



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXV - N° 438

Bogotá, D. C., jueves, 16 de junio de 2016

EDICIÓN DE 17 PÁGINAS

DIRECTORES:	GREGORIO ELJACH PACHECO	JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO
	SECRETARIO GENERAL DEL SENADO www.secretariasenado.gov.co	SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

CÁMARA DE REPRESENTANTES

INFORMES DE CONCILIACIÓN

INFORME DE CONCILIACIÓN AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 37 DE 2014 CÁMARA, 74 DE 2015 SENADO

por medio de la cual se establecen mecanismos de protección al usuario del servicio de transporte aéreo nacional de pasajeros y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C., 16 de junio de 2016

Doctores

LUIS FERNANDO VELASCO CHAVES

Presidente del Senado de la República

ALFREDO DELUQUE ZULETA

Presidente de la Cámara de Representantes

Congreso de la República

Ciudad

Respetados Presidentes:

De acuerdo con la designación efectuada por las presidencias del Senado y de Cámara y de conformidad con los artículos 161 de la Constitución Política y 186 de la Ley 5ª de 1992, los suscritos Senador y Representante integrantes de la Comisión Accidental de Conciliación, nos permitimos someter, por su conducto, a consideración de las Plenarias del Senado y de la Cámara de Representantes para continuar su trámite correspondiente, el texto conciliado del proyecto de ley. Con el fin de dar cumplimiento a la designación, después de un análisis hemos decidido acoger en su totalidad el texto aprobado en segundo debate por la Plenaria del Senado.

A continuación, el texto conciliado, con la aclaración que esta comisión accidental de conciliación decide cambiar la redacción del artículo 7º, en el entendido que en la reorganización en la numeración de los artículos hace alusión a otro artículo que no corresponde. El cambio, a saber:

Texto aprobado en Senado	Texto Corregido en Conciliación
Artículo 7º. Competencia. Lo regulado en esta ley, sin perjuicio de lo establecido en el párrafo del artículo 6º de la presente ley, será competencia de la Unidad Administrativa Especial de Aeronáutica Civil en los términos implementados por el párrafo 2º del artículo 25 de la Ley 1558 de 2012.	Artículo 7º. Competencia. Lo regulado en esta ley, sin perjuicio de lo establecido en el párrafo del artículo 5º de la presente ley, será competencia de la Unidad Administrativa Especial de Aeronáutica Civil en los términos implementados por el párrafo 2º del artículo 25 de la Ley 1558 de 2012.

PROYECTO DE LEY NÚMERO 37 DE 2014 CÁMARA, 74 DE 2015 SENADO

por medio de la cual se establecen mecanismos de protección al usuario del servicio de transporte aéreo nacional de pasajeros y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

Artículo 1º. Objeto. El objeto de la presente ley es garantizar los derechos a la modificación de fecha, retracto, corrección de los datos personales y publicidad e información mínima de los usuarios de servicios nacionales de transporte aéreo de pasajeros.

Artículo 2º. Derecho a la modificación de fecha. Los usuarios del servicio de transporte aéreo nacional podrán modificar las fechas para la realización de este servicio en las mismas condiciones pactadas y teniendo en cuenta lo pagado. Para ello, se aplicarán a los usuarios las siguientes reglas: si comunica previamente al proveedor del servicio de transporte sobre el cambio de la reserva con una anticipación no menor a ocho (8) días calendario, contados a partir de la fecha del viaje, la aerolínea aceptará la solicitud del usuario sin que proceda cobro administrativo alguno, a excepción de la diferencia tarifaria, y si esta solicitud se hace en un plazo menor a los ocho (8) días deberá pagar los costos administrativos que determine la empresa de transporte aéreo de pasajeros los cuales no podrán exceder los uno punto tres (1.3) salarios mínimos legales vigentes para el servicio nacional y la diferencia tarifaria del servicio. Lo dispuesto en el presente inciso no aplicará cuando se trate de tarifas promocionales debidamente

registradas ante la Unidad Administrativa Especial de Aeronáutica Civil y dadas a conocer al usuario.

Parágrafo. Vigencia de los tiquetes de transporte aéreo nacional. Los tiquetes de transporte aéreo nacional de pasajeros que no se usen en la fecha pactada, tendrán una vigencia mínima de un (1) año, sin perjuicio de que el transportador la prorrogue, bajo las condiciones provistas en el presente artículo.

Artículo 3º. Derecho de retracto. En los contratos para la prestación del servicio de transporte aéreo nacional de pasajeros que se perfeccionen a través de canales no convencionales, se entenderá pactado el derecho de retracto en favor del adquirente del tiquete. El ejercicio del derecho estará sujeto a las siguientes reglas. El retracto deberá ser ejercido, a través de cualquier canal de atención del vendedor, dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la operación de compra; y este solo podrá ser ejercido con una anterioridad igual o mayor a ocho (8) días calendario entre el momento de su ejercicio oportuno y la fecha prevista para el inicio de la prestación del servicio para operaciones nacionales.

Las aerolíneas o las agencias de viaje deberán devolverle en dinero al usuario todas las sumas pagadas sin que proceda a hacer descuentos o retenciones por concepto alguno.

La aerolínea que vendió el tiquete, deberá reembolsar el dinero al pasajero en un plazo máximo de cinco (5) días calendario a partir de la comunicación del retracto. En el caso del agente de viajes que vendió el tiquete, deberá reembolsar el dinero al pasajero en un plazo máximo de treinta (30) días calendario a partir de la comunicación del retracto.

Si el pasajero ejerce su derecho de retracto dando aviso a la agencia de viaje que realizó la venta del tiquete como intermediario, esta procederá al reembolso del dinero al pasajero una vez la aerolínea ponga a su disposición el monto correspondiente, sin perjuicio del plazo de treinta (30) días previsto en el inciso anterior para que el reembolso del dinero del pasajero se haga efectivo.

Artículo 4º. Derecho a la corrección de datos personales. Los usuarios del servicio de transporte aéreo nacional de pasajeros, podrán corregir la información personal suministrada al momento de la adquisición del tiquete, sin que exista penalidad alguna, siempre y cuando no cambien las condiciones pactadas de prestación del servicio, ni el beneficiario original del servicio.

Artículo 5º. Información mínima y publicidad. El transportador y/o la agencia de viajes, dependiendo de quien realice la venta, deberá suministrar a los usuarios información clara, veraz, suficiente, oportuna, verificable, comprensible, precisa e idónea sobre las condiciones del transporte respecto a reservas y cancelaciones, adquisición de tiquetes, tarifas y sus condiciones, limitaciones de equipaje, elementos que no se pueden transportar y en general los derechos, deberes, restricciones y requisitos que debe cumplir el usuario para que le presten un adecuado servicio de transporte aéreo, en concordancia con lo dispuesto en la Ley 1480 de 2011 en materia de información y publicidad.

Parágrafo. La Unidad Administrativa Especial de Aeronáutica Civil, o quien haga sus veces, dará amplia publicidad, de forma permanente, en medios masivos de comunicación, así como en los diferentes puntos de atención a los usuarios de los mecanismos de protección establecidos en esta ley. Lo anterior sin perjuicio de la competencia materia de publicidad de la Superintendencia de Industria y Comercio.

Artículo 6º. Información periódica. La Unidad Administrativa Especial de Aeronáutica Civil, cada seis meses, publicará en un medio escrito de circulación nacional el costo promedio del pasaje pagado por los usuarios en cada ruta y empresa de aviación en las rutas nacionales.

Artículo 7º. Competencia. Lo regulado en esta ley, sin perjuicio de lo establecido en el parágrafo del artículo 5º de la presente ley, será competencia de la Unidad Administrativa Especial de Aeronáutica Civil en los términos implementados por el parágrafo 2º del artículo 25 de la Ley 1558 de 2012.

Artículo 8º. Normas más favorables. En caso de conflicto o duda sobre la aplicación entre estas normas y los Reglamentos Aeronáuticos de Colombia, prevalece la más favorable al usuario. La norma que se adopte debe aplicarse en su integridad.

Artículo 9º. Sanciones. La Unidad Administrativa Especial de Aeronáutica Civil, conforme al artículo 55 de la ley 105 de 1993, establecerá las sanciones por el incumplimiento de estas disposiciones.

Artículo 10. Vigencia. La presente ley entra en vigencia a partir de su promulgación y deroga todas las normas que le sean contrarias.

Atentamente,

* * *

ACTA DE CONCILIACIÓN AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 136 DE 2015 SENADO, 003 DE 2015 CÁMARA

por medio de la cual se garantiza el acceso en condiciones de universalidad al derecho prestacional de pago de prima de servicios para trabajadores y trabajadoras domésticas.

Bogotá, D. C., junio 16 de 2016

Doctor

LUIS FERNANDO VELASCO CHAVES

Presidente

Honorable Senado de la República

Ciudad

Doctor

ALFREDO RAFAEL DELUQUE ZULETA

Presidente

Honorable Cámara de Representantes

Ciudad

Referencia: Acta de conciliación al Proyecto de ley número 136 de 2015 Senado, 003 de 2015 Cámara, por medio de la cual se garantiza el acceso en condiciones de universalidad al derecho prestacional de pago de prima de servicios para trabajadores y trabajadoras domésticas.

Honorables Presidentes:

De acuerdo con las designaciones efectuadas por las Presidencias del Honorable Senado de la República y de la Honorable Cámara de Representantes, y de conformidad con lo dispuesto en los artículos 161 de la Constitución Política y 186 de la Ley 5ª de 1992, los

suscritos y suscritas Senadores, y Representantes integrantes de la Comisión Accidental de Conciliación, nos permitimos someter, por su conducto, a consideración de las Plenarias del Senado y de la Cámara de Representantes para continuar su trámite correspondiente, el texto conciliado del proyecto de ley de la referencia. Después de un análisis hemos concluido que el texto aprobado por el Honorable Senado de la República recoge en su integridad lo aprobado en la Cámara de Representantes e incorpora algunas disposiciones aprobadas por las diferentes bancadas. Por lo anterior, hemos decidido acoger en su totalidad el texto aprobado en segundo debate por la Plenaria del Senado de la República, así como el título aprobado por esta.

TEXTO CONCILIADO AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 136 DE 2015 SENADO, 003 DE 2015 CÁMARA

por medio de la cual se garantiza el acceso en condiciones de universalidad al derecho prestacional de pago de prima de servicios para los trabajadores y trabajadoras domésticos.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. *Objeto.* La presente ley tiene como objeto garantizar y reconocer el acceso en condiciones de universalidad el derecho prestacional de pago de prima de servicios para las trabajadoras y los trabajadores domésticos.

Artículo 2°. Modifíquese el artículo 306 del Decreto-ley 2663 del 5 de agosto de 1950, Código Sustantivo del Trabajo, el cual quedará así:

Artículo 306. De la prima de servicios a favor de todo empleado. El empleador está obligado a pagar a su empleado o empleados, la prestación social denominada prima de servicios que corresponderá a 30 días de salario por año, el cual se reconocerá en dos pagos, así: la mitad máximo el 30 de junio y la otra mitad a más tardar los primeros veinte días de diciembre. Su reconocimiento se hará por todo el semestre trabajado o proporcionalmente al tiempo trabajado.

Parágrafo. Se incluye en esta prestación económica a los trabajadores del servicio doméstico, choferes de servicio familiar, trabajadores por días o trabajado-

res de fincas y en general, a los trabajadores contemplados en el Título III del presente Código o quienes cumplan con las condiciones de empleado dependiente.

Artículo 3°. Créese una Mesa de Seguimiento a la implementación del Convenio número 189 de la OIT sobre trabajadoras y trabajadores del servicio doméstico, la cual se reunirá periódicamente y tendrá por objetivo formular y desarrollar de manera concertada entre el Gobierno, los empleadores y las organizaciones de trabajadoras y trabajadores, políticas públicas con la finalidad de promover el trabajo decente en el sector del trabajo doméstico remunerado, y en general hacer seguimiento a la implementación de dicho Convenio.

