



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXX - N° 475

Bogotá, D. C., viernes, 21 de mayo de 2021

EDICIÓN DE 25 PÁGINAS

DIRECTORES:

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

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

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PONENCIAS

INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 017 DE 2020 CÁMARA

por medio de la cual se optan normas para mejorar la atención, el diagnóstico y el tratamiento oportuno de los pacientes con accidentes cerebrovasculares y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D.C., mayo de 2021

Honorable Representante
GERMÁN ALCIDES BLANCO ÁLVAREZ
Presidente Cámara de Representantes
Ciudad

Asunto: Informe de ponencia para segundo debate al proyecto de ley 017 de 2020 Cámara "Por medio de la cual se optan normas para mejorar la atención, el diagnóstico y el tratamiento oportuno de los pacientes con accidentes cerebrovasculares y se dictan otras disposiciones".

Respetado presidente Blanco,

En cumplimiento de la honrosa designación realizada por la Mesa Directiva de la Honorable Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes, por medio del presente escrito nos permitimos rendir informe de ponencia positiva para segundo debate al proyecto de ley 017 de 2020 Cámara "Por medio de la cual se optan normas para mejorar la atención, el diagnóstico y el tratamiento oportuno de los pacientes con accidentes cerebrovasculares y se dictan otras disposiciones".

Atentamente,


JUAN CARLOS REINALES AGUDELO
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

JUAN CARLOS REINALES AGUDELO
Representante a la Cámara
Departamento de Risaralda
Partido Liberal Colombiano
Coordinador Ponente



JAIRO REINALDO CALA SUÁREZ
Representante a la Cámara
Departamento de Santander
Partido Comunes
Ponente

CONTENIDO

El informe de ponencia se rinde en los siguientes términos:

1. ANTECEDENTES DE LA INICIATIVA
2. OBJETO Y CONTENIDO DEL PROYECTO DE LEY
3. EXPOSICIÓN MOTIVOS
- 3.1. CONSIDERACIONES DE LOS PONENTES DEL PROYECTO DE LEY
- 3.2. CARGA DE LA ENFERMEDAD EN AMÉRICA LATINA
- 3.3. CARGA DE LA ENFERMEDAD EN COLOMBIA
4. MARCO NORMATIVO
- 4.1. MARCO CONSTITUCIONAL
- 4.2. MARCO LEGAL
- 4.3. MARCO JURISPRUDENCIAL
- 4.4. DERECHO COMPARADO
5. CONCEPTO DEL MINISTERIO DE SALUD
6. POSIBLE CONFLICTO DE INTERESES
7. PROPOSICIÓN
8. TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE

1. ANTECEDENTES DE LA INICIATIVA

El presente Proyecto de Ley es iniciativa de las Honorables Representantes, H.R. Nubia López Morales, H.R. Elizabeth Jay-Pang Díaz, H.R. Alexander Harley Bermúdez Lasso, H.R. Edgar Alfonso Gómez Román, H.R. Fabio Fernando Arroyave Rivas, H.R. Adriana Gómez Millán el cual fue radicado ante la secretaria General de la Cámara de Representantes, el 20 de julio de 2020, con el número 017 de 2020 y publicado en la gaceta número 629 de 2020.

Posteriormente, el Proyecto de Ley fue enviado a la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes y fueron designados como ponentes, el Honorable Representante Juan Carlos Reinales Agudelo Coordinador ponente y el Honorable Representante Jairo Reinaldo Cala Suárez ponente.

En la sesión virtual del 25 de marzo de 2021, de la Comisión VII Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes, se aprobó en primer debate el Proyecto de ley 017 de 2020, acta número 34 de 2021.

2. OBJETO Y CONTENIDO DEL PROYECTO DE LEY

La presente iniciativa tiene por objeto garantizar el acceso efectivo a servicios de salud, atención adecuada, diagnóstico y tratamiento oportunos a los pacientes con Accidentes Cerebrovasculares (ACV) en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El proyecto de ley cuenta con 10 artículos incluyendo su vigencia.

3. EXPOSICIÓN MOTIVOS

3.1. Consideraciones de los Ponentes del Proyecto de Ley

La Enfermedad Cerebrovascular (ECV) ocurre cuando el suministro de sangre se interrumpe o se reduce, a una parte del cerebro lo que impide que el tejido cerebral reciba oxígeno y nutrientes, las células cerebrales comienzan a morir en minutos.

Dicha enfermedad, se define como déficit neurológico agudo que ocurre por la disminución sanguínea cerebral, es decir que, en alguna parte del cerebro le disminuye el aporte sanguíneo, esto se presenta a causa de taponamiento de la arteria o por el rompimiento de arteria, lo que causa es que el cerebro deje de funcionar.

Por ejemplo, si una persona sufre un accidente cerebrovascular y se afecta lado derecho del cerebro, su brazo derecho tendrá problemas para la movilidad, toda vez que esa parte del cerebro controlaba el brazo, así mismo, ocurre con el habla la sensibilidad entre otros. Esta enfermedad se puede presentar de la siguiente manera:

Isquémico Trombótico:

- Es un infarto lacunar: Oclusión de vasos cerebrales pequeños ocluyendo la irrigación sanguínea de volumen pequeño de tejido cerebral.
- Infarto de un gran vaso sanguíneo.

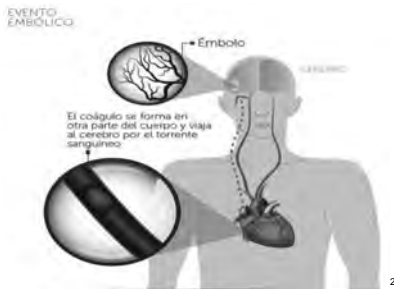


Fuente: Médica sur Mexico

Embólico:

- Cardioembólico: La embolia proviene del corazón, con frecuencia, de la aurícula cardíaca.
- Criptogámico: La oclusión de un vaso intracraneal sin causa aparente.
- De otras causas.

¹Médica del sur, vista el 1 de octubre de 2020, http://www.medicatur.com.mx/en_mx/ms/ecv_03_que_son



Fuente: Médica sur Mexico

Hemorrágico Derrame Cerebral:

- Intraparenquimatoso
- Subdural
- Epidural
- Subaracnoideo



De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades cerebrovasculares suelen ser fenómenos agudos que se deben sobre todo a obstrucciones que impiden que la sangre fluya hacia el cerebro. Ministerio de Salud de Colombia de 2015, se refiere al accidente cerebrovascular como «término clínico y genérico para uso en el

²Médica del sur, vista el 1 de octubre de 2020, http://www.medicatur.com.mx/en_mx/ms/ecv_03_que_son

cuidado prehospitalario y en los servicios de urgencias, antes de categorizar su naturaleza (hemorrágica o isquémica). Equivale al Stroke» (p. 6).

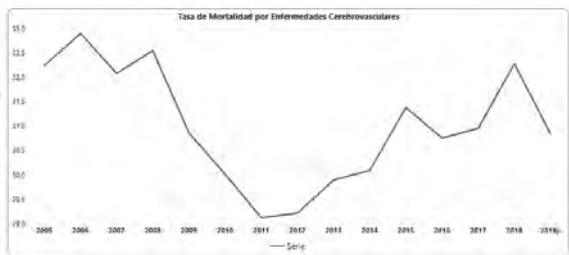
Más aún, el documento de trabajo No. 63 de la Escuela de Gobierno de la Universidad de los Andes titulado Caracterización del accidente cerebrovascular en Colombia, señala, con base en el National Health Service, que «el ACV puede ocasionar daños cerebrales irreversibles y, posiblemente, la muerte. La causa de la isquemia cerebral es un coágulo sanguíneo que detiene el aporte de sangre. La causa de una hemorragia cerebral es la rotura de un vaso sanguíneo que se dirige al cerebro, lo que provoca daños cerebrales» (p. 5). Finalmente, Contreras, Pérez y Figueroa (2018) sostienen que «las mujeres representan un grupo especial, dado que existen múltiples factores que las predisponen a mayor riesgo de desarrollar un ACV» (p.114).

Según información publicada en la página de así vamos en salud en Colombia, la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares se encuentra dentro de las principales causas de mortalidad, presentando en el año 2016 una tasa de 30,76 muertes por 100.000 habitantes.

A nivel departamental, los departamentos que presentan mayores tasas de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares son Valle del Cauca, Caldas, Tolima, Risaralda, Quindío, Sucre y Boyacá, presentando tasas por encima de 35 muertes por 100.000 habitantes. Por otra parte, departamentos como La Guajira, Guanía, Vichada y Guaviare presentan tasas por debajo de 15 muertes por 100.000 habitantes.

En las siguientes gráficas, se puede evidenciar la tasa de mortalidad de enfermedades cerebrovasculares en Colombia a nivel nacional y departamental, con corte al año 2019, dividido por la población de 100.000 habitantes.

