada caso concreto, no olvidando que en el momento de transición institucional que vive el país, es posible una demora en las decisiones judiciales. O sea, no se puede adoptar una solución mecánica para todos los casos sino que debe analizarse individualmente a cada uno de ellos”.

²⁴ En la Sentencia T-607 de 2007, se sostuvo que: “El estado de indefensión en que se encuentran las personas de la tercera edad, la necesidad de atención que reclaman y el necesario reconocimiento de los servicios que durante su vida han prestado a la sociedad, bien trabajando para el Estado, ya para los particulares, son factores que influyen de modo decisivo en esa especial protección que les brinda la Carta y que es obligatoria para los entes públicos y para el conglomerado social. De allí que las entidades obligadas a reconocer y pagar las pensiones de vejez debe tener en cuenta el principio de igualdad real y material y la vigencia efectiva del derecho sustancial, así como los principios de la justicia y la equidad, por encima de consideraciones formales intrascendentes, al verificar las situaciones jurídicas de los ancianos y las pensiones de la tercera edad”.

²⁵ Sentencia T-111 de 1994.

²⁶ Sentencia T-580 de 2005. “Este Tribunal ha sostenido que la procedencia excepcional de la acción de tutela en los casos de reconocimiento de pensiones, adquieren cierto grado de justificación cuando sus titulares son personas de la tercera edad, ya que se trata de sujetos que por su condición económica, física o mental se encuentran en situación de debilidad manifiesta, lo que permite otorgarles un tratamiento especial y diferencial más digno y proteccionista que el reconocido a los demás miembros de la comunidad. Para la Corte, la tardanza o demora en la definición de los conflictos relativos al reconocimiento y reliquidación de la pensión a través de los mecanismos ordinarios de defensa, sin duda puede llegar a afectar los derechos de las personas de la tercera edad al mínimo vital, a la salud, e incluso a su propia subsistencia, lo que en principio justificaría el desplazamiento excepcional del medio ordinario y la intervención plena del juez constitucional, precisamente, por ser la acción de tutela un procedimiento judicial preferente, breve y sumario de protección de los derechos fundamentales”.

²⁷ Ver Sentencia T-239 de 2008.

²⁸ En tal sentido la Corte dijo en la Sentencia T-668 de 2007, lo siguiente:

“...en ciertos casos el análisis de la procedibilidad de la acción en comento deberá ser llevado a cabo por los funcionarios judiciales competentes con un criterio más amplio, cuando quien la interponga tenga el carácter de sujeto de especial protección constitucional —esto es, cuando quiera que la acción de tutela sea presentada por niños, mujeres cabeza de familia, discapacitados, ancianos, miembros de grupos minoritarios o personas en situación de pobreza extrema. En estos eventos, la caracterización de perjuicio irremediable se debe efectuar con una óptica, si bien no menos rigurosa, sí menos estricta, para así materializar, en el campo de la acción de tutela, la particular atención y protección que el Constituyente otorgó a estas personas, dadas sus condiciones de vulnerabilidad, debilidad o marginalidad”.

²⁹ Sentencia T-719 de 2003.

1.2 Observaciones específicas al articulado

– Artículo 3°. *Definiciones.*

El numeral 1 del artículo 3° establece que se entiende como persona mayor a aquella mayor de 60 años. En torno a la edad a partir de la cual se estima que la persona accede a la condición de adulto mayor, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera como “personas mayores” a aquellas que cuentan con 60 años en adelante, mientras que la Organización de Naciones Unidas (ONU) denomina a este grupo humano como “Adultos Mayores”, de conformidad con la Resolución número 50/141.

Esta definición debe ser contrastada con la que se maneja en ciertas disposiciones en las que esa categoría se inicia al cumplir los 65 años y así se lee en la Ley 100 de 1993 cuando se describe a los beneficiarios de los servicios complementarios (artículo 257). La misma ley, sin embargo, admite un tratamiento especial para los indígenas (55 años, ib.). Como se ha indicado, el censo realizado en 2005 catalogó como adulto mayor a quienes contaban con 65 o más años y estableció en 2.612.210 la cantidad de personas dentro de ese grupo, al paso que si se trata de población de 60 años o más se trataría de una población de 3.721.943 personas. Adicionalmente, debe tenerse en cuenta que la Ley 1171 de 2007 incorpora en esta población a quienes “hayan cumplido 62 años de edad”. La Ley 1250 de 2008, en su artículo 3°, determinó que esa población estaba compuesta por las personas con 60 años o más.