El Ministerio del Trabajo reglamentará de manera concertada con las organizaciones de trabajadoras y trabajadores, la estructura, composición, periodicidad y agenda de la Mesa de Seguimiento a la implementación del Convenio número 189 de la OIT dentro de los tres meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley. Asimismo, presentará informes anuales al Congreso de la República sobre las acciones y avances en la garantía de las condiciones de trabajo decente en este sector.

Artículo 4°. El Ministerio del Trabajo diseñará e implementará de manera articulada con las organizaciones de trabajadoras y trabajadores, una estrategia para la divulgación del contenido de la presente ley.

Artículo 5°. *Vigencia.* La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga todas las normas que le sean contrarias.

Cordialmente,

De los honorables Senadores y de los honorables Representantes a la Cámara

ANTONIO JOSÉ CORREA JIMÉNEZ
Senador de la República
Conciliador

ÁNGELA MARÍA ROBLEDO GÓMEZ
Representante a la Cámara
Conciliadora

HONORIO HENRÍQUEZ PINEDO
Senador de la República
Conciliador

OSCAR DE JESÚS HURTADO HERNÁNDEZ
Representante a la Cámara
Conciliador

PONENCIAS

INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 95 DE 2015 SENADO, 249 DE 2016 CÁMARA

por medio de la cual se regula el uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA) en transportes de asistencia, lugares de alta afluencia de público, y se dictan otras disposiciones.

Honorable Representante

RAFAEL ROMERO PIÑEROS

Presidente

Comisión Séptima Constitucional Permanente

Cámara de Representantes

Ciudad

Referencia: Informe de ponencia para primer debate - Proyecto de ley número 95 de 2015 Senado, 249 de 2016 Cámara, por medio de la cual se regula

el uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA) en transportes de asistencia, lugares de alta afluencia de público, y se dictan otras disposiciones.

Honorables Representantes:

Dando cumplimiento al encargo que nos hiciera la Honorable Mesa Directiva, con el fin de rendir ponencia para tercer debate al proyecto de la referencia, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 150, 153 y 156 de la Ley 5ª de 1992, de manera atenta sometemos a su consideración el presente informe en los siguientes términos:

I. Antecedentes del proyecto

La presente iniciativa fue radicada el 16 de septiembre de 2015 por los honorables Senadores de la Bancada del Centro Democrático: Iván Duque Márquez, Álvaro Uribe Vélez, Paloma Valencia Laserna, Alfredo Ramos Maya, Fernando Nicolás Araujo, Orlando Cas-

tañeda Serrano, María del Rosario Guerra y Ernesto Macías Tovar.

Le correspondió el número 095 de 2015 en el Senado y se publicó en la *Gaceta del Congreso* número 753 de 2015. Por disposición de la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, el Senador Honorio Miguel Henríquez Pinedo fue designado para rendir informe de ponencia en primer debate ante esta célula legislativa, el cual fue aprobado en primer debate el 9 de diciembre de 2015.

El Senador Honorio Miguel Henríquez Pinedo fue designado nuevamente como ponente para rendir informe de esta iniciativa ante la honorable Plenaria del Senado de la República. El 4 de mayo de 2016 fue debatido y aprobado, y contó con el apoyo de los voceros de las distintas bancadas, y de Senadores que padecieron ataques mitigables mediante los Desfibriladores Externos Automáticos.

En la Cámara de Representantes le correspondió el número 249 de 2016, y por disposición de la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes, los representantes José Élver Hernández Casas, Oscar Ospina Quintero, y María Margarita Restrepo Arango (Coordinadora), fueron designados para rendir informe de ponencia en primer debate ante esta célula legislativa.

II. Objeto

El presente proyecto de ley, de acuerdo con su artículo 1º, tiene por objeto “establecer la obligatoriedad, la dotación, disposición y acceso a los Desfibriladores Externos Automáticos (DEA) en los transportes de asistencia básica y medicalizada, así como en los espacios con alta afluencia de público”.

III. Contenido de la iniciativa

El presente proyecto de ley, además del título, cuenta con ocho (8) artículos, entre ellos el de la vigencia.

Su artículo 1º corresponde al objeto del proyecto de ley.

El artículo 2º establece las definiciones de Desfibrilador Externo Automático (DEA), transportes asistenciales y espacios con alta afluencia de público.

El artículo 3º establece el ámbito de aplicación, es decir, los lugares donde se accede al uso de Desfibriladores Externos Automáticos (DEA).

El artículo 4º establece el entrenamiento y uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA).

El artículo 5º establece la implementación.

El artículo 6º establece la adquisición de los Desfibriladores Externos Automáticos (DEA) por entidades de derecho público. Y los sujetos de derecho privado estarán sujetos a la aprobación de los DEA adquiridos.

El artículo 7º establece la reglamentación en seis meses por parte del Gobierno nacional, desde la promulgación de esta ley.

El artículo 8º establece la vigencia.

IV. Aspectos generales

4.1. Cifras sobre enfermedades cardíacas

La Asociación Americana de Cardiología asegura que se espera que el número de muertes anuales ascienda a 23.6 millones para 2030. Al mismo tiempo,

expone que en su mayoría los paros cardíacos repentinos son el resultado de la fibrilación ventricular, lo que genera un ritmo cardíaco acelerado y no sincronizado, que inicia en los ventrículos. En estos casos, el corazón debe ser desfibrilado rápidamente, ya que las posibilidades de sobrevivencia caen drásticamente de entre 7% a 10% por cada minuto que no se restaura el ritmo cardíaco normal¹.

En Estados Unidos hay diagnosticados 26.6 millones de personas con enfermedades cardíacas, con un registro de 193.3 muertes por cada 100.000 habitantes (616.434), siendo la causa número 1 de muertes en ese país. Adicionalmente, de 424 mil personas que sufrieron ataques cardíacos fuera del hospital; durante 2015, 133 mil sobrevivieron gracias al uso del DEA, lo que equivale a un 31.4% de los casos.

En Colombia, las Estadísticas Vitales del DANE evidencian que en el año 2015, 13.579 jóvenes y niñas entre los 0 y 19 años fueron atendidas con diagnóstico de enfermedades del sistema circulatorio; al mismo tiempo, 76.783 mujeres entre los 20 y 39 años; 361.141 entre los 40 a 60, y 539.667 mujeres mayores de 60 años. Frente a los hombres tenemos que en el rango de 0 a 20 años: 14.175 jóvenes y niños; 51.150 hombres de 20 a 40 años; 186.321 de 40 a 60 años, y 326.515 de hombres mayores de 60 años, fueron diagnosticados; si sumamos esto, vemos cómo en Colombia, durante el 2015, se atendieron 1.569.331 personas con diagnóstico de enfermedades del sistema circulatorio.

Actualmente, las muertes, por o asociadas a enfermedades cardiovasculares, representan la causa número 1 de muertes en el país. Aunque las cifras en Colombia son muy vagas en la materia, de acuerdo a información suministrada por la Asociación Colombiana de Cardiología 70 personas por cada 100 mil habitantes (33.824) sufren anualmente un infarto, y de estos, cerca del 50% muere en el recorrido hacia el hospital. Solo el 20% de los pacientes que no reciben atención o auxilio alguno, inmediatamente ocurrido el suceso, sobreviven a una afección de esta naturaleza.

Por su lado, el Instituto Nacional de Salud afirma que entre 2005 y 2009 ocurrieron 122.223 muertes por infarto agudo al miocardio, siendo la primera causa de muerte en el conjunto de enfermedades cardiovasculares, representando el 49,5% de las muertes en este grupo.

Al mismo tiempo, según registros del DANE en Colombia sobre enfermedades cardíacas, en 2002 murieron 165.153 personas; en 2010, 200.524, y en los primeros 5 meses del año 2015 se presentaron 77.300 muertes relacionadas con enfermedades cardíacas.

4.2. American Heart Association

Según la American Heart Association, la desfibrilación es un proceso en el que un dispositivo electrónico da choques eléctricos al corazón. Esto ayuda a restablecer el ritmo normal de las contracciones en un corazón que está teniendo una arritmia o un paro cardíaco².

La **arritmia** se refiere a cualquier cambio de la secuencia normal de los impulsos eléctricos, causando

¹ http://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@hcm/documents/downloadable/ucm_300340.pdf

² http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/Arrhythmia/PreventionTreatmentofArrhythmia/Defibrillation_UCM_3_05002_Article.jsp#.VjPnMnRhaU.

que el corazón lata muy rápido, muy lento, o erráticamente. Cuando el corazón no late de manera apropiada no puede bombear sangre efectivamente a los pulmones, cerebro y otros órganos, y estos podrían dejar de funcionar o sufrir daños³.

El **paro cardíaco** ocurre cuando el flujo de sangre que lleva oxígeno al músculo cardíaco se reduce severamente o se corta completamente. Esto sucede porque las arterias coronarias que suplen al músculo cardíaco con sangre se estrechan por la acumulación de grasa, colesterol, y otras sustancias, que juntas se llaman placa (un proceso lento que es conocido como arterioesclerosis). Cuando una placa se rompe en una arteria coronaria se forma un coágulo alrededor de la placa, el cual puede bloquear el fluido de sangre al músculo cardíaco, privándolo de oxígeno y nutrientes; lo que se denomina isquemia. Cuando el daño o muerte de parte del músculo cardíaco ocurre como resultado de una isquemia, se presenta el ataque cardíaco o infarto de miocardio. Cada 43 segundos, alguien en Estados Unidos tiene un infarto de miocardio⁴.

Ante la ocurrencia de alguna de las mencionadas condiciones médicas, la American Heart Association recomienda que los Desfibriladores Externos Automáticos estén disponibles donde se congregan un gran número de personas, como en aeropuertos, centros de convenciones, estadios deportivos y estadios, grandes edificios industriales, oficinas de gran altura, grandes instalaciones de *fitness* para la salud, etc.⁵

La importancia de contar con un DEA en un ambiente externo al hospitalario, a más de evidenciarse en la literatura científica al respecto, es una realidad tal y como lo señalan en el análisis del Ministerio de Salud y Protección Social, en donde se constata que el infarto agudo de miocardio o ataque cardíaco fue responsable de la muerte de 16.000 hombres de los 29.000 colombianos que fallecieron en 2011 por esa causa en el país, lo cual implica que al día fallecieron por esta enfermedad 43 varones⁶.

*“(…) Si la fibrilación ventricular no se trata de inmediato, se desarrolla paro cardíaco por asistolia o actividad eléctrica sin pulso y probablemente será más difícil una resucitación exitosa. Para atender el paro en forma adecuada se requieren dos elementos: reanimación básica y **desfibrilación**. (...)”*⁷ (Negrita y subrayado fuera de texto).

De acuerdo con los análisis científicos, dentro de las causas de muerte súbita en el infarto agudo de miocardio se calcula que aproximadamente 250.000 personas mueren fuera del hospital, y el causante de muerte más común es la fibrilación ventricular, precedida inicial-

mente por taquicardia ventricular con pulso y luego sin pulso⁸.

4.3. Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (SCARE)

La Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (SCARE) allegó al Congreso de la República un concepto sobre el Proyecto de ley número 95 de 2015 Senado, el día 19 de noviembre de 2015. A continuación se transcriben extractos del mismo:

*“La desfibrilación será efectiva únicamente mientras el ritmo de fibrilación se encuentre presente⁵, una vez haya silencio eléctrico (diez minutos después) ya no habrá respuesta al estímulo eléctrico externo, y además, la posibilidad de respuesta también disminuye a medida que van pasando los minutos, es decir, la desfibrilación será más efectiva entre menos tiempo haya transcurrido desde el inicio del paro. (Idealmente menos de 4 minutos)”*⁵.

Debido a que el tratamiento efectivo para la fibrilación ventricular es la desfibrilación, es importante tener acceso rápido a un equipo de reanimación que disponga de un desfibrilador.