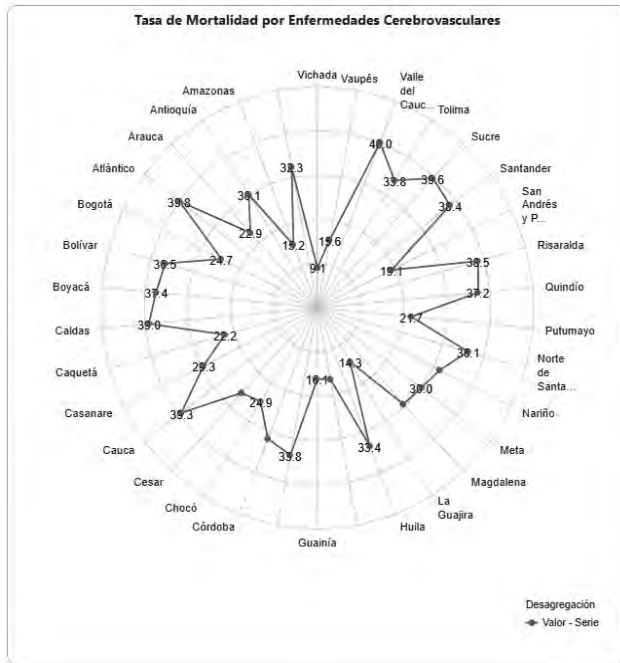
Tasa de mortalidad en enfermedades cerebrovasculares corte al año 2019



32.91 Valor máximo
31.02 Valor promedio
29.13 Valor mínimo

Fuente: Así vamos en salud

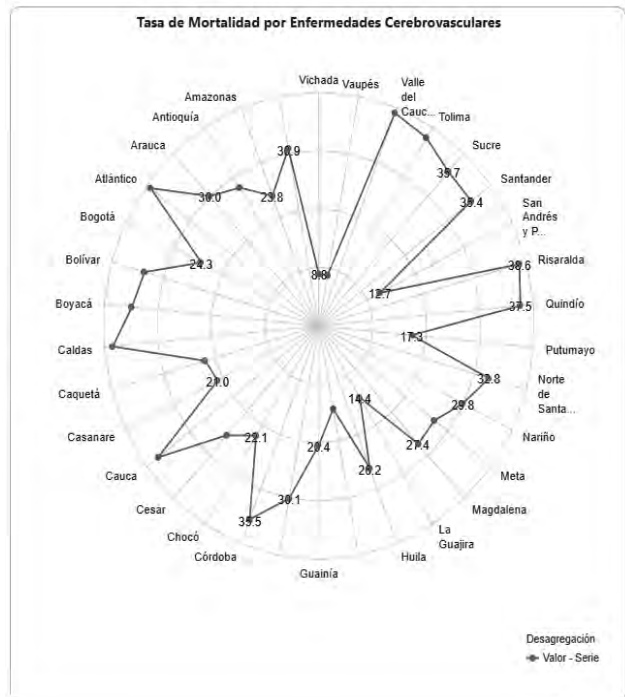
Tasa de mortalidad en Colombia por Enfermedades Cerebrovasculares. Cifras nacionales año 2018



Fuente: Así vamos en salud³

³Así vamos en salud, página en el siguiente vinculo: <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/enfermedades-cronicas-no-transmisibles/tasa-de-mortalidad-por-enfermedades>

Tasa de mortalidad en Colombia por Enfermedades Cerebrovasculares. Cifras nacionales año 2019



Fuente: Así vamos en salud⁴

⁴ Así vamos en salud, página en el siguiente vinculo: <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/enfermedades-cronicas-no-transmisibles/tasa-de-mortalidad-por-enfermedades>

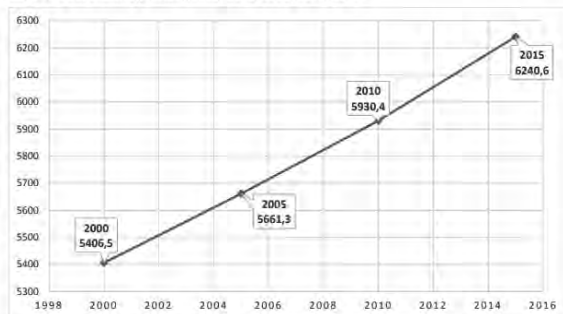
Esta condición necesita una atención y tratamiento oportuno para reducir el daño cerebral y otras complicaciones, por eso está iniciativa legislativa, pretende que, las enfermedades cerebrovasculares, se eleve a categoría de enfermedad de salud pública, con el fin de poder mejorar la atención, el diagnóstico y el tratamiento oportuno de los pacientes con accidentes cerebrovasculares. Es necesario crear cambios que nos permitan establecer medidas eficaces, tempranas y oportunas.

La OMS, en su Observatorio Mundial de la Salud (GHO), indica que en 2015 se produjeron más de 6 millones de muertes por accidente cerebrovascular en todo el mundo, de las cuales 3 250 217 corresponden al sexo femenino, en tanto 2 990 394 al sexo masculino.

El accidente cerebrovascular (ACV) es la enfermedad neurológica más frecuente, con una incidencia promedio mundial de 200 casos por cada 100 000 habitantes cada año, y una prevalencia de 600 casos por cada 100 000 habitantes.

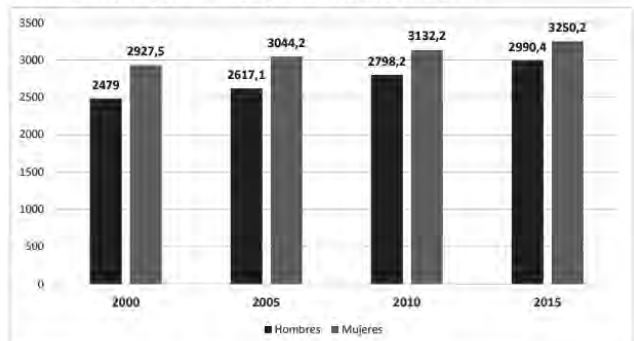
A continuación, se muestran datos estadísticos con corte al año 2015 sobre el accidente cerebrovascular a nivel mundial.

Gráfico 1. Defunciones por ACV (miles). 2000, 2005, 2010, 2015



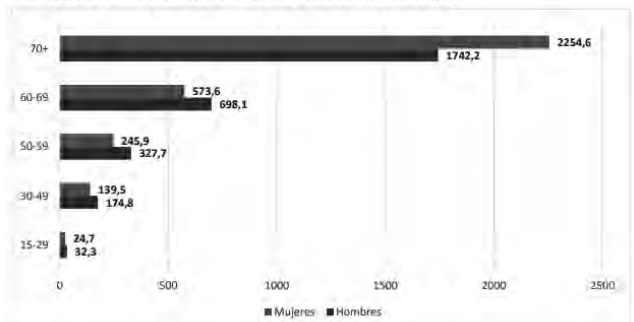
Abreviaturas: ACV= Accidente Cerebrovascular
Fuente: World Health Organization 2017 | Global Health Observatory. http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/causes_death/top_10/en/

Gráfico 2. Defunciones por ACV (miles) según sexo. 2000, 2005, 2010, 2015



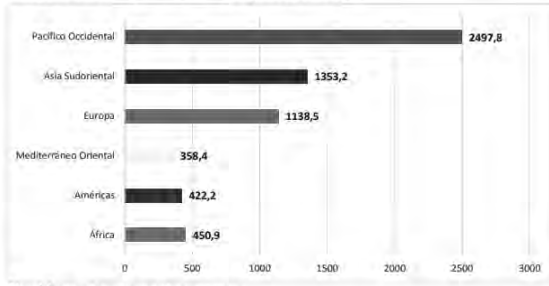
Abreviaturas: ACV= Accidente Cerebrovascular
Fuente: World Health Organization 2017 | Global Health Observatory. http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/causes_death/top_10/en/

Gráfico 3. Defunciones por ACV (miles) según grupo de edad y sexo. 2015



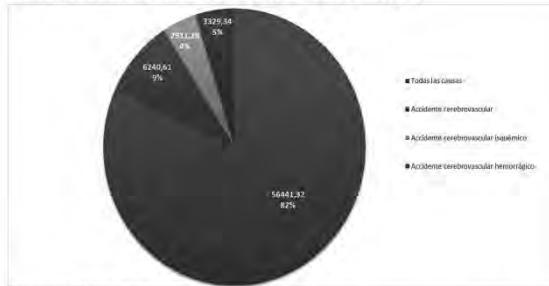
Abreviaturas: ACV= Accidente Cerebrovascular
Fuente: World Health Organization 2017 | Global Health Observatory. http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/causes_death/top_10/en/

Gráfico 4. Defunciones por ACV (miles) por región de la OMS, 2015



Abreviaturas: ACV= Accidente Cerebrovascular
Fuente: World Health Organization 2017 | Global Health Observatory.
http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/causes_death/top_10/en/

Gráfico 5. Defunciones por ACV, ACV isquémico y ACV hemorrágico (miles), 2015



Abreviaturas: ACV= Accidente Cerebrovascular
Fuente: Global Health Estimates 2015: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2015. Geneva: World Health Organization; 2016.
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index.html