Siguiendo la tendencia mundial en torno al tema, contenida en documentos internacionales, en especial, el criterio de la OPS ya expresado, así como la legislación de otros países latinoamericanos (México y Brasil), se considera del caso adoptar como foco de las normas que se expidan a la población con 60 años o más. En consecuencia y frente al artículo 3°, numeral 1, se sugiere incorporar a las personas que cuentan con 60 años pues, con la redacción propuesta, quedarían excluidas.

– Artículos 5° y 6°.

Si bien es cierto que la regulación contenida en la Ley 1315 inflexibiliza en grado sumo el proceso de habilitación, es preciso que el legislador determine, directamente, algunas exigencias mínimas como expresión de la intervención del Estado en la economía (artículos 333 y 334 C. Pol.). En relación con la regulación de establecimientos de comercio, ha precisado la Corte Constitucional:

“4.6 En síntesis, la intervención del Estado en la economía se surte por cuenta de varios poderes públicos y a través de diferentes instrumentos de regulación. Es claro que este tipo de intervención se justifica en la necesidad de materializar los fines previstos en la Constitución y la realización del orden económico y social definido en la Carta. En todo caso, aunque la intervención del Estado en la economía se lleva a cabo a través de distintas autoridades públicas y de diversos instrumentos, por expre-

*so mandato constitucional, el primero en cumplir con esa labor es el Congreso de la República. Así, el Congreso le corresponde señalar los criterios conforme a los cuales, las demás autoridades intervendrán en la economía, así como los instrumentos y los límites que deben seguir el ejercicio de esa potestad”*³⁰.

Desde esta perspectiva, además de lo anterior, es importante que sean claras las obligaciones de los centros lo cual contrasta con lo indicado en el literal c) del artículo 9° del proyecto.

– Artículo 10. *Sanciones*

En relación con esta disposición, se advierten elementos de indeterminación que podrían dar al traste con la norma. La Corte Constitucional³¹ ha insistido que el régimen sancionatorio administrativo debe estar caracterizado, entre otros, por los siguientes elementos:

– Tipicidad, o descripción clara de la conducta sancionable.

– Consecuencia por incurrir en la conducta, v, gr., la sanción. Debe igualmente, estar claramente determinada de tal forma que no se deba acudir a analogías o adaptaciones normativas.

– Proporcionalidad de la sanción, vale decir, correspondencia entre la conducta sancionable y la consecuencia a que ello conduce.

– Regulación legal al procedimiento o remisión a uno legalmente regulado.

Se observa que no existen criterios de proporcionalidad ni un trámite dispuesto a nivel legal. Como es bien sabido, el debido proceso es un aspecto de reserva legal, tal y como surge de lo siguiente:

*Frente a este planteamiento cabe precisar, en primer término, que en materia de procedimientos administrativos el legislador puede regular procedimientos especiales, y que la Ley 80 de 1993, justamente se ocupa de uno de ellos al referirse a la impugnación de la clasificación y calificación de proponentes. No otra cosa es posible deducir del propio sentido de la norma acusada que expresamente alude al “acto administrativo de la Cámara de Comercio que decida la impugnación” previendo, por lo demás, la posibilidad de interponer un recurso contra el acto y de ejercitar la acción allí determinada. Olvida el demandante que frente a los procedimientos regulados por leyes especiales, la aplicación de las normas de la primera parte del Código Contencioso Administrativo, se remite a lo no previsto en esas leyes. (C.C.A. artículo 1°)*³².

Finalmente, respecto de este artículo, no se vislumbra el fundamento jurídico para que este Ministerio establezca el trámite del proceso sancionatorio.

³⁰ CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-352 de 20 de mayo de 2009. M. P. Luis Ernesto Vargas Silva.

³¹ CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-379 de 23 de abril de 2008, M. P. Humberto Sierra Porto.

³² CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-166 de 20 de abril de 1995, M. P. Hernando Herrera Vergara.

– **Artículos 11, 12 y 13. Conformación del Consejo Nacional de la Persona Mayor, creación del Consejo Departamental y Distrital de Persona Mayor y funciones de estos últimos consejos.**

Respecto a la nueva conformación del Consejo (artículo 11), se ignora la motivación de los cambios y, por lo tanto, sería del caso especificarlo. Si se cambia tan trascendentalmente la composición del Consejo y se crean los Consejos Departamentales y Distritales (artículo 12), es preciso efectuar un análisis de operatividad y representatividad e incluso, acudir, igualmente, a los antecedentes de la Ley 1251. Ahora bien, en torno a las funciones de dichos consejos (artículo 13), una de las funciones relevantes debe ser la coordinación con el nivel nacional que no está expresamente señalada.