Lo eslabones anteriormente descritos son los eslabones de la cadena de supervivencia, cada uno de ellos indispensable, por cuanto conforma un grupo de acciones vitales en el tratamiento de las víctimas de paro cardiorrespiratorio:

1. Reconocimiento y activación temprana del sistema de respuesta a emergencias, donde la comunidad debe jugar un papel muy importante, el tiempo es la limitante mayor y sabiendo que el proceso de muerte será irreversible dentro de 10 o 15 minutos, debe activarse inmediatamente que ocurre el evento para que el equipo de ayuda llegue a tiempo.

2. Reanimación cardiopulmonar de alta calidad, inmediata. Para lograr que la persona quede sin secuelas neurológicas es necesario que siga llegando sangre oxigenada a los órganos vitales (cerebro, corazón, etc.). Por eso se encuentra en la literatura también como reanimación cardio-cerebro-pulmonar y son las maniobras de compresiones torácicas externas acompañadas o no de maniobras de ventilación las que mantienen este flujo vital.

3. Desfibrilación rápida. El 70% de los ritmos iniciales de paro requiere este tratamiento, por lo tanto es indispensable que llegue a la víctima antes del tiempo de inicio del silencio eléctrico.

4. Soporte vital avanzado. Son todas las acciones que llevará a cabo el personal de salud y que requiere de mayores conocimientos y entrenamiento específico en el tema.

5. Cuidados post-reanimación. Después de que la víctima sale del paro debe ser llevada a un sitio adecuado donde se le brinde un tratamiento integral para el estado pos-paro cardíaco, conocido como “isque-

³ http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/Arrhythmia/AboutArrhythmia/About-Arrhythmia_UCM_002010_Article.jsp#.VjzCKMnRhaU

⁴ http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartAttack/AboutHeartAttacks/About-HeartAttacks_UCM_002038_Article.jsp#.VjzCVsnRhaU

⁵ http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/Arrhythmia/PreventionTreatmentofArrhythmia/Defibrillation_UCM_3_05002_Article.jsp#

⁶ <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Hombres.-m%C3%A1s-propensos-en-Colombia-a-morir-de-infarto.aspx>

⁷ *Ibíd.* 1.

⁸ *“(…) Cuando ha habido oportunidad de registrar el ritmo, 40% ha mostrado fibrilación ventricular, pero es probable que una proporción mayor de este ritmo haya estado presente al tiempo del colapso, si se hubiera tenido tiempo de registrarlo. Si alguien con entrenamiento hubiese estado presente al tiempo del colapso, el paciente hubiera podido sobrevivir y salir del paro (la importancia del denominado ¿primer respondiente¿ para atender la emergencia). (...)”* (Matiz, 2009).

ma-reperusión”, para proteger el cerebro y rescatar los órganos de la inestabilidad hemodinámica⁶.

(...)

El Desfibrilador Externo Automático (DEA) es un dispositivo liviano, sofisticado, electrónico que al ser conectado a una víctima analiza e identifica por sí sólo la arritmia presente y define si es necesaria una descarga de desfibrilación, mediante comandos visuales y auditivos facilita a cualquier persona (lego o no) con un mínimo de entrenamiento proporcionar esta descarga sin tener que analizar el ritmo ni escoger el nivel de descarga necesario. Sólo siguiendo los comandos de voz el equipo carga la energía necesaria automáticamente y alienta al reanimador lego a realizar la descarga a través de unos parches conectados en el pecho desnudo del paciente teniendo un mínimo de condiciones de seguridad⁷.

(...)

Uno de los fundamentos más claros es la limitación en el tiempo, por eso y basándose en estudios epidemiológicos sobre la incidencia de los episodios de paro, se han determinado los sitios donde debe estar disponible un DEA¹¹. Sin embargo, un episodio de paro puede seguir presentándose en sitios no concurridos. A nivel mundial se recomienda que los desfibriladores externos automáticos DEA de acceso público se utilicen principalmente de las siguientes dos formas 7;12;13:

A. DEA de acceso público fijo: ubicados en sitios de alta afluencia o permanencia de personas. Su objetivo es que un reanimador lego de la comunidad, testigo del paro, pueda usarlo y que pueda proporcionar una desfibrilación temprana a la víctima de paro cardio-respiratorio.

Algunos ejemplos de sitios de alta afluencia son: estadios y centros deportivos, aeropuertos, casinos, complejos de oficinas, entidades gubernamentales, congregaciones religiosas, centros comerciales, centros educativos, hogares geriátricos, en fin, escenarios donde haya gran cantidad de personas.

Hay factores adicionales a tener en cuenta como son:

Un hogar geriátrico puede tener menos gente al tiempo que los estudiantes en una escuela infantil, sin embargo, la posibilidad de un evento agudo en el hogar geriátrico es mayor por el rango de edades.

En un sitio gigante y de alta afluencia, como un centro comercial, debe garantizarse que haya un desfibrilador disponible cerca, de tal manera que cualquier persona pueda desplazarse y volver con él hasta donde está la víctima en un tiempo menor que 3 o 4 minutos.

Hay estudios serios acerca de todas estas variables y los países que han adoptado estas medidas lo han hecho de diferentes formas⁸.

B. DEA de acceso público móvil: ubicado en vehículos de respuesta rápida, que son tripulados por personal entrenado, como son las ambulancias, vehículos de bomberos o de policía.

A continuación se resumen los pasos sencillos que debe seguir cualquier usuario de un DEA^{12;14}:

1. Encendido del equipo: con un botón de fácil acceso, que además activa el parlante del equipo, para emitir las instrucciones verbales que siguen.

2. Conectar los electrodos en el pecho desnudo del paciente y el otro extremo del cable en el conector del DEA donde habrá una luz intermitente; en este momento el equipo instruye al reanimador a separarse para analizar el ritmo cardiaco. En caso de requerirse la descarga, por las características del ritmo desfibrilable, el aparato activa automáticamente la energía y se carga sólo.

3. Al cargarse el equipo enciende una luz intermitente sobre el botón de descarga que debe ser accionado por el reanimador. El aparato instruye al reanimador a separarse de la víctima, y al accionar la descarga avisará que la descarga ha sido administrada y alentará al reanimador a continuar las maniobras de reanimación.

(...)

Respecto de la investigación en educación hay que resaltar el esfuerzo de investigadores locales¹⁵; en un estudio que incluyó 33 estudiantes candidatos a instructores de reanimación se evaluó el conocimiento previo que ellos tenían acerca del uso apropiado del DEA, se encontró que la mayoría de ellos tenía un gran desconocimiento al iniciar el taller de capacitación, teniendo en cuenta que estos estudiantes en su totalidad eran médicos, se concluyó que el desconocimiento general del manejo de este equipo, incluso por el personal de salud, demuestra la ausencia de políticas de educación adecuadas que son necesarias para la colocación de los DEA en áreas de acceso masivo de población, y que no solamente se requiere su adquisición sino una política clara de educación hacia la comunidad para que sea utilizado de manera adecuada.

(...)

Según la OPS (Organización Panamericana de Salud) tradicionalmente el Soporte Vital Básico se refirió a la atención no invasiva, sin embargo, debido a la llegada de aparatos computarizados para leer electrocardiogramas, la desfibrilación se considera ahora parte del soporte vital básico, con la disponibilidad de los desfibriladores automáticos externos de acceso público (DEA)¹⁷.

La historia de la inclusión de los desfibriladores en las ambulancias está relacionada a la evolución en las técnicas de reanimación, en 1946 el doctor James Elam fue el primero en registrar el desempeño de la ventilación artificial de boca a boca; el doctor Peter Safar, basándose en los conocimientos de Elam, revolucionó la atención médica de emergencias con el perfeccionamiento y la enseñanza de estas técnicas de ventilación; a finales de los años cincuenta, William Kouwenhoven, James Jude y Guy Knickerbocker de la Universidad Johns Hopkins, lograron comprender la relación entre desfibrilación, la respiración boca a boca y el masaje cardiaco externo. En el año 1961 se publicó en JAMA el procedimiento de la Reanimación Cardiopulmonar (RCP), lo que revolucionó aún más la atención de emergencias¹⁷.

Paul Zoll, en 1956, fue el primero en realizar la desfibrilación a tórax cerrado utilizando un desfibrilador de corriente alterna. En 1962, Bernard Lown creó un desfibrilador portátil de corriente continua. Al combinar la RCP con la facilidad de transporte del desfibrilador se habían creado las bases fundamentales de la atención cardiaca de emergencia. Llevaría casi cinco años para que el concepto fuera adoptado por unos

pocos médicos y que comenzara la práctica de la atención en el ambiente prehospitalario¹⁷.

A principios de los años setenta el doctor Mark Vasu, a pesar de tener en contra a todos sus colegas, enseñó a legos el procedimiento de la reanimación. Vasu atribuye al descubrimiento de la reanimación cardiopulmonar el gran impulso que se dio al movimiento de la creación de los servicios de emergencias médicas. La atención hacia el sitio de la emergencia empezó rápido cuando aparecieron informes acerca de la muerte de pacientes que de estar cerca a un sitio de atención se habrían salvado. En 1967 el doctor J. F. Paintridge, un cardiólogo irlandés, describió cómo desarrolló un servicio por el cual se podía llamar a la Unidad de Cuidados Intensivos de su hospital y solicitar que una unidad móvil de cuidados intensivos fuera despachada al lugar de la emergencia. El doctor Paintridge informó que se salvaron vidas mediante el uso de un monitor de electrocardiografía y desfibrilador portátil, en hogares de individuos afectados por ataques cardíacos. Él, junto con otros médicos, conformaron un grupo que incluyó al doctor Safar, y se denominó la Comunidad de Mainz, pues se reunían una vez al año en la ciudad de ese nombre para intercambiar los resultados de sus investigaciones.

En las décadas siguientes apareció la normatividad acerca de la formación de los servicios de emergencias médicas, que con el tiempo llegaron a ser reconocidos como el tercer servicio de importancia después del servicio de policía y el de bomberos; los socorristas iniciales fueron adquiriendo educación específica, creándose el servicio técnico de socorristas, y en la década de los ochenta apareció el desfibrilador externo automático que cambió enormemente la mortalidad.

La notificación del doctor Paintridge sobre el éxito de la desfibrilación prehospitalaria manual y de los cuidados intensivos móviles en gran parte puede ser comparada con lo que se ha logrado actualmente con el desfibrilador automático. El desfibrilador automático despolariza el corazón de modo similar al de Paintridge, con una diferencia importante, el socorrista no necesita ser médico, enfermera, paramédico ni técnico en emergencias médicas. La máquina sabe cómo leer el electrocardiograma y determina cuándo es apropiado producir la descarga sobre el paciente. Cualquier lego puede aprender cómo usar el dispositivo en menos de cinco horas y se comprobó que la retención de habilidades es mejor que la de los estudiantes legos que aprenden RCP¹⁷.

(...)

La Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación ha liderado en los últimos 15 años los intentos de legislación en nuestro país, y mientras esto se logra, continúa impartiendo cursos y talleres de soporte vital básico y avanzado dirigidos a la comunidad y al personal de la salud; existen además en Colombia alrededor de 30 entidades educando reanimadores, este gran esfuerzo requiere además de una política gubernamental que legisle acerca de los temas de desfibrilación de acceso público y los mecanismos de educación necesarios²⁰.

(...)

El Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), contratado por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, realizó en 2014 un análisis

de costo-efectividad del uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA) comparado con Reanimación Cardiopulmonar Básica (RCP) en Colombia²⁵, el objetivo fue analizar los costos y la efectividad de los desfibriladores automáticos y semiautomáticos en espacios de afluencia masiva y ambulancias básicas en Colombia; su población objetivo fueron personas que presentarían pérdida del estado de conciencia en espacios de afluencia masiva de público (aeropuertos, centros comerciales, estadios, centros de convenciones, colegios, universidades, medios masivos de transporte público, cárceles, entre otros) y en ambulancias básicas.