Toda la información suministrada es extraída del boletín fotográfico de la Biblioteca Médica Nacional "Accidente Cerebrovascular. Estadísticas Mundiales". Fecha: diciembre 2017. <https://files.sld.cu/bmn/files/2017/12/factografico-de-salud-diciembre-2017.pdf>

La prevalencia fue calculada por RIPS y permaneció estable para ACV hemorrágico durante el periodo de observación. La tasa de mortalidad por ACV hemorrágico en hombres registró un descenso durante el periodo de observación, registrándose una reducción absoluta del riesgo en 3,0 muertes por 100.000 habitantes entre 2010 y 2014

Tabla 2. Estimaciones de incidencia, prevalencia y mortalidad por ACV hemorrágico en hombres. Colombia 2010-2014

AÑO	INCIDENCIA RS		PREVALENCIA RIPS		MORTALIDAD	
	n	Tasa por 100.000	n	%	n	Tasa por 100.000 hab.
2010	1.442	9,08	8.445	0,05%	1.387	21,74
2011	1.478	9,09	8.821	0,05%	1.448	20,80
2012	1.506	9,10	9.208	0,06%	1.317	20,12
2013	1.576	9,09	9.615	0,06%	1.281	19,87
2014	1.567	9,08	10.036	0,06%	1.248	18,65

Fuente: análisis análogo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

¹ Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS)

Incidencia, prevalencia y mortalidad por ACV isquémico mujeres (Tabla 3):

En cuanto al ACV isquémico, para el grupo de mujeres la tasa de incidencia promedio en mujeres fue de 7,7 casos nuevos por cada 100.000 hab. con 1.364 casos en 2010 y 1.543 en 2014. La prevalencia obtenida por RIPS se mantuvo durante el periodo de observación sin mayores cambios, con un número de casos prevalentes que oscilaron entre 23.271 en 2010 y 31.281 en 2014.

El número de muertes por ACV isquémico en mujeres para 2010 fue de 3.416, con una tasa de mortalidad de 17,72 por 100.000 hab. Aunque en 2014, el número de defunciones aumentó a 3.702, la tasa de mortalidad por 100.000 hab. disminuyó a 16,81 por 100.000 habitantes.

Tabla 3. Estimaciones de incidencia, prevalencia y mortalidad por ACV isquémico en mujeres. Colombia, 2010-2014

AÑO	INCIDENCIA RS		PREVALENCIA RIPS		MORTALIDAD	
	n	Tasa por 100.000	n	%	n	Tasa por 100.000 hab.
2010	1.364	7,74	23.271	0,13%	3.416	17,72
2011	1.407	7,75	25.131	0,13%	3.487	17,87
2012	1.451	7,75	27.241	0,14%	3.556	17,25
2013	1.486	7,74	29.441	0,14%	3.621	17,03
2014	1.543	7,75	31.281	0,15%	3.702	16,81

Fuente: análisis análogo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

¹ Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS)

3.2. CARGA DE LA ENFERMEDAD EN AMÉRICA LATINA

De acuerdo con el estudio de la Carga Global de Enfermedad (CGE por sus siglas en inglés) 2010, el Accidente Cerebro Vascular (ACV), es la segunda causa de muerte en el mundo, y una de las primeras causas de Años Perdidos por Discapacidad

3.3. CARGA DE LA ENFERMEDAD EN COLOMBIA

En Colombia estudios publicados entre 1984 y 2002, estiman la prevalencia de ACV entre 1,4 y 19,9 por 100.000 habitantes (habs.). Según Estadísticas Vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), las enfermedades cerebrovasculares ocuparon el segundo puesto entre las principales causas de mortalidad en el país.

Análisis por años

Incidencia, prevalencia y mortalidad por ACV hemorrágico mujeres (tabla 1):
En cuanto a la incidencia del ACV hemorrágico en el caso de las mujeres, de acuerdo con las proyecciones realizadas por medio de la RS de la literatura, para 2010 se calculó una tasa de incidencia de 7,59 por 100.000 habs., correspondiente a 1.292 casos mientras que, en el año 2014, esta fue de 7,58 por 100.000 habs., correspondiente a 1.408 casos. Para el año 2010, el número de casos prevalentes fue de 8.471 personas, equivalentes a una prevalencia de 0,05%. En 2014, la prevalencia se mantuvo constante, con 9.912 casos.

Respecto a la tasa de mortalidad, ésta se calculó a partir de los registros de estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), disminuyó de 21,3 por 100.000 habs., con 4.031 muertes por esta causa en 2010, a 18,8 por 100.000 habs., con 3.921 muertes en 2014 por ACV hemorrágico. La reducción absoluta del riesgo entre 2010 y 2014 se registró en 2,5 muertes por cada 100.000 habitantes.

Tabla 1. Estimaciones de incidencia, prevalencia y mortalidad por ACV hemorrágico en mujeres. Colombia, 2010-2014

AÑO	INCIDENCIA RS		PREVALENCIA RIPS		MORTALIDAD	
	n	Tasa por 100.000	n	%	n	Tasa por 100.000 hab.
2010	1.292	7,59	8.471	0,05%	4.031	21,36
2011	1.318	7,58	8.823	0,05%	4.001	20,51
2012	1.347	7,58	9.164	0,05%	3.958	19,63
2013	1.376	7,58	9.542	0,05%	3.921	18,83
2014	1.408	7,58	9.912	0,05%	3.882	18,06

Fuente: análisis análogo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

¹ Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS)

Incidencia, prevalencia y mortalidad por ACV hemorrágico hombres (tabla 2):
En hombres, la incidencia calculada para 2010 fue de 9,08 por 100.000 habs., equivalente a 1.442 casos anuales. Dicha incidencia permaneció estable durante el periodo de observación. Para 2014 se registraron 1.567 casos nuevos por ACV hemorrágico

Incidencia, prevalencia y mortalidad por ACV isquémico hombres (Tabla 4):

En hombres, el número de casos nuevos de ACV isquémico calculados para 2010 fue de 2.672, registrando una incidencia de 17,0 por 100.000 habs. En 2014, el número de casos aumentó a 2.927, con una tasa de incidencia de 19,0 casos nuevos por cada 100.000 habs., la tasa de incidencia se mantuvo estable.

El número de casos prevalentes de ACV isquémico calculado a partir de RIPS fue de 21.972, para una prevalencia de 0,14%. En 2014, se registró un leve aumento de la tasa del indicador en hombres, registrándose una prevalencia promedio de 0,16% durante el periodo de observación.

El número de muertes por ACV isquémico en el periodo 2010- 2014 fue de 14.938, con un promedio de muertes anuales de 2987. Aunque el número absoluto de muertes aumentó de 2.881 en 2010 a 3.089 en 2014, la tasa de mortalidad registró un leve descenso.

Tabla 4. Estimaciones de incidencia, prevalencia y mortalidad por ACV isquémico en hombres. Colombia, 2010-2014

AÑO	INCIDENCIA RS		PREVALENCIA RIPS		MORTALIDAD	
	n	Tasa por 100.000	n	%	n	Tasa por 100.000 hab.
2010	2.672	17,00	21.972	0,14%	2.881	18,84
2011	2.734	17,08	23.904	0,15%	2.943	18,70
2012	2.795	17,07	26.037	0,16%	2.992	18,50
2013	2.861	17,07	28.290	0,17%	3.035	18,29
2014	2.927	17,08	30.761	0,17%	3.089	18,10

Fuente: análisis análogo de trabajo Observatorio Nacional de Salud

¹ Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS)

Análisis por grupos de edad

Incidencia, prevalencia y mortalidad por ACV hemorrágico mujeres (tabla 5):
Se estimó la prevalencia y mortalidad secundaria a ACV por grupos de edad en Colombia para 2014. Se discriminaron los resultados según tipo de ACV y sexo, para cada uno de los grupos de edad. Para el caso de las mujeres, la incidencia de ACV hemorrágico aumentó con la edad, desde una tasa de 5,2 casos nuevos por cada 100.000 habitantes en el grupo de 15-19 años, hasta una tasa de 19,5 casos nuevos por 100.000 habitantes en el grupo de 70-74 años. A partir de los 75 años se registró un descenso en la tasa de incidencia.

La prevalencia de ACV hemorrágico en las mujeres, tuvo un comportamiento similar al de la incidencia, aumentando con la edad, siendo las mujeres mayores de 50 años quienes mayor prevalencia registraron. Para 2014 se registró un total de 3.882 muertes por ACV hemorrágico en mujeres mayores a 15 años. De igual manera, la mortalidad por ACV hemorrágico en las mujeres aumentó con la edad.