– **Artículo 17.**

En esta disposición se faculta al Gobierno para efectuar las apropiaciones presupuestales en el Presupuesto General de la Nación con el objeto de obtener los recursos necesarios para la sostenibilidad y financiamiento de los programas de atención y cuidado integral de las personas mayores, ante lo cual, debe anotarse que en razón al principio de legalidad del gasto público, el Gobierno no está autorizado para efectuar apropiaciones presupuestales ni realizar los traslados que las modifiquen.

Al respecto, el Estatuto Orgánico de Presupuestos señala:

“Artículo 89. Las apropiaciones incluidas en el Presupuesto General de la Nación son autorizaciones máximas de gasto que el Congreso aprueba para ser ejecutadas o comprometidas durante la vigencia fiscal respectiva. Después del 31 de diciembre de cada año estas autorizaciones expiran y, en consecuencia, no podrán comprometerse, adicionarse, transferirse ni contracreditarse.

Al cierre de la vigencia fiscal cada órgano constituirá las reservas presupuestales con los compromisos que al 31 de diciembre no se hayan cumplido, siempre y cuando estén legalmente contraídos y desarrollen el objeto de la apropiación. Las reservas presupuestales solo podrán utilizarse para cancelar los compromisos que les dieron origen” (...)

A su turno, la Ley 819 de 2003, “por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones”, establece:

“Artículo 8°. Reglamentación a la programación presupuestal. La preparación y elaboración del presupuesto general de la Nación y el de las Entidades Territoriales, deberá sujetarse a los correspondientes Marcos Fiscales de Mediano Plazo de manera que las apropiaciones presupuestales aprobadas por el Congreso de la República, las Asambleas y los Concejos, puedan ejecutarse en su totalidad durante la vigencia fiscal correspondiente.

En los eventos en que se encuentre en trámite una licitación, concurso de méritos o cualquier otro proceso de selección del contratista con to-

dos los requerimientos legales, incluida la disponibilidad presupuestal, y su perfeccionamiento se efectúe en la vigencia fiscal siguiente, se atenderá con el presupuesto de esta última vigencia, previo el cumplimiento de los ajustes presupuestales correspondientes.(...)

En virtud de los traslados que modifiquen las apropiaciones presupuestales, ha dicho la Corte Constitucional³³:

“...se disminuye el montante de una apropiación (contracrédito) con el fin de aumentar la cantidad de otra partida (crédito), ...en estas operaciones simplemente se varía la destinación del gasto entre diferentes secciones (entidades públicas), o entre numerales de una misma sección (rubros presupuestales de una misma entidad), lo cual se consigue con la apertura de créditos mediante una operación de contracréditos en la ley de apropiaciones”³⁴.

*Si se tiene en cuenta el contenido de las normas del Estatuto Orgánico de Presupuesto arriba transcritas, que regulan lo atinente a su modificación, especialmente lo estipulado en el artículo 80 de dicho Estatuto, **que establece que el Gobierno Nacional deberá presentar al Congreso, los proyectos de ley sobre traslados y créditos adicionales al presupuesto**, “...cuando sea indispensable aumentar la cuantía de las apropiaciones autorizadas inicialmente o no comprendidas en el presupuesto por concepto de gastos de funcionamiento, servicio de la deuda pública o inversión”, y el del artículo 83, que autoriza al gobierno para hacerlos a través de decretos legislativos en los casos de declaratoria de estados de excepción, es claro que ni la Constitución ni el Estatuto Orgánico de Presupuesto, consagran o viabilizan la posibilidad de que las “autoridades administrativas” modifiquen ellas, directa y unilateralmente, los presupuestos de las entidades públicas, ni efectuando traslados ni autorizando créditos adicionales.*

Se concluye que en lo referido a traslados presupuestales el legislador, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 352 de la Constitución, a través del estatuto orgánico, previó dos escenarios distintos que determinan la autoridad competente para efectuarlos:

En el primero de ellos, esto es cuando con el traslado se afecten montos asignados entre secciones (entidades públicas), entre tipos de presupuesto (funcionamiento, inversión, servicio de la deuda), o entre programas y/o subprogramas, el traslado deberá hacerse mediante ley, esto es que le corresponde efectuarlo al Congreso.

En el segundo, esto es cuando se trate de traslados destinados a atender los gastos ocasionados por la declaratoria de estados de excepción, el competente para efectuarlos será el Gobierno, mediante decreto, en los términos que este señale.