Previo a la realización del análisis reunió a expertos en el tema, miembros de las sociedades científicas, incluyendo las áreas de Anestesiología y Reanimación, Cardiología y Electrofisiología, Emergencias Médicas, Instructores en Reanimación Cardio-cerebro-pulmonar Avanzada y miembros del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE); con ellos hizo la estandarización de términos y el diseño del análisis de costo-efectividad²⁵.

Utilizando el modelo de árbol de decisiones usó como desenlaces y valoración la mortalidad y los años de vida ganados, incluyó los costos del dispositivo, los costos de medicamentos y los costos de procedimientos e insumos; sus fuentes de datos de costos fueron la consulta a proveedores, SISMED (Sistema de Información de Precios de Medicamentos) y el Manual Tarifario ISS 2001 (Instituto de Seguridad Social), la metodología empleada en ese reporte siguió los lineamientos propuestos en el Manual para la Elaboración de Evaluaciones Económicas en Salud Pública por el IETS (Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud).

La **intervención** analizada fue el uso de DEA (Desfibrilador Externo Automático) en espacios de afluencia masiva de público y el semiautomático para ambulancias básicas y el **comparador** fue la realización de Reanimación Cardiopulmonar Básica.

El **desenlace medido** fue el número de muertes evitadas con las dos intervenciones en salud, DEA y RCP.

Los resultados del caso base mostraron que en el escenario de espacios públicos, el costo de una muerte evitada es de \$87.492.099 pesos colombianos. En el escenario de las ambulancias básicas el costo de una muerte evitada es de \$47.980.642 pesos colombianos. Al expresar estas cifras en costo por año de vida ganado, el DEA sería altamente costo-efectivo en ambos escenarios²⁵.

Los análisis de sensibilidad y el diagrama de tornado mostraron que las variables con mayor impacto sobre la RICE (Razón Incremental de Costo-Efectividad) en espacios públicos son la probabilidad de sobrevivida al alta hospitalaria y el costo del Desfibrilador Externo Automático (DEA). En el caso de las ambulancias básicas las variables con mayor impacto sobre la RICE (Razón Incremental de Costo-Efectividad) fueron la probabilidad de sobrevivida con el DEA y la probabilidad de sobrevivida con RCP (Reanimación Cardiopulmonar Básica), ambas en el alta hospitalaria²⁵.

(...)

Teniendo en cuenta la importancia del documento del IETS, que es un estudio serio realizado por una entidad no gubernamental patrocinado por el Ministerio de Salud y la Protección Social, incluyo a continuación

la discusión que se redactó luego de la elaboración del informe:25

“Diversos países alrededor del mundo han recomendado e implementado el DEA en espacios de afluencia masiva de público. En Europa, la legislación es bastante heterogénea con respecto a la implementación y el uso del DEA. La lenta implementación obedece principalmente a la percepción limitada de la importancia de la desfibrilación temprana y por la resistencia a desmedicalizar el acto de la desfibrilación.7;25.

En Europa la estructura y organización de los servicios médicos de emergencias y legislación concerniente a desfibrilación son muy variables dependiendo del país, todos los países europeos aceptan las directrices del Consejo Europeo de Resucitación que definió que un programa efectivo de desfibrilación requiere la integración de al menos 5 áreas de trabajo estrechamente relacionadas: el análisis de las condiciones locales y la identificación de prioridades, la implementación de protocolos de intervención, la identificación y el entrenamiento de personal, un sistema eficiente de recolección de información y, un mantenimiento continuo de los equipos 7;26.

En España mediante el Real Decreto número 365 de 200927 el Ministerio de Sanidad y Consumo expidió las condiciones y requisitos mínimos de seguridad y calidad en la utilización del DEA. En ellos se establece que los organismos, empresas e instituciones públicas y privadas que instalen un Desfibrilador Externo Semiautomático (DESA) serán responsables de garantizar su mantenimiento y conservación de acuerdo con las instrucciones del fabricante, y deberán notificarlo a la autoridad sanitaria de la comunidad autónoma del lugar, teniendo en cuenta que será indispensable señalar un lugar visible para su instalación y las normas de su utilización 7;27;28. El DESA también debe garantizar la implementación de un sistema de información articulado con las entidades sanitarias para la notificación posterior a los eventos. De otro lado son las comunidades autónomas quienes deben encargarse del entrenamiento del personal que prestaría la atención con DEA 7;27.

En Estados Unidos se presenta heterogeneidad de la legislación con respecto a la implementación de los DEA en los Estados federados. Sin embargo, todos comparten ciertos parámetros generales en cuanto a la reglamentación del uso de los DEA 29-31:

- Regulación y supervisión de la fabricación y venta de los DEA.
- Regulación y supervisión por parte de quienes implanten y hagan uso de los DEA.
- Mandatos de los programas para lugares específicos.
- Inmunidad legal para el “Buen Samaritano”.
- Definición de los fondos para los programas de los DEA.
- Implementar por parte de los establecimientos que implanten y hagan uso de los DEA la notificación a los servicios de emergencias de la presencia y ubicación de un DEA.

- Quienes implanten y hagan uso del DEA deben encargarse de la capacitación a quienes hagan uso del mismo.

La solicitud para obtener un DEA puede surgir de dos contextos: como una solicitud de la comunidad, estableciendo la necesidad de implementación de los dispositivos en ciertos espacios (escuelas, centros de salud, etc.) o como una decisión de política pública. Por lo demás, la obligación de disponer de un DEA en ciertos escenarios es variable entre Estados. De la misma forma, las leyes de protección al ¿buen samaritano¿ dificultan la interposición de acciones legales en contra de las personas involucradas en los programas de DEA. Sin embargo, el tipo y grado de protección a estas personas también es heterogéneo a lo largo de los Estados.

En Japón, desde 2004 se estableció legalmente que cualquier ciudadano puede usar un DEA. El uso de los DEA en espacios públicos no es controlado por las autoridades sanitarias, sino que depende de las iniciativas de los sectores público y privado7.

Para el caso de algunos países en América Latina, se encontró que en Puerto Rico ya está legislado el uso del DEA en espacios privados que atienden al público32, así como en espacios públicos33. La legislación de ese país establece que el Departamento de Salud, en coordinación con el personal encargado de los establecimientos privados, tendrá la responsabilidad en la capacitación para el uso del DEA. La provisión de fondos será tanto pública como privada, esto último dependiendo de la necesidad que presente cada establecimiento.

En Uruguay se ha establecido que en los espacios públicos o privados donde exista afluencia de público, deberán contar como mínimo con un desfibrilador externo automático, que deberá ser mantenido en condiciones aptas de funcionamiento y disponible para el uso inmediato en caso de necesidad de las personas que por allí transiten o permanezcan, de acuerdo a la gradualidad que el Ministerio de Salud Pública determine34. De esa manera, quienes dispongan y hagan uso del DEA serán responsables de la instalación y del mantenimiento de los desfibriladores.

En Colombia, el uso del DEA en espacios de afluencia masiva de público y ambulancias básicas es un tema de interés para el Ministerio de Salud y protección Social, razón por la cual se solicitó la realización de este estudio”.

De otra parte, el Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala como una de las principales preocupaciones mundiales las muertes por epidemia de enfermedades cardiovasculares, especialmente en los Estados de ingresos medios, y bajos, así, la organización internacional señaló:

“(…) El Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles es el primer informe sobre la epidemia de carácter mundial de enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas, junto con sus factores de riesgo y determinantes. Las enfermedades no transmisibles causaron la muerte de 36 millones de personas en 2008, gran parte de las cuales no contaban aún 60 años, es decir, que se encontraban en el periodo más productivo de sus vidas. La magnitud de estas enfer-

*medades sigue aumentando, especialmente en países de ingresos bajos y medianos. (...)*⁹

Como es de anotar, la literatura científica al respecto es extensa y soporta técnicamente la pertinencia de la iniciativa, por lo que sería beneficioso para la población colombiana poder tener garantizado el uso de los DEA, con el fin de reducir las muertes cardiovasculares por fibrilación auricular y ventricular, especialmente por la corresponsabilidad público-privada que persigue la iniciativa, lo que zanja el hecho de que la iniciativa propuesta no afecta las finanzas públicas y da total aplicación a los derechos constitucionales y la ley estatutaria de salud.

V. Fundamentos jurídicos

La Constitución Política establece en su artículo 49, lo siguiente:

“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.*

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.”

En relación con el objeto que persigue este proyecto y lo que consagra la norma ibidem, la atención de la salud y la recuperación de la misma están a cargo del Estado, el cual para alcanzar estos fines prestará los servicios de manera eficiente, es decir, contará con los recursos para que se cumplan estos propósitos; universal, para que cubra a todos, y solidaria “*como un deber que pesa en cabeza del Estado y de todos los habitantes del país*”.¹⁰

En ese orden de ideas, está la Ley 1751 de 2015, que como norma estatutaria, regula, garantiza y establece los mecanismos para proteger el derecho fundamental a la salud. En esta ley, el artículo 5° sobre las obligaciones del Estado, en lo que concierne a esta iniciativa sostiene en los literales f) que velará “*por el cumplimiento de los principios del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, según las necesidades de salud de la población*”; y j) que intervendrá “*el mercado de medicamentos, dispositivos médicos e insumos en salud con el fin de optimizar su utilización,*

evitar las inequidades en el acceso, asegurar la calidad de los mismos o en general cuando pueda derivarse una grave afectación de la prestación del servicio.”

También está la Ley 1438 de 2011 “*por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*”. Esta norma prevé en su artículo 1° la estrategia Atención Primaria en Salud, la cual permite la coordinación del Estado, las instituciones y la sociedad para mejorar la salud. Y el artículo 67, especialmente regula los sistemas de emergencias médicas en los siguientes términos:

“Artículo 67. Sistemas de emergencias médicas. *Con el propósito de responder de manera oportuna a las víctimas de enfermedad, accidentes de tránsito, traumatismos o paros cardiorrespiratorios que requieran atención médica de urgencias, se desarrollará el sistema de emergencias médicas, entendido como un modelo general integrado, que comprende, entre otros los mecanismos para notificar las emergencias médicas, la prestación de servicios prehospitalarios y de urgencias, las formas de transporte básico y medicalizado, la atención hospitalaria, el trabajo de los centros reguladores de urgencias y emergencias, los programas educacionales y procesos de vigilancia.*

El Ministerio de la Protección Social reglamentará, en el transcurso de un año (1) a partir de la vigencia de la presente ley, el desarrollo y operación del sistema de emergencias médicas, que garantice la articulación de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad (sic) Social en Salud de acuerdo con sus competencias, incluyendo los casos en los que deberá contarse con personal con entrenamiento básico donde haya alta afluencia de público. Para la operación del sistema se podrán utilizar recursos del programa institucional de fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias.” (Subrayado fuera de texto).

Por otra parte, está el Ministerio de Salud y Protección Social que trabaja en un estudio de costo-efectividad de los DEA en ambulancias de transporte básico, que en Colombia se calcula hay cerca de 3.766; porque las ambulancias medicalizadas, unas 899 en todo el país, son las que exigen el uso de desfibriladores.¹¹

La Resolución número 2003 de 2014, proferida por el Ministerio de Salud y Protección Social, define “*los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud*”. En ella se establece la posibilidad de actualizar periódicamente los requisitos, previa la realización de estudios que sustenten su viabilidad futura.¹²

Luis Fernando Correa, Jefe de la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres del Ministerio de Salud, aclaró que “*los DEA deben estar disponibles en aeropuertos, centros comerciales, centros deportivos, estadios, congregaciones religiosas, centros de convenciones, colegios, universidades, medios masivos de transporte público, cárceles y demás lugares con gran afluencia de público, para lo cual el Ministerio prepara una reglamentación porque se requiere, además de disponer de este tipo de equipos, del personal entrenado para su uso.*”¹³

⁹ Disponible en: <http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKewj5xZHdv5JAhXF1h4KHrgAVIQFggeMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fdietphysicalactivity%2Fsalt-report-SP.pdf&usq=AFQjCNFovpce4LFZQJ3SMmP4o9aXeh3w>.