Tabla 10. Estimaciones de prevalencia y mortalidad por ACV hemorrágico en hombres por departamento, Colombia, 2010 y 2014

Departamento	2010				2014			
	Prevalencia		Mortalidad		Prevalencia		Mortalidad	
	n	%	Cases	Tasa	n	%	Cases	Tasa
Antioquia	887	0,01%	380	18,00	1041	0,04%	400	14,05
Atlántico	131	0,02%	188	21,85	258	0,02%	189	17,68
Bogotá, D.C.	1575	0,05%	502	22,34	1864	0,05%	677	18,55
Bolívar	801	0,04%	142	21,75	354	0,04%	194	17,94
Buena Vista	588	0,03%	137	18,62	839	0,03%	493	20,54
Caldas	1197	0,03%	1099	24,60	1157	0,03%	118	20,11
Cauca	73	0,00%	35	22,80	44	0,00%	27	18,79
Cesar	114	0,03%	206	22,82	384	0,03%	109	18,60
Córdoba	69	0,02%	53	19,03	79	0,02%	30	15,48
Cundinamarca	744	0,04%	113	21,37	286	0,05%	145	17,96
Cundinamarca	589	0,06%	203	22,10	641	0,06%	217	18,11
Chocó	86	0,00%	12	18,36	84	0,00%	36	24,60
Huila	187	0,04%	87	21,63	215	0,04%	88	19,59
La Guajira	58	0,02%	21	20,38	85	0,02%	29	16,51
Magdalena	11	0,00%	72	18,88	94	0,00%	21	15,67
Nariño	82	0,02%	71	28,45	108	0,03%	70	21,27
Northern Santander	425	0,04%	126	21,83	467	0,03%	133	18,09
Norte de Santander	130	0,03%	81	18,81	154	0,03%	67	15,46
Ocaña	90	0,03%	30	21,80	104	0,04%	56	18,24
Risaralda	153	0,04%	87	24,11	393	0,04%	181	19,99
Santander	300	0,03%	114	18,60	345	0,03%	194	17,62
Sucre	118	0,04%	71	24,37	138	0,04%	71	20,90
Tolima	208	0,03%	100	21,71	215	0,03%	108	17,20
Valle del Cauca	1812	0,07%	448	22,71	1793	0,08%	547	21,14
Valle	11	0,00%	14	22,58	35	0,00%	13	17,75
Zulia	23	0,00%	18	20,44	29	0,00%	11	15,67
Zulia	30	0,01%	11	14,99	14	0,01%	11	12,29
Archipiélago de San Andrés	4	0,00%	1	21,61	8	0,02%	1	21,88
Archipiélago de San Andrés	0	0,00%	0	0,00	0	0,00%	0	0,00
Insular	0	0,00%	0	0,00	0	0,00%	0	0,00
Guacarí	9	0,00%	6	22,87	9	0,00%	4	15,42
Valparíso	1	0,00%	0	0,00	1	0,00%	1	0,00
Victoria	1	0,01%	0	0,00	1	0,01%	0	0,00

- Prevalencia y mortalidad por ACV isquémico mujeres por departamento (tabla 11):

Con respecto al ACV isquémico, en 2010 las tasas de mortalidad en mujeres más altas por departamento fueron Santander, Atlántico, Norte de Santander, San Andrés y Magdalena

Tabla 11. Estimaciones de prevalencia y mortalidad por ACV isquémico en mujeres por departamento, Colombia, 2010 y 2014

Departamento	2010				2014			
	Prevalencia		Mortalidad		Prevalencia		Mortalidad	
	n	%	Cases	Tasa	n	%	Cases	Tasa
Antioquia	1216	0,12%	542	18,95	4407	0,13%	960	19,81
Bogotá, D.C.	1279	0,14%	208	28,79	1917	0,17%	249	22,81
Bolívar	942	0,11%	117	15,06	1151	0,14%	128	16,82
Buena Vista	749	0,12%	130	18,06	960	0,14%	136	17,15
Caldas	515	0,11%	95	17,81	711	0,13%	103	17,01
Cauca	68	0,05%	15	12,54	89	0,06%	18	12,80
Cesar	481	0,09%	18	10,18	643	0,12%	80	9,75
Córdoba	198	0,03%	48	16,87	273	0,08%	48	15,29
Cundinamarca	400	0,08%	87	18,89	512	0,09%	91	12,88
Cundinamarca	1182	0,12%	153	18,87	1483	0,14%	162	12,99
Chocó	108	0,08%	14	16,98	119	0,10%	24	15,80
Huila	382	0,10%	72	17,29	545	0,12%	77	19,67
La Guajira	209	0,09%	23	9,38	288	0,10%	31	9,61
Magdalena	335	0,08%	85	20,78	431	0,10%	61	13,74
Meta	205	0,11%	46	17,39	497	0,13%	52	16,29
Nariño	491	0,08%	12	8,61	655	0,10%	45	8,39
Norte de Santander	454	0,09%	112	24,47	609	0,11%	119	19,48
Ocaña	208	0,11%	50	17,86	389	0,13%	54	16,95
Risaralda	368	0,13%	82	18,12	777	0,16%	88	18,73
Santander	1.844	0,13%	294	25,84	1.799	0,14%	270	24,42
Sucre	201	0,07%	18	18,05	278	0,08%	40	18,56
Tolima	660	0,11%	121	17,88	873	0,12%	126	16,60
Valle del Cauca	1.776	0,15%	288	18,79	5.122	0,22%	437	17,88
Valle	74	0,11%	19	16,87	103	0,14%	17	16,51
Zulia	14	0,07%	14	18,02	81	0,20%	12	18,84
Zulia	18	0,04%	1	5,73	54	0,05%	6	8,25
Archipiélago de San Andrés	22	0,07%	4	22,06	30	0,08%	7	23,82
Archipiélago de San Andrés	9	0,07%	0	0,00	9	0,04%	1	11,84
Insular	0	0,00%	0	0,00	0	0,00%	0	0,00
Guacarí	10	0,06%	1	10,02	17	0,07%	1	10,60
Valparíso	7	0,06%	0	0,00	20	0,08%	0	0,00
Victoria	1	0,02%	0	0,00	7	0,04%	0	0,00

- Prevalencia y mortalidad por ACV isquémico hombres por departamento (tabla 12):

En cuanto a la prevalencia de ACV isquémico en hombres, los primeros cinco departamentos con mayores prevalencias en 2010, fueron Valle del Cauca, Bogotá, Santander, Atlántico y Risaralda. Oscilando entre 0,21% y 0,15%. Los mismos departamentos fueron aquellos con mayores prevalencias 2014, variando entre 0,26% y 0,18%. En 2014, el departamento con mayor tasa de mortalidad en hombres fue San Andrés, con 17,88 por 100.000 hab., seguido de Santander, Norte de Santander, Atlántico y Magdalena, que tuvo una tasa de 19,7 por 100.000 hab.

Tabla 12. Estimación de prevalencia y mortalidad por ACV isquémico en hombres por departamento, Colombia, 2010 y 2014

Departamento	2010				2014			
	Prevalencia		Mortalidad		Prevalencia		Mortalidad	
	n	%	Cases	Tasa	n	%	Cases	Tasa
Antioquia	2948	0,14%	432	11,30	4134	0,17%	487	20,52
Atlántico	1181	0,18%	182	25,88	1468	0,20%	204	24,27
Bogotá, D.C.	4394	0,18%	371	17,90	6272	0,23%	434	17,23
Bolívar	805	0,13%	281	18,24	1298	0,16%	111	15,56
Buena Vista	704	0,14%	113	18,21	889	0,17%	119	18,24
Caldas	508	0,12%	81	18,81	642	0,16%	86	18,28
Cauca	79	0,04%	17	18,20	111	0,08%	30	11,94
Córdoba	481	0,10%	14	11,80	679	0,13%	55	18,54
Cotacachi	220	0,08%	47	17,29	307	0,10%	51	17,28
Cundinamarca	481	0,09%	98	18,51	626	0,11%	91	18,20
Cundinamarca	1201	0,14%	145	14,78	1608	0,16%	184	24,51
Chocó	300	0,09%	34	17,57	344	0,13%	21	17,17
Huila	483	0,11%	88	18,71	585	0,14%	71	17,72
La Guajira	287	0,10%	38	18,09	400	0,12%	21	9,77
Magdalena	383	0,13%	86	23,73	506	0,15%	68	15,99
Meta	384	0,12%	89	18,87	608	0,13%	58	15,42
Nariño	505	0,08%	17	8,48	695	0,11%	40	8,98
Norte de Santander	410	0,10%	108	21,14	618	0,13%	114	24,29
Ocaña	281	0,12%	43	18,94	383	0,15%	46	18,83
Risaralda	118	0,14%	88	18,27	778	0,18%	75	18,80
Santander	1248	0,17%	203	17,82	1706	0,21%	214	24,40
Sucre	223	0,08%	15	18,58	300	0,10%	18	17,89
Tolima	710	0,12%	119	18,96	941	0,15%	119	17,11
Valle del Cauca	8179	0,21%	120	26,12	4678	0,26%	140	18,40
Valle	85	0,13%	11	18,90	110	0,14%	13	17,00
Zulia	71	0,04%	15	16,24	109	0,11%	16	20,96
Zulia	44	0,04%	5	7,01	63	0,06%	6	8,48
Archipiélago de San Andrés	19	0,08%	4	21,04	29	0,11%	1	14,09
Archipiélago de San Andrés	0	0,00%	1	14,39	16	0,10%	1	11,21
Insular	7	0,08%	0	0,00	8	0,09%	0	0,00
Guacarí	13	0,07%	1	8,82	16	0,09%	1	8,88
Valparíso	8	0,08%	0	0,00	9	0,09%	0	0,00
Victoria	0	0,04%	0	0,00	7	0,04%	0	0,00

¿Cómo solucionar la problemática?