³³ CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-772 de 10 de diciembre de 1998, M. P. Fabio Morón Díaz.

³⁴ Corte Constitucional, Sentencias C-206 de 1993 y C-685 de 1996.

– **Artículo 19.**

En cuanto al cumplimiento de las exigencias por parte de los centros y el régimen de transición previsto en el artículo 19, sería adecuado que, una vez existiera la regulación por parte del Ministerio, se empezara a contar el término de transición. Lo anterior con el fin de que el tiempo de adaptación sea prudencial.

En los anteriores términos se deja planteada la posición de este Ministerio, en torno a la iniciativa en comento.

Atentamente,

Alejandro Gaviria Uribe,
Ministro de Salud y Protección Social.

* * *

CONCEPTO JURÍDICO DE LA ETB AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 137 DE 2012

por medio de la cual se establecen unos beneficios para los discapacitados, viudas, huérfanos o padres de los miembros de la Fuerza Pública y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C., 4 de febrero de 2013

Doctor

GREGORIO ELJACH PACHECO

Senado de la República

Congreso de la República

Ciudad

Asunto: Comentarios al Proyecto de ley número 137 de 2012, *por medio de la cual se establecen unos beneficios para los discapacitados, viudas, huérfanos o padres de los miembros de la Fuerza Pública y se dictan otras disposiciones.*

Honorable Senador:

La Empresa de Telecomunicaciones de Bogotá S. A. E.S.P. - ETB S. A. E.S.P. -, se permite comentar a su consideración las observaciones y comentarios surgidos del análisis del proyecto citado en el asunto, de la siguiente manera:

De conformidad con lo establecido en el artículo 1° de la Constitución Política de nuestro país, Colombia es un “*Estado Social de Derecho (...) fundada en el respeto a la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y la prevalencia del interés general*”.

Partiendo de lo anterior, ETB S. A. E.S.P. responde categóricamente a su responsabilidad social empresarial y es consciente de la relevancia que tiene para la Empresa cumplir con las obligaciones asociadas a dicho principio. Sin embargo, también vale la pena reconocer que por su misma naturaleza, ETB participa de manera directa en planes no solo a nivel distrital sino incluso nacional para lograr un acceso universal a las telecomunicaciones, *verbi gratia* la contribución en programas como Vive Digital, con el único fin de favorecer el acceso de todos los sectores de la sociedad a las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.

Por otra parte, a nivel normativo y regulatorio tenemos otros escenarios en los cuales hay una inversión social adicional por parte de los proveedores de redes y servicios de comunicaciones como

lo son: i) Aplicación del esquema de subsidios que establece la Ley 142 de 1994 a los usuarios de los servicios de TPBCL y TPBCLE de estratos 1 y 2, por un período de 5 años, contados a partir del momento en que el artículo 36 de la Ley 1341 de 2009 se reglamentó; ii) A nivel regulatorio y respondiendo a la obligación del sector de cumplir con la masificación de las TIC, encontramos la Resolución número 1363 de 2012, que reglamenta la aplicación de subsidios de banda ancha para los usuarios de estratos 1 y 2 residenciales.

Conforme a lo anterior, es evidente que actualmente los proveedores de redes y servicios de comunicaciones concedemos beneficios a nuestros usuarios y propiciamos de manera solidaria un mejoramiento en las condiciones generales de vida, respondiendo a la igualdad material y formal como principio constitucional, razón por la cual no encontramos entonces justificable la aplicación de un beneficio adicional como el que propone la norma en comento.

Además de lo anterior, el establecimiento con destino a los beneficiarios a que hace referencia el artículo 2° de ley objeto de análisis, de tarifas diferenciales con descuentos del 15% en todos los planes implica una alta carga operativa y administrativa y un impacto a nivel de sistemas teniendo en cuenta que se está solicitando personalizar un descuento a unos clientes específicos y que es responsabilidad de la empresa controlarlo.

Adicionalmente, es menester tener en cuenta que las empresas proveedoras de redes y servicios de comunicaciones y de televisión ya están sometidas a un amplio régimen de cargas que merman sus ingresos, tales como: i) contraprestación periódica: de acuerdo con lo establecido en la Ley 1341 de 2009, todos los proveedores de redes y servicios de telecomunicaciones deben pagar la contraprestación periódica derivada de la habilitación general, que corresponderá a un mismo porcentaje para todos los proveedores sobre sus ingresos brutos derivados de la provisión de redes y servicios, excepto los terminales; ii) Contribución a la CRC: Todos los proveedores de redes y servicios de comunicaciones, deben pagar una contribución anual de hasta el uno por mil (0,1%) de sus ingresos brutos por la provisión de sus redes y servicios de telecomunicaciones, excepto por terminales; iii) Contraprestación económica por la utilización del espectro radioeléctrico: de acuerdo con la Ley 1341 de 2009, la utilización del espectro radioeléctrico por los proveedores de redes y servicios de telecomunicaciones da lugar al pago de una contraprestación económica a favor del Fondo de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, y iv) Contribución y contraprestación establecida por la Resolución número 045 de la ANTV.