¹⁰ Sentencia C-459 de 2004.

¹¹ <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/MinSalud-trabaja-en-la-realizacion-de-un-estudio-de-costo-efectividad-de-los-DEA-en-ambulancias.aspx>

¹² Ibidem.

¹³ Ibidem.

Iniciativas similares han despertado el interés de otros cuerpos colegiados como el Concejo de Bogotá, que aprobó en primer debate un Proyecto de Acuerdo que busca la instalación de desfibriladores automáticos o semiautomáticos en puntos donde haya alta aglomeración de personas en la ciudad, con el fin de prevenir muertes por infartos o paros cardiorrespiratorios.¹⁴

Solo en el Distrito Capital, según la Secretaría Distrital de Salud, el diagnóstico de muertes más comunes es el infarto y el paro cardiorrespiratorio, donde del total de muertes por enfermedades crónicas (16.312), el

infarto representa ser la causa del 16.1%, y del total de muertes por todas las causas (189.903) el 1.3%.

En este sentido, poder articular e implementar una iniciativa nacional por vía de una ley de la República, será un importante aporte que haga el Senado de la República a la salud y la calidad de vida de los colombianos.

VI. PLIEGO DE MODIFICACIONES

A continuación se transcriben algunos artículos aprobados por la Plenaria del Senado de la República, cuyo texto se propone modificar para tercer debate en la Cámara de Representantes:

<p>TEXTO APROBADO POR LA PLENARIA DEL SENADO DE LA REPÚBLICA AL PROYECTO DE LEY NUMERO 95 DE 2015 SENADO <i>Por medio de la cual se regula el uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA) en transportes de asistencia, lugares de alta afluencia de público, y se dictan otras disposiciones.</i> El Congreso de la República de Colombia DECRETA:</p>	<p>TEXTO PROPUESTO PARA LA COMISIÓN SÉPTIMA DE LA CÁMARA DE REPRESENTANTES AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 95 DE 2015 SENADO, 249 DE 2016 CÁMARA <i>Por medio de la cual se regula el uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA) en transportes de asistencia, lugares de alta afluencia de público, y se dictan otras disposiciones.</i> El Congreso de la República de Colombia DECRETA:</p>
<p>Artículo 1º. Objeto. La presente ley tiene como objeto establecer la obligatoriedad, la dotación, disposición y acceso a los Desfibriladores Externos Automáticos (DEA) en los transportes de asistencia básica y medicalizada, así como en los espacios con alta afluencia de público.</p>	<p>Artículo 1º. Objeto. La presente ley tiene como objeto establecer la obligatoriedad, la dotación, disposición y acceso a los Desfibriladores Externos Automáticos (DEA) en los transportes de asistencia básica y medicalizada, así como en los espacios con alta afluencia de público.</p>
<p>Artículo 2º. Definiciones. Para los efectos de la presente ley se entenderá por:</p> <p>1. Desfibrilador Externo Automático (DEA). Aquel dispositivo médico electrónico portátil, dotado de electrodos destinados a generar y aplicar pulsos intensivos que puede descargar una corriente al corazón a través del tórax, para que esta detenga la fibrilación ventricular y permita que el corazón vuelva a un ritmo normal saliendo del paro, que garantice el ritmo cardíaco viable del paciente.</p> <p>2. Transportes asistenciales. Son los transportes asistenciales básicos y medicalizados, tanto públicos como privados, de orden terrestre, fluvial, marítimo y aéreo.</p> <p>3. Espacios con alta afluencia de público. Son los espacios públicos y privados, abiertos o cerrados, permanentes o temporales, destinados a la recepción, atención, circulación o estancia de alta afluencia de público.</p> <p>Parágrafo. Para los efectos de la presente ley, se entenderá que los Desfibriladores Externos Automáticos (DEA) estarán a disposición en los transportes, espacios y urgencias de carácter extrahospitalario.</p>	<p>Artículo 2º. Definiciones. Para los efectos de la presente ley se entenderá por:</p> <p>1. Desfibrilador Externo Automático (DEA). Aquel dispositivo médico electrónico portátil, dotado de electrodos destinados a generar y aplicar pulsos intensivos que puede descargar una corriente al corazón a través del tórax, para que esta detenga la fibrilación ventricular y permita que el corazón vuelva a un ritmo normal saliendo del paro, que garantice el ritmo cardíaco viable del paciente.</p> <p>2. Transportes asistenciales. Son los transportes asistenciales básicos y medicalizados, tanto públicos como privados, de orden terrestre, fluvial, marítimo y aéreo.</p> <p>3. Espacios con alta afluencia de público. Son los espacios públicos y privados, abiertos o cerrados, permanentes o temporales, destinados a la recepción, atención, circulación o estancia de alta afluencia de público.</p> <p>Parágrafo. Para los efectos de la presente ley, se entenderá que los Desfibriladores Externos Automáticos (DEA) estarán a disposición en los transportes, espacios y urgencias de carácter extrahospitalario.</p>
<p>Artículo 3º. Ámbito de aplicación. La presente ley estará destinada a garantizar el acceso a Desfibriladores Externos Automáticos (DEA) en ambientes extrahospitalarios, transportes asistenciales y espacios con alta afluencia de público, tales como los siguientes:</p> <p>a) Transportes asistenciales básicos, medicalizados, públicos y privados, de orden terrestre, fluvial, marítimo y aéreo;</p> <p>b) Terminales de transporte terrestre, marítimo, fluvial y aéreo nacional e internacional;</p> <p>c) Escenarios deportivos, tanto públicos como privados, tales como estadios, coliseos, polideportivos, canchas sintéticas, gimnasios, clubes deportivos, acuáticos y parques naturales, de diversiones o recreacionales, ciclovías y centros de alto rendimiento o entrenamiento;</p> <p>d) Entidades públicas tales como Gobernaciones, Asambleas Departamentales, Concejos, Ministerios, Departamentos Administrativos, guarniciones militares y policiales, y centros de atención al público tanto nacionales como departamentales y distritales;</p> <p>e) Cárceles y centros penitenciarios o de detención de orden nacional, municipal o distrital;</p> <p>f) La Presidencia de la República, el Congreso de la República, Palacio de Justicia (Altas Cortes), Ministerio Público, Fiscalía General de la Nación, y Complejos Judiciales tales como Tribunales y Juzgados;</p> <p>g) Los sistemas de transporte masivo metropolitano;</p>	<p>Artículo 3º. Ámbito de aplicación. La presente ley estará destinada a garantizar el acceso a Desfibriladores Externos Automáticos (DEA) en ambientes extrahospitalarios, transportes asistenciales y espacios con alta afluencia de público, tales como los siguientes:</p> <p>a) Transportes asistenciales básicos, medicalizados, públicos y privados, de orden terrestre, fluvial, marítimo y aéreo;</p> <p>b) Terminales de transporte terrestre, marítimo, fluvial y aéreo nacional e internacional;</p> <p>c) Escenarios deportivos, tanto públicos como privados, tales como estadios, coliseos, polideportivos, canchas sintéticas, gimnasios, clubes deportivos, acuáticos y parques naturales, de diversiones o recreacionales, ciclovías y centros de alto rendimiento o entrenamiento;</p> <p>d) Entidades públicas tales como gobernaciones, asambleas departamentales, concejos, ministerios, departamentos administrativos, guarniciones militares y policiales, y centros de atención al público tanto nacionales como departamentales y distritales;</p> <p>e) Cárceles y centros penitenciarios o de detención de orden nacional, municipal o distrital;</p> <p>f) La Presidencia de la República, el Congreso de la República, Palacio de Justicia (Altas Cortes), Ministerio Público, Fiscalía General de la Nación, y complejos judiciales tales como tribunales y juzgados;</p> <p>g) Los sistemas de transporte masivo metropolitano;</p>

¹⁴ Véase: <http://www.elespectador.com/noticias/bogota/buscan-instalar-desfibriladores-puntos-de-alta-afluencia-articulo-584269>