El análisis para la solución de la problemática, se hace en base de modelos predictivos, en cuanto a la incidencia, prevalencia y mortalidad por ACV, para los años (2010-2014) en Colombia, con base en estudios previos (RS) y datos oficiales (DANE y RIPS), con el propósito de validar herramientas que permitan la toma de decisiones respecto a la ACV, que es la tercera causa de muerte en el país.

El tipo más frecuente de ACV en Colombia es el isquémico, aunque la incidencia por ambos tipos de ACV en Colombia se ha mantenido estable o con pocas variaciones. La prevalencia muestra un leve aumento durante el mismo periodo, esto podría explicarse por el descenso gradual de la mortalidad, que puede a su vez, correlacionarse con mejores protocolos de atención y nuevos medicamentos disponibles, que pueden impactar en el desenlace, durante las primeras horas del evento.

La tendencia reportada tanto en la incidencia, la prevalencia y la mortalidad, de acuerdo a los grupos de edad, tienen una tendencia que incrementa en forma proporcional con la edad.

Los accidentes cerebrovasculares ACV, suelen ser de larga duración y el resultado de una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y comportamentales. La detección, cribado y tratamiento, así como los cuidados paliativos, son componentes clave en la respuesta a esas enfermedades.

Facilitar la prestación de servicios, con el fin de aumentar la capacidad de respuesta por medio de alianzas público – privadas, tales como tomografía de cráneo, tromboembolectomía de vasos de la cabeza y cuello o trombolisis de vasos intracraniales, ya que en este momento ningún departamento se muestra una tasa que supere más de 3 prestaciones por cada 100.000 habitantes.

Mejorar la atención que los pacientes de ACV reciben cuando llegan por primera vez a una unidad de urgencias; acceder a un diagnóstico certero y rápido que permita, posteriormente, un tratamiento oportuno y así maximizar las posibilidades de preservar la vida y proteger el derecho fundamental a la salud.

«Es necesario que existan más entidades que ofrecen terapias de reperusión específicas para accidente cerebrovascular isquémico, teniendo en cuenta que estos pacientes, al momento de presentar este evento, solo tiene una ventana de aproximadamente seis horas para llegar al centro de atención y evitar tener una discapacidad permanente e incluso morir. Dado que 90 % de los pacientes que murieron por ACV recibieron asistencia médica durante el proceso que los llevó a la muerte, es importante mejorar la calidad del servicio que se presta a los pacientes, así como ampliar la oferta de los servicios necesarios para atender este desenlace» (Arenas y Lucumí, 2019).

En el mundo, el ACV es considerado un problema de primer nivel. Producto de esa consideración, algunos países ya empiezan a registrar un descenso en la incidencia y gravedad de la presentación de ACV. Los sistemas nacionales de salud están reorganizando la red de servicios y mejorando ostensiblemente la capacidad de esos sistemas para encarar el problema.

«Los datos estadísticos en Colombia son escasos. El estudio Epineuro, publicado en el 2003, determinó la prevalencia de ocho problemas neurológicos frecuentes y encontró que para el ACV la prevalencia fue del 19,9%, más frecuente en mayor de 50 años y mujeres. Adicionalmente, se cuenta con una base de datos que muestra las tromboembolectomias y trombolisis llevadas a cabo en Colombia entre 2011 y 2015 e identifica que Bogotá es la ciudad con el mayor número de procedimientos en el país» (García Alfonso, et. al., 2018).

El ACV es una afectación con presencia en todo el país y no puede ser que Bogotá concentre la mayor y mejor capacidad de respuesta y tratamiento. La atención a los pacientes ACV debe ser prioritaria e igualmente garantizada en todos los departamentos.

Así mismo, se debe propender por la protección del derecho fundamental a la salud de todos los colombianos, sin importar lugar de residencia, origen o sitio de atención.

El día nacional de respuesta ante el ACV debe funcionar como un método para unir esfuerzos entre entidades públicas y actores privados en aras de la prevención y la atención.