Es por todo lo esgrimido anteriormente que consideramos que la imposición de estos subsidios encarecería la operación y haría más gravosa a nivel financiero la prestación de los servicios que hasta ahora se ofrece, declinando de manera ostensible la capacidad económica de las empresas.

Así las cosas, respetuosamente proponemos que los beneficios para los discapacitados, viudas, huérfanos o padres de los miembros de la Fuerza Pública, aun cuando sean otorgados por los proveedores de redes y servicios de comunicaciones y de televisión, se crucen con alguna de las cargas tributarias, tratadas como un gasto deducible o con las cargas anteriormente precitadas, como sucede actualmente con la destinación directa a los usuarios de estratos 1 y 2, de la contraprestación periódica a favor del Fondo de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, en cumplimiento del esquema de subsidios de la Ley 142 de 1994.

Asimismo, encontramos desafortunada la redacción del artículo 2º del proyecto, que se refiere al ámbito de aplicación de la ley, para lo cual nos permitimos proponer el siguiente texto:

“Artículo 2º. Ámbito de aplicación de la ley. El ámbito de aplicación de la presente ley comprenderá los siguientes beneficiarios:

1. El cónyuge o compañera (o) permanente y los hijos e hijas menores de veinticinco (25) años sobrevivientes o, a falta de estos, los padres o madres, de los siguientes miembros de la Fuerza Pública fallecidos en servicio activo, únicamente por hechos o actos ocurridos por causa y razón del mismo, o por acción directa del enemigo o en combate, y que por ello les haya sido reconocida pensión:

1.1. Oficiales, Suboficiales, Soldados Voluntarios y Soldados Profesionales de las Fuerzas Militares.

1.2. Oficiales, Suboficiales, miembros del Nivel Ejecutivo y Agentes de la Policía Nacional.

1.3. Quienes hayan prestado el servicio militar obligatorio.

2. Aquel que se encuentre en situación de discapacidad originada en servicio activo en calidad de miembro de la Fuerza Pública de los que tratan los numerales 1.1., 1.2. y 1.3 del presente artículo, únicamente por hechos o actos ocurridos por

causa y razón del mismo, o por acción directa del enemigo o en combate, y que por ello le haya sido reconocida pensión”.

Finalmente, esperamos que nuestros comentarios sean de utilidad en el proceso de discusión del proyecto.

Agradecemos de antemano su colaboración y atención.

Cordialmente,

Germán Darío Arias P.,
Gerente de Asuntos Regulatorios,
Vicepresidencia de Estrategia
y Desarrollo del Negocio.

CONTENIDO

Gaceta número 32 - Viernes, 8 de febrero de 2013
SENADO DE LA REPÚBLICA

	Págs.
PROYECTO DE LEY	
Proyecto de ley número 196 de 2013 Senado, por medio de la cual se reglamenta la profesión de Tecnólogo de Atención Prehospitalaria y se dictan otras disposiciones	1
Proyecto de ley número 197 de 2013 Senado, por medio de la cual se declara Patrimonio Cultural de la Nación el Carnaval de Riohacha y su Fiesta de los Embarradores y se dictan otras disposiciones	11
Proyecto de ley número 198 de 2013 Senado, por medio de la cual, se crea el Sistema Integral de Salud Penitenciaria y se dictan otras disposiciones.....	14
CONCEPTO JURÍDICO	
Concepto jurídico del Ministerio de Salud y Protección Social al Proyecto de ley número 014 de 2011 Senado, por la cual se modifican la Ley 1251 de 2008 y la Ley 1351 de 2009, se reglamenta la habilitación para la prestación del servicio de los centros o instituciones de promoción social para la persona mayor y se dictan otras disposiciones	25
Concepto jurídico de la ETB al Proyecto de ley número 137 de 2012, por medio de la cual se establecen unos beneficios para los discapacitados, viudas, huérfanos o padres de los miembros de la Fuerza Pública y se dictan otras disposiciones.....	31