<p>TEXTO APROBADO POR LA PLENARIA DEL SENADO DE LA REPÚBLICA AL PROYECTO DE LEY NUMERO 95 DE 2015 SENADO</p> <p><i>Por medio de la cual se regula el uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA) en transportes de asistencia, lugares de alta afluencia de público, y se dictan otras disposiciones.</i></p> <p>El Congreso de la República de Colombia</p> <p>DECRETA:</p>	<p>TEXTO PROPUESTO PARA LA COMISIÓN SÉPTIMA DE LA CÁMARA DE REPRESENTANTES AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 95 DE 2015 SENADO, 249 DE 2016 CÁMARA</p> <p><i>Por medio de la cual se regula el uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA) en transportes de asistencia, lugares de alta afluencia de público, y se dictan otras disposiciones.</i></p> <p>El Congreso de la República de Colombia</p> <p>DECRETA:</p>
<p>h) Escenarios culturales y recreacionales tanto públicos, privados o de naturaleza mixta, tales como museos, bibliotecas, ferias, centros de exposición, teatros, complejos turísticos y hoteleros;</p> <p>i) Centros de rehabilitación, salud mental o reclusión temporal;</p> <p>j) Universidades públicas y privadas;</p> <p>k) Colegios públicos, privados o en concesión;</p> <p>l) Centros comerciales;</p> <p>m) Inmuebles de uso mixto tales como centros empresariales y de unidades residenciales y comerciales de más de cien unidades.</p>	<p>h) Escenarios culturales y recreacionales tanto públicos, privados o de naturaleza mixta, tales como museos, bibliotecas, ferias, centros de exposición, teatros, complejos turísticos y hoteleros;</p> <p>i) Centros de rehabilitación, salud mental o reclusión temporal;</p> <p>j) Universidades públicas y privadas;</p> <p>k) Colegios públicos, privados o en concesión;</p> <p>l) Centros comerciales;</p> <p>m) Inmuebles de uso mixto, tales como centros empresariales y de unidades residenciales y comerciales de más de cien unidades.</p>
<p>Parágrafo 1º. Los anteriores sin perjuicio de otros espacios con alta afluencia de público que sean identificados por las autoridades competentes.</p>	<p>Parágrafo 1º. Los anteriores sin perjuicio de otros espacios con alta afluencia de público que sean identificados por las autoridades competentes.</p>
<p>Parágrafo 2º. Las autoridades departamentales, municipales y locales reglamentarán el registro, verificación, supervisión y control de los Desfibriladores Externos Automáticos (DEA) en los términos de la presente ley, bajo la coordinación del Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	<p>Parágrafo 2º. <u>La Superintendencia Nacional de Salud</u>, las autoridades departamentales, municipales y locales reglamentarán el registro, verificación, supervisión y control de los Desfibriladores Externos Automáticos (DEA) en los términos de la presente ley, bajo la coordinación del Ministerio de Salud y Protección Social.</p>
<p>Parágrafo 3º. En situaciones de urgencia extrahospitalaria o necesidad manifiesta, y con el fin de garantizar el primer eslabón de la cadena vital, los lugares anteriormente señalados que sean de naturaleza privada prestarán su colaboración permitiendo el uso de los Desfibriladores Externos Automáticos (DEA) ante cualquier emergencia, sin que por ello se menoscabe la propiedad privada.</p>	<p>Parágrafo 3º. En situaciones de urgencia extrahospitalaria o necesidad manifiesta, y con el fin de garantizar el primer eslabón de la cadena vital, los lugares anteriormente señalados que sean de naturaleza privada prestarán su colaboración, permitiendo el uso de los Desfibriladores Externos Automáticos (DEA) ante cualquier emergencia, sin que por ello se menoscabe la propiedad privada.</p>
<p>Artículo 4º. Entrenamiento y uso. El personal médico, paramédico, auxiliar y de apoyo de transportes asistenciales públicos y privados, los efectivos de las fuerzas militares y de policía destinados a lugares con alta afluencia de público, los brigadistas en salud, personal de enfermería, el personal de seguridad y vigilancia privada, los salvavidas, guías, instructores, entrenadores, los docentes o titulares de educación física, recreación y deporte, los guardianes de establecimientos carcelarios o penitenciarios, y los administradores de propiedades y copropiedades privadas en los términos del artículo anterior recibirán capacitación y certificación en uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA) por parte de las Secretarías Departamentales o Municipales de Salud, de acuerdo con la reglamentación y supervisión del Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	<p>Artículo 4º. Entrenamiento y uso. El personal médico, paramédico, auxiliar y de apoyo de transportes asistenciales públicos y privados, los efectivos de las fuerzas militares y de policía destinados a lugares con alta afluencia de público, los brigadistas en salud, personal de enfermería, el personal de seguridad y vigilancia privada, los salvavidas, guías, instructores, entrenadores, los docentes o titulares de educación física, recreación y deporte, los guardianes de establecimientos carcelarios o penitenciarios, y los administradores de propiedades y copropiedades privadas en los términos del artículo anterior recibirán capacitación y certificación en uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA) por parte de las Secretarías Departamentales o Municipales de Salud, de acuerdo con la reglamentación y supervisión del Ministerio de Salud y Protección Social.</p>
<p>Parágrafo. Los lugares de alta afluencia de público, sean de naturaleza pública o privada, garantizarán un número plural de personas capacitadas y certificadas para el uso de los DEA, de tal manera que siempre haya personal capacitado a disposición para garantizar el primer eslabón de la cadena vital.</p>	<p>Parágrafo. Los lugares de alta afluencia de público, sean de naturaleza pública o privada, garantizarán un número plural de personas capacitadas y certificadas para el uso de los DEA, de tal manera que siempre haya personal capacitado a disposición para garantizar el primer eslabón de la cadena vital.</p>
<p>Artículo 5º. Implementación. De acuerdo con lo previsto por la presente ley, el Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las Secretarías de Salud Departamentales, Distritales y Municipales, reglamentará y supervisará lo relativo a:</p>	<p>Artículo 5º. Implementación. De acuerdo con lo previsto por la presente ley, el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará y <u>la Superintendencia Nacional de Salud</u> supervisará lo relativo a:</p>
<p>a) Estandarización del tipo de DEA requerido para la atención de emergencias extrahospitalarias;</p> <p>b) Registro, inspección y vigilancia de los DEA;</p> <p>c) Registro, inspección y vigilancia de los lugares y transportes obligados a contar con un DEA;</p> <p>d) Capacitación, certificación y supervisión para el uso del DEA;</p> <p>e) Procedimiento y protocolo para la disponibilidad necesaria (geográfica, por factores de emergencia y riesgo de los DEA) en lugares públicos y privados;</p> <p>f) Procedimiento para simulacros en atención de emergencias que requieran el uso de los DEA;</p> <p>g) Coordinación de la ruta vital y de emergencia con las entidades hospitalarias públicas y privadas;</p> <p>h) Régimen sancionatorio por el incumplimiento de las disposiciones anteriores.</p>	<p>a) Estandarización del tipo de DEA requerido para la atención de emergencias extrahospitalarias;</p> <p>b) Registro, inspección y vigilancia de los DEA;</p> <p>c) Registro, inspección y vigilancia de los lugares y transportes obligados a contar con un DEA;</p> <p>d) Capacitación, certificación y supervisión para el uso del DEA;</p> <p>e) Procedimiento y protocolo para la disponibilidad necesaria (geográfica, por factores de emergencia y riesgo de los DEA) en lugares públicos y privados;</p> <p>f) Procedimiento para simulacros en atención de emergencias que requieran el uso de los DEA;</p> <p>g) Coordinación de la ruta vital y de emergencia con las entidades hospitalarias públicas y privadas;</p> <p>h) Régimen sancionatorio por el incumplimiento de las disposiciones anteriores.</p>
<p>Las demás que sean pertinentes y necesarias en los términos previstos por la presente ley.</p>	<p><u>i) Armonización de las disposiciones normativas para la implementación de los DEA y los mecanismos de supervisión con las Secretarías de Salud departamentales, distritales y municipales.</u></p> <p>Las demás que sean pertinentes y necesarias en los términos previstos por la presente ley.</p>

<p>TEXTO APROBADO POR LA PLENARIA DEL SENADO DE LA REPÚBLICA AL PROYECTO DE LEY NUMERO 95 DE 2015 SENADO</p> <p><i>Por medio de la cual se regula el uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA) en transportes de asistencia, lugares de alta afluencia de público, y se dictan otras disposiciones.</i></p> <p>El Congreso de la República de Colombia</p> <p>DECRETA:</p>	<p>TEXTO PROPUESTO PARA LA COMISIÓN SÉPTIMA DE LA CÁMARA DE REPRESENTANTES AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 95 DE 2015 SENADO, 249 DE 2016 CÁMARA</p> <p><i>Por medio de la cual se regula el uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA) en transportes de asistencia, lugares de alta afluencia de público, y se dictan otras disposiciones.</i></p> <p>El Congreso de la República de Colombia</p> <p>DECRETA:</p>
<p>Artículo 6°. Adquisición. Las entidades de derecho público efectuarán las previsiones y apropiaciones presupuestales necesarias para la adquisición de los DEA en los términos previstos por la presente ley, en concordancia con lo dispuesto por la Ley 80 de 1993, la Ley 1751 de 2015 y las demás normas que sean complementarias y concordantes.</p> <p>Los sujetos de derecho privado estarán sujetos a la aprobación de los DEA adquiridos, en los términos previstos por el artículo 5° de la presente ley.</p>	<p>Artículo 6°. Adquisición. Las entidades de derecho público efectuarán las previsiones y apropiaciones presupuestales necesarias para la adquisición de los DEA en los términos previstos por la presente ley, en concordancia con lo dispuesto por la Ley 80 de 1993, la Ley 1751 de 2015 y las demás normas que sean complementarias y concordantes.</p> <p>Los sujetos de derecho privado estarán sujetos a la aprobación de los DEA adquiridos, en los términos previstos por el artículo 5° de la presente ley.</p>
<p>Artículo 7°. Reglamentación. El Gobierno nacional reglamentará las materias que sean de su competencia en un término máximo de seis (6) meses posteriores a la promulgación de la presente ley.</p>	<p>Artículo 7°. Reglamentación. El Gobierno nacional reglamentará las materias que sean de su competencia en un término máximo de seis (6) meses posteriores a la promulgación de la presente ley.</p>
<p>Artículo 8°. Vigencia. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.</p>	<p>Artículo 8°. Vigencia. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.</p>

VI. Proposición

Con fundamento en las anteriores consideraciones, de manera respetuosa solicitamos a la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Honorable Cámara de Representantes dar primer debate y aprobar, con modificaciones, el Proyecto de ley número 95 de 2015 Senado, 249 de 2016 Cámara, *por medio de la cual se regula el uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA) en transportes de asistencia, lugares de alta afluencia de público, y se dictan otras disposiciones.*

Cordialmente,



H.R. MARGARITA MARÍA RESTREPO ARANGO
Coordinador Ponente




H.R. OSCAR OSPINA QUINTERO H.R. JOSÉ ELVER HERNÁNDEZ
Ponente Ponente

TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 95 DE 2015 SENADO, 249 DE 2016 CÁMARA

por medio de la cual se regula el uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA) en transportes de asistencia, lugares de alta afluencia de público, y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene como objeto establecer la obligatoriedad, la dotación, disposición y acceso a los Desfibriladores Externos Automáticos (DEA) en los transportes de asistencia básica y medicalizada, así como en los espacios con alta afluencia de público.

Artículo 2°. Definiciones. Para los efectos de la presente ley se entenderá por:

1. Desfibrilador Externo Automático (DEA). Aquel dispositivo médico electrónico portátil, dotado de electrodos destinados a generar y aplicar pulsos intensivos que puede descargar una corriente al corazón a través del tórax, para que esta detenga la fibrilación ventricular y permita que el corazón vuelva a un ritmo normal saliendo del paro, que garantice el ritmo cardiaco viable del paciente.

2. Transportes asistenciales. Son los transportes asistenciales básicos y medicalizados, tanto públicos como privados, de orden terrestre, fluvial, marítimo y aéreo.

3. Espacios con alta afluencia de público. Son los espacios públicos y privados, abiertos o cerrados, permanentes o temporales, destinados a la recepción, atención, circulación o estancia de alta afluencia de público.

Parágrafo. Para los efectos de la presente ley, se entenderá que los Desfibriladores Externos Automáticos (DEA) estarán a disposición en los transportes, espacios y urgencias de carácter extrahospitalario.

Artículo 3°. Ámbito de aplicación. La presente ley estará destinada a garantizar el acceso a Desfibriladores Externos Automáticos (DEA) en ambientes extrahospitalarios, transportes asistenciales y espacios con alta afluencia de público, tales como los siguientes:

- a) Transportes asistenciales básicos, medicalizados, públicos y privados, de orden terrestre, fluvial, marítimo y aéreo;
- b) Terminales de transporte terrestre, marítimo, fluvial y aéreo nacional e internacional;
- c) Escenarios deportivos, tanto públicos como privados, tales como estadios, coliseos, polideportivos, canchas sintéticas, gimnasios, clubes deportivos, acuáticos y parques naturales, de diversiones o recreacionales, ciclovías y centros de alto rendimiento o entrenamiento;
- d) Entidades públicas tales como gobernaciones, asambleas departamentales, concejos, ministerios, departamentos administrativos, guarniciones militares y policiales, y centros de atención al público, tanto nacionales como departamentales y distritales;

e) Cárceles y centros penitenciarios o de detención de orden nacional, municipal o distrital;

f) La Presidencia de la República, el Congreso de la República, Palacio de Justicia (Altas Cortes), Ministerio Público, Fiscalía General de la Nación, y complejos judiciales tales como tribunales y juzgados;

g) Los sistemas de transporte masivo metropolitano;

h) Escenarios culturales y recreacionales tanto públicos, privados o de naturaleza mixta, tales como museos, bibliotecas, ferias, centros de exposición, teatros, complejos turísticos y hoteleros;

i) Centros de rehabilitación, salud mental o reclusión temporal;

j) Universidades públicas y privadas;

k) Colegios públicos, privados o en concesión;

l) Centros comerciales;

m) Inmuebles de uso mixto, tales como centros empresariales y de unidades residenciales y comerciales de más de cien unidades.

n) Comandos de la Policía Nacional de Colombia, donde habrá un (1) Desfibrilador Externo Automático (DEA).

Parágrafo 1°. Los anteriores sin perjuicio de otros espacios con alta afluencia de público que sean identificados por las autoridades competentes.

Parágrafo 2°. La Superintendencia Nacional de Salud, las autoridades departamentales, municipales y locales reglamentarán el registro, verificación, supervisión y control de los Desfibriladores Externos Automáticos (DEA) en los términos de la presente ley, bajo la coordinación del Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 3°. En situaciones de urgencia extrahospitalaria o necesidad manifiesta, y con el fin de garantizar el primer eslabón de la cadena vital, los lugares anteriormente señalados que sean de naturaleza privada prestarán su colaboración, permitiendo el uso de los Desfibriladores Externos Automáticos (DEA) ante cualquier emergencia, sin que por ello se menoscabe la propiedad privada.

Artículo 4°. Entrenamiento y uso. El personal médico, paramédico, auxiliar y de apoyo de transportes asistenciales públicos y privados, los efectivos de las fuerzas militares y de policía destinados a lugares con alta afluencia de público, los brigadistas en salud, personal de enfermería, el personal de seguridad y vigilancia privada, los salvavidas, guías, instructores, entrenadores, los docentes o titulares de educación física, recreación y deporte, los guardianes de establecimientos carcelarios o penitenciarios, y los administradores de propiedades y copropiedades privadas en los términos del artículo anterior recibirán capacitación y certificación en uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA) por parte de las Secretarías Departamentales o Municipales de Salud, de acuerdo con la reglamentación y supervisión del Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. Los lugares de alta afluencia de público ¿sean de naturaleza pública o privada¿ garantizarán

un número plural de personas capacitadas y certificadas para el uso de los DEA, de tal manera que siempre haya personal capacitado a disposición para garantizar el primer eslabón de la cadena vital.