<p>«Muchos de los pacientes que sobreviven sufren secuelas importantes que les limitan en sus actividades de la vida diaria. Su morbimortalidad no solo ocasiona sufrimiento a los pacientes y a sus familiares, sino que además lastra gravemente la economía de la sociedad» (Ministerio de Sanidad y Política Social de España, 2009).</p> <p>Bajo esa perspectiva, España y otros países europeos se han trazado como meta, la consolidación de una Estrategia Nacional que considere todos los actores relevantes del sistema de salud para encauzar acciones, mecanismos e instrumentos que tomen en serio la incidencia del ACV.</p> <p>Colombia debe implementar una estrategia con urgencia para "estructurar la organización de los servicios de atención para optimizar el manejo de los pacientes con ACV» (Arenas y Lucumí, 2019).</p> <p>En la región latinoamericana, Chile ya ha estado haciendo lo propio. «La existencia de un Plan de Acción de Accidente Cerebrovascular ha explicitado los roles que los diferentes actores de la red asistencial tienen para garantizar una atención oportuna y adecuada a todos los pacientes» (Labbé Atenas et. al., 2018).</p> <p>Cada uno de los objetivos planteados deberá corresponder a un capítulo especial de la Estrategia Colombiana en ACV y deben significar líneas de acción concretas para mejorar «la cadena de eventos que favorece buenos resultados funcionales luego de un ACV» (Arenas y Lucumí, 2019).</p> <p>El Ministerio de Salud como rector del sistema y encargado de liderar la estrategia con los actores citados en el artículo 3, deberá incorporar todo lo necesario para que dicha estrategia ofrezca resultados comparables con los estándares de los sistemas de salud de los países con los que Colombia comparte lugar en la OCDE.</p> <p>Efectivamente, la inclusión del país en esta organización internacional funcione para incrementar la capacidad institucional del Estado en todos los frentes.</p> <p>«Las personas que sufren de un ACV pueden tener trastornos motores, de lenguaje, cognoscitivos y emocionales, que afectan sus roles social, personal y laboral». (Universidad de la Sabana, 2019). Por eso es tan importante que la estrategia concentre especiales esfuerzos en mejorar la atención de los pacientes en la fase aguda del ACV y consideren la provisión de un sistema de rehabilitación y cuidado completo y suficiente no solo para el paciente sino también para la familia.</p> <p>De acuerdo con la bibliografía revisada, «si bien la tomografía axial computarizada (TAC) cerebral simple sigue siendo la imagen recomendada por las guías internacionales para la evaluación inicial y toma de decisiones sobre el manejo del paciente con sospecha de ACV, en los últimos años ha habido extraordinarios avances en el diagnóstico oportuno y temprano del ACV con nuevas herramientas que van desde la estandarización de la angiografía cerebral como uno de los estudios principales en el enfoque inicial hasta el uso de técnicas de perfusión por tomografía y resonancia magnética (RM) cerebral, que permiten establecer el núcleo del infarto y el área circundante potencialmente salvable, por lo que es posible ofrecer terapias que brindan al paciente funcionalidad y calidad de vida a mediano y largo plazo» (García Figueroa et. al., 2018).</p>	<p>Por consiguiente, es crucial incentivar una agenda científica y de investigación más potente que contribuya a obtener un sistema de salud moderno y permanentemente actualizado en actividades de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y provisión de unos mejores cuidados a los pacientes con ACV.</p> <p>principalmente, la puesta en marcha de un mecanismo de concurrencia y cooperación estratégica entre actores públicos y privados para aumentar el nivel de eficiencia en la atención de los pacientes con ACV. Hacemos referencia a la ley 1508 de 2012 como marco normativo más importante, del cual podrían esos actores hacer uso para el logro de los objetivos propuestos.</p> <p>«Según la Asociación Colombiana de Neurología, cada año más de 45.000 personas en Colombia sufre un accidente cerebrovascular (ACV), cabe resaltar que el 75 % de los accidentes se producen en países de bajos ingresos. El 38% de los pacientes no reconoce los síntomas de estos» (Portafolio, 2019).</p> <p>Se debe promover la educación en salud para que luego este tipo de disposiciones cobren aplicación y eficacia. Por lo pronto, hay que promover su existencia para contar con una plataforma que permita reducir el tiempo de transporte y activar los protocolos médicos de emergencia necesarios para el manejo adecuado de la enfermedad.</p> <p>No obstante, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, expedida por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación UNESCO, en 2005, representa un instrumento clave para orientar la toma de decisiones complejas en salud pública. Esta iniciativa legislativa quiere elevar a categoría de enfermedad pública los accidentes cerebrovasculares, con el fin de lograr una atención inmediata que permita evitar daños irreversibles en los pacientes.</p> <p>Además, el Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, es indicativo y contiene los principios rectores de política y las acciones fundamentales de intervención del entorno, de los comportamientos, de los servicios de salud y de la participación social; los gobiernos departamentales, distritales y locales deben adaptarlo a su propia problemática y gestionarlo para su ejecución.</p> <p>El cual se implementaron planes para atender las problemáticas de salud, pero vemos que a la fecha el incremento de enfermedades cerebrovasculares es importante que preste una atención inmediata y de calidad.</p> <p>Asimismo, la Información del Ministerio de salud, el cual argumenta que, las dos de las tres enfermedades más costosas para el sistema de salud colombiano pertenecen al grupo de las enfermedades cardiovasculares⁵:</p> <ul style="list-style-type: none"> • infarto agudo de miocardio • accidente cerebro vascular <p>⁵ La política y los progresos de Colombia en la prevención y control de las enfermedades no trasmisibles con énfasis en las enfermedades cardiovasculares, encuéntrolo en: http://www.buenasaludamericas.org/uploads/2/5/8/7/25879931/ramirez_salud-cardiovascular-en-la-america.pdf</p>
<p>Igualmente, el costo que lograría evitar el sistema de salud, si se diera una atención temprana a las personas que sufren accidentes cerebrovasculares, los cuidados paliativos serían distintos, ya que muchas veces en la autorización y todo el trámite administrativo llegan a pasar años para la aprobación de examen, no se detectan las causas de los accidentes cerebrovasculares lo que puede llevar a un paciente a presentar un segundo episodio.</p> <p>4. MARCO NORMATIVO</p> <p>4.1. MARCO CONSTITUCIONAL</p> <p>Como lo indica el artículo de la Constitución política, el derecho a salud es fundamental en su artículo 49 establece que:</p> <p><i>“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.”</i></p> <p>4.2. MARCO LEGAL</p> <p>Según el artículo 10 de la ley 1618 de 2013, establece:</p> <p>La atención en salud se garantiza a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS. Las personas con discapacidad pueden acceder a la atención de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.</p> <p>De acuerdo con la Ley 1122 de 2007 la cual establece que:</p> <p>La salud pública está constituida por un conjunto de políticas que busca garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones dirigidas tanto de manera individual como colectiva ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.</p> <p>⁶ Constitución política art. 49</p>	<p>La Ley 1751 de 2015</p> <p>Garantiza el derecho a la salud, regula la acción de los actores comprometidos con la atención en salud y establece mecanismos de protección del derecho a la salud para la población colombiana.</p> <p>El artículo 8 hace referencia a la integralidad y determina que "los servicios y tecnologías se suministran de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad.</p> <p>Resolución 429 de 2016 La Política de Atención Integral en Salud, orienta hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, busca el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud.</p> <p>4.3. MARCO JURISPRUDENCIAL</p> <p>IMPACTO FISCAL</p> <p>En la misma sentencia C-662 de 2009, la Corte Constitucional ha recordado que:</p> <p><i>«La exigencia contemplada en el artículo 7º de la Ley 819 de 2003 busca satisfacer finalidades constitucionalmente valiosas, relacionadas con (i) el otorgamiento de racionalidad al procedimiento legislativo; y (ii) la eficacia material de las leyes, la cual pasa ineludiblemente por la determinación y consecución de los recursos económicos necesarios, en un marco de compatibilidad con la política económica del país, y en el logro de dicha compatibilidad existen competencias concurrentes del Ejecutivo y del Congreso. Así, la Corte ha considerado que los primeros tres incisos del artículo 7º de la Ley 819 de 2003 deben entenderse como parámetros de racionalidad de la actividad legislativa, y como una carga que le incumbe inicialmente al Ministerio de Hacienda, una vez que el Congreso ha valorado, con la información y las herramientas que tiene a su alcance, las incidencias fiscales de un determinado proyecto de ley. Es decir, el mencionado artículo debe interpretarse en el sentido de que su fin es obtener que las leyes que se dicten tengan en cuenta las realidades macroeconómicas, pero sin crear barreras insalvables en el ejercicio de la función legislativa ni crear un poder de veto legislativo en cabeza del Ministro de Hacienda. Y en ese proceso de racionalidad legislativa la carga principal reposa en el Ministerio de Hacienda, que es el que cuenta con los datos, los equipos de funcionarios y la experiencia en materia económica. Por lo tanto, en el caso de que los congresistas tramiten un proyecto incorporando estimativos erróneos sobre el impacto fiscal, sobre la manera de atender esos nuevos gastos o sobre la compatibilidad del proyecto con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, le corresponde al Ministro de Hacienda intervenir en el proceso legislativo para ilustrar al Congreso acerca de las consecuencias económicas del proyecto. Y el Congreso habrá de recibir y valorar el concepto emitido por el Ministerio. No obstante, la carga de demostrar y convencer a los congresistas acerca de la incompatibilidad de cierto proyecto con el Marco Fiscal de Mediano Plazo recae sobre el Ministro de Hacienda.</i></p>