Artículo 5°. Implementación. De acuerdo con lo previsto por la presente ley, el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará y la Superintendencia Nacional de Salud supervisará lo relativo a:

a) Estandarización del tipo de DEA requerido para la atención de emergencias extrahospitalarias;

b) Registro, inspección y vigilancia de los DEA;

c) Registro, inspección y vigilancia de los lugares y transportes obligados a contar con un DEA;

d) Capacitación, certificación y supervisión para el uso del DEA;

e) Procedimiento y protocolo para la disponibilidad necesaria (geográfica, por factores de emergencia y riesgo de los DEA) en lugares públicos y privados;

f) Procedimiento para simulacros en atención de emergencias que requieran el uso de los DEA;

g) Coordinación de la ruta vital y de emergencia con las entidades hospitalarias públicas y privadas;

h) Régimen sancionatorio por el incumplimiento de las disposiciones anteriores.

i) Armonización de las disposiciones normativas para la implementación de los DEA y los mecanismos de supervisión con las Secretarías de Salud departamentales, distritales y municipales.

Las demás que sean pertinentes y necesarias en los términos previstos por la presente ley.

Artículo 6°. Adquisición. Las entidades de derecho público efectuarán las previsiones y apropiaciones presupuestales necesarias para la adquisición de los DEA en los términos previstos por la presente ley, en concordancia con lo dispuesto por la Ley 80 de 1993, la Ley 1751 de 2015 y las demás normas que sean complementarias y concordantes.

Los sujetos de derecho privado estarán sujetos a la aprobación de los DEA adquiridos, en los términos previstos por el artículo 5° de la presente ley.

Artículo 7°. Reglamentación. El Gobierno nacional reglamentará las materias que sean de su competencia en un término máximo de seis (6) meses posteriores a la promulgación de la presente ley.

Artículo 8°. Vigencia. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.


H.R. MARGARITA MARÍA RESTREPO ARANGO
Coordinador Ponente


H.R. OSCAR OSPINA QUINTERO
Ponente


H.R. JOSÉ ELVER HERNANDEZ
Ponente

INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 182 DE 2015 CÁMARA, 25 DE 2015 SENADO

por medio de la cual se hace un reconocimiento a la Universidad del Tolima por sus 70 años de creación y 60 de funcionamiento y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C., 14 de junio de 2016

Honorable Representante

AÍDA MERLANO REBOLLEDO

Presidenta Comisión Segunda

Cámara de Representantes

Ciudad

Referencia: Informe de ponencia para segundo debate al Proyecto de ley número 182 de 2015 Cámara y 25 de 2015 Senado, por medio de la cual se hace un reconocimiento a la Universidad del Tolima por sus 70 años de creación y 60 de funcionamiento y se dictan otras disposiciones.

Respetada Presidenta:

En cumplimiento del encargo hecho por la Mesa Directiva de la Comisión Segunda Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes, los abajo firmantes, nos permitimos presentar informe de ponencia para segundo debate, al Proyecto de ley número 182 de 2015 Cámara y 25 de 2015 Senado, *por medio de la cual se hace un reconocimiento a la Universidad del Tolima por sus 70 años de creación y 60 de funcionamiento y se dictan otras disposiciones*; en los siguientes términos:

1. Objeto del proyecto

La presente iniciativa de carácter legislativo fue presentada por el Honorable Senador Guillermo Santos Marín. Tiene como fin exaltar a la Universidad del Tolima, por todos los logros y reconocimientos obtenidos durante sus 60 años de funcionamiento y 70 de creación; en ese orden de ideas, y con motivo de su aniversario, que será el día 21 de mayo, el mencionado proyecto exhorta al Gobierno nacional, para que a través del Ministerio de Educación y Colciencias, destine unas partidas presupuestales para adecuar y modernizar las instalaciones de la Universidad específicamente el auditorio principal, el cual llevará el nombre de su fundador: don Lucio Huertas Rengifo, así como para el fortalecimiento y la dotación adecuada del laboratorio de investigación de la Universidad, respectivamente.

2. Trámite legislativo

2.1 El presente proyecto de ley es de iniciativa del honorable Senador Guillermo Santos Marín, y fue radicado en Secretaría General de la Cámara, el día 29 de julio de 2015 y publicado en la *Gaceta del Congreso* número 541.

2.2 Mediante *Gaceta del Congreso número 690* se publicó la ponencia para primer debate por parte del honorable Senador Marco Aníbal Avirama Avirama, la cual fue aprobada el día 29 de septiembre de 2015.

2.3 Asimismo, por medio de la *Gaceta del Congreso número 869* se publicó ponencia para Segundo Debate rendida nuevamente por el honorable Senador Avirama, la cual fue aprobada el día 9 de diciembre de 2015, según consta en *Gaceta del Congreso número 1054*.

2.4 El día 16 de diciembre de 2015, el proyecto fue radicado ante la Secretaría General de la honorable Cá-

mara de Representantes, para su trámite legislativo en esta Corporación.

2.5 Mediante Oficio número CSCP 3.2.2.02.1022-16 con fecha 16 de enero de 2016, fuimos designados como ponentes en primer debate del proyecto de la referencia.

2.6 El día 20 de abril de 2016 se publicó en la *Gaceta del Congreso número 162* la ponencia para primer debate en la Comisión Segunda de la Cámara de Representantes y el día 31 de mayo en la sesión de esta célula legislativa fue aprobada sin modificaciones.

2.7 Mediante Oficio número CSCP 3.2.2.02.1335-16 con fecha 31 de mayo de 2016, fuimos designados como ponentes en segundo debate (cuarto y último debate en la Plenaria de la iniciativa) del proyecto de la referencia.

3. Historia e importancia de la Universidad del Tolima¹⁵

La Universidad del Tolima, como un centro de pensamiento y formación para los jóvenes tolimenses, fue creada en el año de 1945, por el Diputado Lucio Huertas Rengifo, quien presentó proyecto de ordenanza que quedó aprobado bajo el número 05 del 21 de mayo de 1945.

En los términos de la citada Ordenanza se estableció un fondo acumulativo de hasta cuarenta mil pesos (\$40.000.00) para ponerla funcionar, sin embargo, esto fue letra muerta durante 10 años, y sólo hasta la firma del Decreto número 357 del 10 de marzo de 1955, expedido al amparo de la Ordenanza número 026 de diciembre de 1954, se asignaron efectivamente estos recursos del presupuesto departamental.

El 12 de marzo de 1955, se inauguró oficialmente la Universidad del Tolima, en terrenos de la Escuela Agronómica de San Jorge (Salesianos). Poco tiempo después se creó la escuela de enfermería, por Decreto número 099 de enero 31 de 1956 y se anexó la escuela de bellas artes, creada mediante Decreto número 1236 de octubre de 1955.

Para el primer semestre de 1956, la Universidad del Tolima contaba con la Facultad de Ingeniería Agronómica, Escuela de Enfermería y Escuela de Bellas Artes.

A partir de la década del 90, la Universidad del Tolima inicia la apertura de programas en el nivel de posgrado y abre el camino hacia el mejoramiento del nivel académico de todos sus programas, entre los cuales sobresalen:

- Facultad de Ciencias de la Educación.
- Facultad de Ciencias de la Salud.
- Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas.
- Facultad de Ciencias Humanas y Artes.
- Facultad de Ingeniería Agronómica
- Facultad de Ingeniería Forestal.
- Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia.
- Facultad de Tecnologías.

4. Pertinencia del proyecto¹⁶

¹⁵ Algunos apartes tomados de proyecto de ley de iniciativa del honorable Senador Guillermo Santos.

¹⁶ Algunos apartes tomados del proyecto de ley de iniciativa del honorable Senador Guillermo Santos.

El artículo 69 de la Constitución Política de Colombia, contempla la protección de la autonomía universitaria y el establecimiento de un régimen especial para las Universidades del Estado, indicando además que el Estado colombiano tiene la obligación de fortalecer la investigación científica en las universidades oficiales y privadas y ofrecerá las condiciones especiales para su desarrollo y deberá facilitar mecanismos financieros que hagan posible el acceso de todas las personas aptas a la educación superior; en este orden de ideas, el proyecto de ley en mención, resulta pertinente frente a los principios establecidos por la Constitución Nacional, pues lo que se espera, es que el Gobierno nacional fortalezca a la Universidad del Tolima, a través de las apropiaciones presupuestales que allí se indican, pues el citado establecimiento de educación superior, ha demostrado ser uno de los mejores no solamente en Colombia sino a nivel internacional.

Actualmente, la Universidad es ampliamente conocida a nivel nacional, encaminando todos sus esfuerzos a la acreditación institucional de los programas mencionados, la cual cuenta con una planta integrada por:

- 1.722 catedráticos
- 306 docentes de planta
- 23.813 estudiantes. Los cuales 8.339 desarrollan sus estudios en la modalidad presencial, 14.847 a distancia y 607 de posgrados.

La conformación según su estrato socioeconómico en la población estudiantil es:

- 61% estrato uno.
- 20% estrato dos.
- 19% estrato tres.

La oferta académica de programas de pregrado es de 31 en presencial y 10 en la modalidad a distancia, en cuanto a posgrados, se ofrecen 12 especializaciones, 13 maestrías y 4 doctorados.

Respecto a la investigación, la Universidad del Tolima ha conformado 43 grupos de 72 reconocidos por Colciencias en el departamento y 62 por ley del deporte, son las que actualmente adjudica la institución.

El ranking en que actualmente se encuentra la UT es:

Ranking	Nacional	Latino-América	Mundial
Ranking mundial de la Universidad en la web	24	241	3.065
4 Internacional Colleges & Universities	42		
Ubicación según SCL mago de la UT dentro de las universidades colombianas con mayor producción científica	24	258	
Ubicación de la UT según el ranking webometrics	25		
QS (Quacquarelli Symonds) Latin American University	21	191-200	
U-Sapiens	32		
Alexa (Servicio)	2.608		

4. Articulado

El presente proyecto consta de 4 artículos, incluido el de su vigencia. En el primero, se exalta a la Universidad, con motivo de sus 60 años de funcionamiento y 70 de creación; en el segundo, se dispone que el Gobierno nacional por intermedio del Ministerio de Educación Nacional, incluirá una partida presupuestal con el fin de adecuar y modernizar las instalaciones de la universidad específicamente el auditorio principal, el cual llevará el nombre de su fundador don Lucio Huertas Rengifo; en el tercero, nuevamente se exhorta al Gobierno

nacional para que a través de Colciencias incluya una partida presupuestal para el fortalecimiento y dotación adecuada del laboratorio de investigación de la Universidad del Tolima, el cual goza del reconocimiento nacional e internacional por sus logros en investigaciones científicas en pro de las especies en vía de extinción y de nuevos ejemplares en el territorio nacional; y el cuarto, el de su vigencia.

5. Marco Jurídico

El presente proyecto se ajusta a las disposiciones constitucionales y legales, y en particular cumple con lo dispuesto en el artículo 150 de la Constitución Política de Colombia, que establece que “*corresponde al Congreso hacer las leyes*”.

Frente a las leyes que decretan gasto, como en sería el caso de lo dispuesto en los artículos segundo y tercero del presente proyecto de ley, donde se insta al Gobierno nacional a través del Ministerio de Educación Nacional y de Colciencias a desarrollar obras de infraestructura a favor de la Universidad del Tolima; vale la pena traer a colación la posición establecida por la Corte Constitucional, donde por un lado, se faculta al Congreso de la República a presentar este tipo de iniciativas legislativas, pero por el otro, se establece que corresponde al Gobierno nacional, la competencia de determinar, si dichas iniciativas que decretan gasto, se incorporan o no, dentro del Presupuesto General de la Nación.

Sobre el particular, la Sentencia C-290 de 2009¹, establece que: “*La vocación de la ley que decreta un gasto es, entonces, la de constituir un título jurídico para la eventual inclusión de las respectivas partidas en el Presupuesto General de la Nación y si el Legislador se limita a autorizar el gasto público a fin de que, con posterioridad, el Gobierno pueda determinar si lo incluye o no en alguna de las futuras vigencias fiscales, es claro que obra dentro del marco de competencias constitucionalmente diseñado y que, por este aspecto, no existe contrariedad entre la ley o el proyecto de ley objetado y la Constitución. Siempre que el Congreso de la República haya incluido la autorización del gasto en una ley, el Gobierno tiene competencia para incorporar las partidas autorizadas en el proyecto de presupuesto, pero también puede abstenerse de hacerlo, pues le asiste un margen de decisión que le permite actuar en tal sentido y “de acuerdo con la disponibilidad de los recursos y las prioridades del Gobierno, siempre de la mano de los principios y objetivos generales señalados en el Plan Nacional de Desarrollo, en el Estatuto Orgánico del Presupuesto y en las disposiciones que organizan el régimen territorial repartiendo las competencias entre la Nación y las entidades territoriales”. Así pues, la asignación presupuestal para la realización de gastos autorizados por ley es eventual y la decisión acerca de su inclusión le corresponde al Gobierno, luego el legislador no tiene atribución para obligar al Gobierno a que incluya en el presupuesto alguna partida específica y, por ello, cuando a la autorización legal previa el Congreso agrega una orden con carácter imperativo o pendorio dirigida a que se apropien en el presupuesto las sumas indispensables para ejecutar el gasto autorizado, la ley o el proyecto de ley están afectadas por un vicio de inconstitucionalidad derivado del desconocimiento del reparto de las competencias relativas al gasto público entre el legislador y el Gobierno”.*

¹ Corte Constitucional, Sentencia C-290 del 22 de abril de 2009. M. P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

En consideración de los argumentos jurídicos expuestos, el proyecto de ley resulta viable jurídicamente.

Proposición

Previa certificación del Gobierno nacional de la existencia de disponibilidad de recursos financieros, APRUÉBESE en segundo debate el Proyecto de ley número 182 de 2015 Cámara y 25 de 2015 Senado, *por medio de la cual se hace un reconocimiento a la Universidad del Tolima por sus 70 años de creación y 60 de funcionamiento y se dictan otras disposiciones*, tal cual y como quedo aprobado por la Plenaria del honorable Senado de la República, en sesión del día 9 de diciembre de 2015, según consta en la *Gaceta del Congreso número 1054 de 2015*, y en la Comisión Segunda de la Cámara de Representantes en su tercer debate el 31 de mayo de 2016, por las consideraciones expresadas a lo largo de la presente ponencia.

De la Presidente de la Comisión Segunda de la Cámara de Representantes y de los Honorables Representantes,



MIGUEL ANGEL BARRETO CASTILLO
Representante a la Cámara por el Departamento del Tolima

JAIME ARMANDO YEPES MARTINEZ
Representante a la Cámara por el Departamento del Tolima

TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 182 DE 2015 CÁMARA, 25 DE 2015 SENADO

por medio de la cual se hace un reconocimiento a la Universidad del Tolima por sus 70 años de creación y 60 de funcionamiento y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1º. Exaltar a la Universidad del Tolima con motivo de los 60 años de funcionamiento y 70 de su creación; por todos los logros y reconocimientos obtenidos durante el ejercicio académico en pro de la educación en Colombia.

Artículo 2º. A fin de conmemorar el aniversario de la Universidad del Tolima, el Gobierno nacional, por intermedio del Ministerio de Educación Nacional incluirá una partida presupuestal, a fin de adecuar y modernizar las instalaciones de la universidad específicamente el auditorio principal, el cual llevará el nombre de su fundador don Lucio Huertas Rengifo.

Artículo 3º. El Gobierno nacional a través de Colciencias incluirá una partida presupuestal para el fortalecimiento y dotación adecuada del laboratorio de investigación de la Universidad del Tolima, el cual goza del reconocimiento nacional e internacional por sus logros, en investigaciones científicas en pro de las especies en vía de extinción y de nuevos ejemplares en el territorio nacional.

Artículo 4º. Vigencia. Esta ley entrará a regir a partir de la fecha de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Del honorable Representante,



MIGUEL ANGEL BARRETO CASTILLO
Representante a la Cámara por el Departamento del Tolima

JAIME ARMANDO YEPES MARTINEZ
Representante a la Cámara por el Departamento del Tolima

**COMISIÓN SEGUNDA
CONSTITUCIONAL PERMANENTE**

Bogotá, D. C., junio 16 de 2016

Autorizamos el informe de ponencia para segundo debate, correspondiente **Proyecto de ley número 182 de 2015 Cámara, 25 de 2015 Senado, por medio de la cual se hace un reconocimiento a la Universidad del Tolima por sus 70 años de creación y 60 de funcionamiento y se dictan otras disposiciones.**

El proyecto de ley fue aprobado en primer debate en sesión del día 31 de mayo de 2016, Acta número 31.

El anuncio de este proyecto de ley en cumplimiento del artículo 8º del Acto Legislativo número 1 de 2003 para su discusión y votación, se hizo en sesión del día 25 de mayo de 2016, Acta número 30.

Publicaciones reglamentarias:

Texto proyecto de ley *Gaceta del Congreso número 541 de 2015.*

Ponencia primer debate Senado *Gaceta del Congreso número 690 de 2015.*

Ponencia segundo debate Senado *Gaceta del Congreso número 864 de 2015.*

Ponencia primer debate Cámara *Gaceta del Congreso número 162 de 2016.*



AÍDA MERLANO REBOLLEDO
Presidente

MARÍA EUGENIA TRIANA VARGAS
Vicepresidente

BENJAMÍN NINO FLÓREZ
Secretario Comisión Segunda

TEXTO DEFINITIVO APROBADO EN PRIMER DEBATE, EN SESIÓN DEL DÍA 31 DE MAYO DE 2016, ACTA NÚMERO 31 DE 2016, CORRESPONDIENTE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 182 DE 2015 CÁMARA, 25 DE 2015 SENADO

por medio de la cual se hace un reconocimiento a la Universidad del Tolima por sus 70 años de creación y 60 de funcionamiento y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1º. Exaltar a la Universidad del Tolima con motivo de los 60 años de funcionamiento y 70 de

su creación; por todos los logros y reconocimientos obtenidos durante el ejercicio académico en pro de la educación en Colombia.

Artículo 2º. A fin de conmemorar el aniversario de la Universidad del Tolima, el Gobierno nacional, por intermedio del Ministerio de Educación Nacional incluirá una partida presupuestal, a fin de adecuar y modernizar las instalaciones de la universidad específicamente el auditorio principal, el cual llevará el nombre de su fundador don Lucio Huertas Rengifo.

Artículo 3º. El Gobierno nacional a través de Colciencias incluirá una partida presupuestal para el fortalecimiento y dotación adecuada del laboratorio de investigación de la Universidad del Tolima, el cual goza del reconocimiento nacional e internacional por sus logros, en investigaciones científicas en pro de las especies en vía de extinción y de nuevos ejemplares en el territorio nacional.

Artículo 4º. Vigencia. Esta ley entrará a regir a partir de la fecha de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

En sesión del día 31 de mayo de 2016, fue aprobado en primer debate el Proyecto de ley número 182 de 2015 Cámara, 25 de 2015 Senado, por medio de la cual se hace un reconocimiento a la Universidad del Tolima por sus 70 años de creación y 60 de funcionamiento y se dictan otras disposiciones, el cual fue anunciado en sesión de Comisión Segunda el día 25 de mayo de 2016, Acta número 30, de conformidad con el artículo 8º del Acto Legislativo número 01 de 2003.


AIDA MERLANO REBOLLEDO
Presidenta


MARÍA EUGENIA TRIANA VARGAS
Vice-Presidenta


BENJAMIN NIÑO FLOREZ
Secretario Comisión Segunda

COMISIÓN SEGUNDA CONSTITUCIONAL PERMANENTE

SUSTANCIACION AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 182 DE 2015 CÁMARA, 025 DE 2015 SENADO

En sesión de la Comisión Segunda de la Honorable Cámara de Representantes del día 31 de mayo de 2016 y según consta en el Acta número 31, se le dio primer debate y se aprobó en votación ordinaria de acuerdo al artículo 129 de la Ley 5ª de 1992 (Ley 1431 de 2011), **Proyecto de ley número 182 de 2015 Cámara, 25 de 2015 Senado, por medio de la cual se hace un reconocimiento a la Universidad del Tolima por sus 70 años de creación y 60 de funcionamiento y se dictan otras disposiciones**, sesión a la cual asistieron 14 honorables Representantes en los siguientes términos:

Leída la proposición con que termina el informe de ponencia, se sometió a consideración y se aprobó por unanimidad en votación ordinaria.

Sometido a consideración, el articulado del proyecto, publicado en la *Gaceta del Congreso* número 162 de 2016 página 3 se aprobó por votación ordinaria.

Leído el título del proyecto y preguntada a la comisión si quiere que este proyecto pase a segundo debate y se convierta en ley de la República, de conformidad con el artículo 130 inciso final de la Ley 5ª de 1992, se sometió a consideración y se aprobó por unanimidad en votación ordinaria.

La ponencia para primer debate fue presentada por los honorables Representantes Jaime Armando Yepes Martínez y Miguel Ángel Barreta Castillo.

La Mesa Directiva designó a los honorables Representantes Jaime Armando Yepes Martínez y Miguel Ángel Barreta Castillo para rendir informe de ponencia en segundo debate dentro del término reglamentario.

El anuncio de este proyecto de ley en cumplimiento del artículo 8º del Acto Legislativo número 1 de 2003 para su discusión y votación se hizo en sesión del día 25 de mayo de 2016, Acta número 30.

Publicaciones reglamentarias:

Texto proyecto de ley *Gaceta del Congreso* número 541 de 2015.

Ponencia primer debate Senado *Gaceta del Congreso* número 690 de 2015.

Ponencia segundo debate Senado *Gaceta del Congreso* número 864 de 2015.

Ponencia primer debate Cámara *Gaceta del Congreso* número 162 de 2016.


BENJAMIN NIÑO FLOREZ
Secretario
Comisión Segunda Constitucional Permanente

CONTENIDO

Gaceta número 438 - Jueves, 16 de junio de 2016 CÁMARA DE REPRESENTANTES INFORMES DE CONCILIACIÓN	Págs.
Informe de conciliación al Proyecto de ley número 37 de 2014 Cámara, 74 de 2015 Senado, por medio de la cual se establecen mecanismos de protección al usuario del servicio de transporte aéreo nacional de pasajeros y se dictan otras disposiciones.....	1
Acta de conciliación y texto conciliado al Proyecto de ley número 136 de 2015 Senado, 003 de 2015 Cámara, por medio de la cual se garantiza el acceso en condiciones de universalidad al derecho prestacional de pago de prima de servicios para trabajadores y trabajadoras domésticas	2
PONENCIAS	
Informe de ponencia para primer debate, pliego de modificaciones y texto propuesto al Proyecto de ley número 95 de 2015 Senado, 249 de 2016 Cámara, por medio de la cual se regula el uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA) en transportes de asistencia, lugares de alta afluencia de público, y se dictan otras disposiciones.....	3
Informe de ponencia segundo debate, texto propuesto y texto definitivo aprobado en primer debate al Proyecto de ley número 182 de 2015 Cámara, 25 de 2015 Senado, por medio de la cual se hace un reconocimiento a la Universidad del Tolima por sus 70 años de creación y 60 de funcionamiento y se dictan otras disposiciones.....	14