<p><i>El mandato de adecuación entre la justificación de los proyectos de ley y la planeación de la política económica, empero, no puede comprenderse como un requisito de trámite para la aprobación de las iniciativas legislativas, cuyo cumplimiento recaiga exclusivamente en el Congreso. Ello en tanto (i) el Congreso carece de las instancias de evaluación técnica para determinar el impacto fiscal de cada proyecto, la determinación de las fuentes adicionales de financiación y la compatibilidad con el marco fiscal de mediano plazo; y (ii) aceptar una interpretación de esta naturaleza constituiría una carga irrazonable para el Legislador y otorgaría un poder correlativo de veto al Ejecutivo, a través del Ministerio de Hacienda, respecto de la competencia del Congreso para hacer las leyes. Un poder de este carácter, que involucra una barrera en la función constitucional de producción normativa, se muestra incompatible con el balance entre los poderes públicos y el principio democrático. Si se considera dicho mandato como un mecanismo de racionalidad legislativa, su cumplimiento corresponde inicialmente al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, una vez el Congreso ha valorado, mediante las herramientas que tiene a su alcance, la compatibilidad entre los gastos que genera la iniciativa legislativa y las proyecciones de la política económica trazada por el Gobierno. Así, si el Ejecutivo considera que las cámaras han efectuado un análisis de impacto fiscal erróneo, corresponde al citado Ministerio el deber de concurrir al procedimiento legislativo, en aras de ilustrar al Congreso sobre las consecuencias económicas del proyecto. El artículo 7º de la Ley 819/03 no puede interpretarse de modo tal que la falta de concurrencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público dentro del proceso legislativo afecte la validez constitucional del trámite respectivo. (Cursivas y resaltado fuera de texto).</i></p> <p>En tal sentido, la información completa y suficiente sobre el impacto fiscal que pudiera tener el presente proyecto de ley deberá ser completada con la intervención del Ministerio de Hacienda durante el trámite legislativo y no debe significar ningún obstáculo para la radicación y/o aprobación.</p> <p>4.4. DERECHO COMPARADO</p> <p>ARGENTINA</p> <p>Mediante la Ley 9.613 del año 2014, la Cámara de diputados sancionó con fuera de Ley que crea el programa de la prevención, diagnóstico y tratamiento de las Enfermedades cerebro vasculares y ACV accidentes Cerebrovasculares. Además, se crea la unidad de atención del accidente cerebrovascular y un registro de pacientes con factores de riesgo.</p> <p>Por las consideraciones presentadas anteriormente, presentamos texto de modificación del proyecto de ley 017 de 2020.</p> <p>5. CONCEPTO DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL</p> <p>El concepto del Ministerio de Salud y Protección Social fue recibido el 22 de enero de 2021, y fue elaborado a partir del texto del proyecto de ley 017 de 2020C publicado en la Gaceta No. 1377 de 2020.</p> <p>En el concepto se realiza un análisis del proyecto a partir de tres elementos: marco normativo y de política relevante; abordaje integral de las enfermedades cardiovasculares</p>	<p>incluyendo la enfermedad cerebrovascular; y, sus factores de riesgo para una propuesta regulatoria.</p> <p>El Ministerio reconoce que <i>“las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en el mundo y Colombia no es la excepción”</i> y señala dentro de los factores de riesgo: <i>“hipertensión; obesidad; dislipidemia; alimentación no saludable; inactividad física; y, consumo de productos derivados del tabaco y consumo nocivo del alcohol”</i>.</p> <p><i>“Todos estos factores de riesgo son en gran medida prevenibles, controlables a través de intervenciones colectivas e individuales”</i>. (Subrayado fuera del texto)</p> <p><i>“Las políticas públicas en el país apoyan la necesidad de intervenir estas enfermedades desde los determinantes sociales de la salud”</i>. (Subrayado fuera del texto)</p> <p>A continuación se mencionan las normas de referencia, para el análisis de proyecto de ley:</p> <p><i>“Según el marco normativo con la expedición de la Ley 100 de 1993, se estableció como uno de sus objetivos, facilitar las condiciones acceso de la población a los servicios de fomento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia de conformidad en lo previsto en el plan de beneficios”</i>.</p> <p><i>“Dada la prevalencia de estas enfermedades en la salud pública colombiana, han sido adoptadas un conjunto de instrumentos de política pública, que posicionan las enfermedades cardiovasculares como prioridad gubernamental, que tienen como objetivo la reducción de la incidencia y mortalidad prematura asociada a este grupo de enfermedades”</i>. (Subrayado fuera del texto)</p> <p>El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2018-2022, teniendo en cuenta que las enfermedades cardiovasculares han sido definidas como una prioridad en salud pública, incluye como objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>“Controlar la hipertensión y así reducir el riesgo de enfermedades cerebrovasculares y del corazón (infartos)</i> - <i>Controlar la hipertensión y así reducir el riesgo de enfermedades del corazón (infartos) y cerebrovasculares.”</i> <p>Donde se cuentan una serie de estrategias para poder alcanzar esos objetivos tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>“Modelos de atención integral desde las citas, las pruebas diagnósticas hasta el suministro de medicamentos.</i> - <i>Priorización de la prevención de enfermedades cardiovasculares.”</i> <p>El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, incluye <i>“metas y estrategias orientadas al control de las enfermedades No transmisibles (dentro de las cuales están las enfermedades Cardiovasculares)”</i></p>
<p>La Resolución 3202 de 2016, <i>“con la cual fue adoptada la RIAS para la promoción y prevención de la salud y la ruta integral en salud para la población con Hipertensión arterial primaria (HTA)”</i>, donde <i>“se evidencian las condiciones necesarias para garantizar la atención integral de salud y la guía de implementación de intervenciones poblacionales”</i>.</p> <p>La Resolución 3280 de 2018, que establece la Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la Salud (RPMS) y la Resolución 3202 de 2016 relacionada con las RIAS, donde se aborda la atención integral según las guías de práctica clínica (GPC).</p> <p><i>“En virtud de lo expuesto, de manera general se identifica que varios de los artículos propuestos en este PL, ya hacen parte de las diferentes normas, instrumentos de política, resoluciones y herramientas técnicas, por lo cual no resulta pertinente su inclusión”</i>. (Subrayado y negrilla fuera del texto)</p> <p>Contemplando el abordaje integral de las enfermedades cardiovasculares incluyendo la enfermedad cerebrovascular, el Ministerio de Salud y Protección Social hace referencia a la Resolución 3202 de 2016, la cual determina:</p> <p>En el artículo 3, 4, 5 y 9. donde se evidencia el alcance, los objetivos, características y responsabilidades de las RIAS (Rutas integrales de atención en salud) y se determina que <i>“la normatividad vigente ya ha incorporado las intervenciones, de carácter colectivo e individual.”</i> (Subrayado y negrilla fuera del texto)</p> <p>Por último, tenemos el tercer elemento de análisis, referido al análisis de la propuesta regulatoria contenida en el Proyecto de Ley No. 017 de 2020.</p> <p>Al respecto, el Ministerio dictamina, que, <i>“desde el punto de vista jurídico, ya existen disposiciones adecuadas para una garantía integral.</i></p> <p><i>Bajo esta perspectiva se observa que la propuesta recae sobre materias ya reguladas sin estipular criterios adicionales que permitan afirmar su necesidad. De esta forma y de conformidad con lo planteado, el PL no supera el test de necesidad de la norma y por ende no resulta conveniente.</i></p> <p><i>Igualmente se debe de reconocer el carácter multifactorial en el desarrollo de estas enfermedades, las cuales en su gran mayoría son prevenibles y evitables”</i>. (Subrayado y negrilla fuera del texto)</p> <p>En conclusión, el Ministerio dictamina que la aprobación del proyecto de ley generaría inconvenientes al introducir duplicidad en las acciones de salud pública, además el ACV hace parte de las enfermedades cardiovasculares (dentro de la categoría de enfermedades no transmisibles), las cuales ya cuentan con una serie de intervenciones de carácter poblacional, colectivo e individual.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social, tiene argumentos valederos y científicamente probados, para poder dictaminar la no viabilidad del Proyecto de ley, ya que, tanto en la parte jurídica – normativa, dicho modelo de proyecto se encuentra funcionando en la actualidad, como se pudo evidenciar en lo anteriormente expuesto.</p>	<p>Por último, enfatizar en el componente de prevención, ya que es comprobable que esta patología obedece a una serie de riesgos, donde todos estos, con un trabajo de sensibilización y un sentido de necesidad regulatoria, pueden ser mitigables.</p> <p>Dentro de estas, se encuentra: el fortalecimiento de intervenciones de carácter estructural como la publicidad de alimentos; la oferta o el incentivo de los alimentos y refrescos naturales; medidas de impacto fiscal: como los impuestos saludables, la regulación, y el control adecuado de la composición de los alimentos procesados. Aclarando que todo lo anterior, no solamente ayudaría a mitigar los problemas de esta patología, sino que en general podría lograrse que la ciudadanía tenga una vida más saludable con menos problemas de salud.</p> <p>6. POSIBLES CONFLICTOS DE INTERÉS</p> <p>Con base en el artículo 3º de la Ley 2003 de 2019, según el cual <i>“El autor del proyecto y el ponente presentarán en el cuerpo de la exposición de motivos un acápite que describa las circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto, de acuerdo con el artículo 286. Estos serán criterios guías para que los otros congresistas tomen una decisión en torno a si se encuentran en una causal de impedimento, no obstante, otras causales que el Congresista pueda encontrar”</i>.</p> <p>A continuación, se pondrán de presente los criterios que la Ley 2003 de 2019 contempla para hacer el análisis frente a los posibles impedimentos que se puedan presentar en razón a un conflicto de interés en el ejercicio de la función congresional, entre ellas la legislativa.</p> <p><i>“Artículo 1º. El artículo 286 de la Ley 5 de 1992 quedará así:</i></p> <p>(...)</p> <p>a) <i>Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado.</i></p> <p>b) <i>Beneficio actual: aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión.</i></p> <p>c) <i>Beneficio directo: aquel que se produzca de forma específica respecto del congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.</i></p> <p><i>Para todos los efectos se entiende que no hay conflicto de interés en las siguientes circunstancias:</i></p> <p>a) <i>Cuando el congresista participe, discuta, vote un proyecto de ley o de acto legislativo que otorgue beneficios o cargos de carácter general, es decir cuando el interés del congresista coincide o se fusione con los intereses de los electores.</i></p> <p>b) <i>Cuando el beneficio podría o no configurarse para el congresista en el futuro.</i></p>

<p>c) Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que establezcan sanciones o disminuyan beneficios, en el cual, el congresista tiene un interés particular, actual y directo. El voto negativo no constituirá conflicto de interés cuando mantiene la normatividad vigente.</p> <p>d) Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que regula un sector económico en el cual el congresista tiene un interés particular, actual y directo, siempre y cuando no genere beneficio particular, directo y actual.</p> <p>e) Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo que tratan sobre los sectores económicos de quienes fueron financiadores de su campaña siempre y cuando no genere beneficio particular, directo y actual para el congresista. El congresista deberá hacer saber por escrito que el artículo o proyecto beneficia a financiadores de su campaña. Dicha manifestación no requerirá discusión ni votación.</p> <p>f) Cuando el congresista participa en la elección de otros servidores públicos mediante el voto secreto. Se exceptúan los casos en que se presenten inhabilidades referidas al parentesco con los candidatos (...). (Subrayado y negrilla fuera de texto).</p> <p>De lo anterior, y de manera meramente orientativa, se considera que para la discusión y aprobación de este Proyecto de Ley no existen circunstancias que pudieran dar lugar a un eventual conflicto de interés por parte de los Honorables Representantes, pues es una iniciativa de carácter general, impersonal y abstracta, con lo cual no se materializa una situación concreta que permita enmarcar un beneficio particular, directo ni actual.</p> <p>En suma, se considera que este proyecto se enmarca en lo dispuesto por el literal a del artículo primero de la Ley 2003 de 2019 sobre las hipótesis de cuando se entiende que no hay conflicto de interés. En todo caso, es pertinente aclarar que los conflictos de interés son personales y corresponde a cada Congresista evaluarlos.</p>	<p>7. PROPOSICIÓN</p> <p>Con fundamento en las anteriores consideraciones y argumentos, en el marco de la Constitución Política y la Ley, proponemos a los Honorables Representantes de la plenaria de la Cámara de Representantes, dar aprobación al segundo debate del Proyecto Ley número 017 de 2020 cámara "Por medio de la cual se adoptan normas para mejorar la atención, el diagnóstico y el tratamiento oportuno de los pacientes con accidentes cerebrovasculares y se dictan otras disposiciones.</p> <p>Atentamente,</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p>JUAN CARLOS REINALES AGUDELO REPRESENTANTE A LA CÁMARA</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>JAIRO REINALDO CALA SUÁREZ Representante a la Cámara Departamento de Santander Partido Comunes Ponente</p> </div> </div> <p>JUAN CARLOS REINALES AGUDELO Representante a la Cámara Departamento de Risaralda Partido Liberal Colombiano Coordinador Ponente</p> <p>8. TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE</p> <p style="text-align: center;">PROYECTO DE LEY 017 DE 2020</p> <p style="text-align: center;">"POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTAN NORMAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN, EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO OPORTUNO DE LOS PACIENTES CON ACCIDENTES CEREBROVASCULARES ACV Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"</p> <p style="text-align: center;">EL CONGRESO DE COLOMBIA</p> <p style="text-align: center;">DECRETA:</p> <p>Artículo 1. Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar el acceso efectivo a servicios de salud, atención adecuada, diagnóstico oportuno, tratamiento y rehabilitación_los</p>
<p>pacientes con accidentes Cerebrovasculares (ACV) en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p>Artículo 2°. Ámbito de aplicación. La presente ley se aplica a todas las personas que, presenten factores de riesgo o sufran cualquier tipo de accidente cerebrovascular ACV, que se encuentre afiliado al sistema de seguridad social del régimen contributivo y subsidiado.</p> <p>Artículo 3. Atención prioritaria. Declárese el Accidente Cerebrovascular (ACV) como un problema de salud pública de interés nacional por su alta mortalidad y discapacidad asociada. La atención de pacientes con ACV será prioritaria y el Estado y el Sistema General de Seguridad Social en Salud deberán garantizar identificación oportuna y actualización tecnológica en diagnóstico, tratamientos y personal idóneo para hacer efectiva la protección del derecho fundamental a la salud.</p> <p>Parágrafo 1º. El día 29 de octubre de cada año se institucionaliza en Colombia como el Día Nacional de respuesta ante el Accidente Cerebrovascular (ACV), en coordinación con la comunidad internacional representada, principalmente, por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El objetivo de la institucionalización de este Día será informar, concientizar y difundir en la población los factores de riesgo y síntomas de identificación del ACV y señalar las repercusiones sociales del ACV.</p> <p>Artículo 4. Estrategia en ACV del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social, en un término de un (1) año, diseñará una Estrategia en ACV, plenamente adaptada a los incidencia y características de los Accidentes Cerebrovasculares en Colombia, para contar con un plan de optimización de los servicios de atención y de inicio del tratamiento que aseguren la máxima recuperación del paciente.</p> <p>Artículo 5. Objetivos de la Estrategia en ACV del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Son objetivos de la Estrategia en accidentes cerebrovasculares ACV del Sistema General de Seguridad Social en Salud:</p> <ol style="list-style-type: none"> Fomentar la educación en temas salud para que la población conozca y entienda los factores de riesgo y consecuencias que puedan desarrollar un Accidente Cerebrovascular – ACV Implementar un sistema de información nacional en ACV actualizado y confiable para la toma de decisiones clínicas, económicas y de salud pública dentro del SGSSS. Aumentar el control de los grupos de riesgo a través de programas de seguimiento. Disponer de las herramientas clínicas efectivas para identificar y valorar de forma rápida a los pacientes con ACV. Disponer de personal capacitado en salud para la atención de pacientes ACV 	<ol style="list-style-type: none"> Promover un sistema de cuidado y rehabilitación integral. Crear un plan de formación continua específica en ACV dirigido al talento humano en salud para atender adecuadamente las necesidades de los pacientes. Priorizar los Departamentos en los que hay alta incidencia de ACV y un acceso limitado a procedimientos e intervenciones de tratamiento oportuno y adecuado. Promover la investigación científica y el avance médico en el tratamiento del ACV. Reducir la incidencia de ACV. Monitorear y hacer seguimiento continuo del ACV en el país. <p>Parágrafo 1º. El Ministerio de Salud y Protección Social adicionará los objetivos, metas e indicadores en salud que considere pertinentes, con el objeto de lograr una Estrategia en ACV que cumpla con los estándares de los sistemas de salud de los países pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, OCDE.</p> <p>Artículo 6. Atención en fase aguda y rehabilitación. Dentro de la Estrategia en accidentes cerebrovasculares ACV se deberán incluir criterios e indicadores para medir tiempos óptimos de diagnóstico, inicio del tratamiento, oportunidad de atención en la fase aguda del paciente ACV, y un sistema de rehabilitación y cuidado que le permita al paciente un proceso terapéutico para desarrollar su máximo potencial físico, psicológico y social.</p> <p>Parágrafo 1º. La Superintendencia Nacional de Salud, dentro de sus facultades de inspección, vigilancia y control, sancionará a las entidades territoriales, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), y Empresas Sociales del Estado (ESE) que incumplan con las disposiciones que la Estrategia en ACV defina.</p> <p>Parágrafo 2º. Las EAPB deben garantizar el pago en un plazo no mayor a 30 días, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas y privadas y a las Empresas Sociales del Estado (ESEs), de todos los costos que se deriven de los tratamientos, diagnósticos, rehabilitación y cuidado de las personas que sufren accidentes cerebro vasculares.</p> <p>Parágrafo 3º. El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), garantizará el suministro, los exámenes, medicamentos, rehabilitación, terapias, insumos, dispositivos médicos, ayudas técnicas y en general de todos los servicios y tecnologías en salud necesarios para la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de los Accidentes Cerebro Vasculares.</p> <p>Artículo 7. Ciencia y tecnología. La Estrategia en accidentes cerebrovasculares ACV deberá proponer lineamientos en materia de ciencia y tecnología para el desarrollo de un sistema moderno y permanentemente actualizado en actividades de promoción,</p>

<p>prevención, tratamiento, rehabilitación y provisión de unos mejores cuidados a los pacientes con ACV.</p> <p>Artículo 8. Alianzas público - privadas. Con el objeto de mejorar la implementación de los procedimientos, intervenciones y condiciones en los cuales son atendidos los pacientes de ACV en el país, especialmente en zonas de difícil acceso, las entidades territoriales y actores privados podrán formular alianzas público - privadas de conformidad con la Ley 1508 de 2012 y la normatividad vigente. El resultado de las alianzas público – privados deberá permitir la reducción de morbilidad y discapacidad asociadas al ACV.</p> <p>Artículo 9. Línea telefónica ACV. El Ministerio de Salud y Protección Social creará y promoverá una línea telefónica especial para la atención de pacientes que presenten accidentes cerebro vasculares ACV con el objetivo de solicitar asistencia inmediata del paciente, reducir el tiempo de transporte y activar los protocolos médicos de emergencia necesarios para el manejo adecuado de la enfermedad.</p> <p>Artículo 10. Evaluación y seguimiento de la ley. La presente ley será objeto de revisión, evaluación y seguimiento para conocer sus alcances y resultados. Para tal fin, el Ministerio de Salud y Protección Social enviará cada año a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Congreso de la República, un informe con los resultados de la Estrategia en Accidentes cerebro vasculares ACV y el cumplimiento de la presente ley.</p> <p>Artículo 11. Vigencia de la Ley. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.</p> <p>Atentamente,</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;">  JUAN CARLOS REINALES AGUDELO REPRESENTANTE A LA CÁMARA </div> <div style="text-align: center;">  JAIRO REINALDO CALA SUÁREZ Representante a la Cámara Departamento de Santander Partido Comunes Ponente </div> </div> <p>JUAN CARLOS REINALES AGUDELO Representante a la Cámara Departamento de Risaralda Partido Liberal Colombiano Coordinador Ponente</p>	<p>TEXTO DEFINITIVO APROBADO EN PRIMER DEBATE DEL PROYECTO DE LEY No. 017 DE 2020 "POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTAN NORMAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN, EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO OPORTUNO DE LOS PACIENTES CON ACCIDENTES CEREBROVASCULARES ACV Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"</p> <p>(Aprobado en la Sesión virtual del 25 de marzo de 2021, Comisión VII Constitucional Permanente de la H. Cámara de Representantes, Acta No. 34)</p> <p style="text-align: center;">EL CONGRESO DE COLOMBIA</p> <p style="text-align: center;">DECRETA:</p> <p>Artículo 1. Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar el acceso efectivo a servicios de salud, atención adecuada, diagnóstico oportuno, tratamiento y rehabilitación los pacientes con accidentes Cerebrovasculares (ACV) en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p>Artículo 2°. Ámbito de aplicación. La presente ley se aplica a todas las personas que, presenten factores de riesgo o sufran cualquier tipo de accidente cerebrovascular ACV, que se encuentre afiliado al sistema de seguridad social del régimen contributivo y subsidiado.</p> <p>Artículo 3. Atención prioritaria. Declárese el Accidente Cerebrovascular (ACV) como un problema de salud pública de interés nacional por su alta mortalidad y discapacidad asociada. La atención de pacientes con ACV será prioritaria y el Estado y el Sistema General de Seguridad Social en Salud deberán garantizar identificación oportuna y actualización tecnológica en diagnóstico, tratamientos y personal idóneo para hacer efectiva la protección del derecho fundamental a la salud.</p> <p>Parágrafo 1º. El día 29 de octubre de cada año se institucionaliza en Colombia como el Día Nacional de respuesta ante el Accidente Cerebrovascular (ACV), en coordinación con la comunidad internacional representada, principalmente, por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El objetivo de la institucionalización de este Día será informar, concientizar y difundir en la población los factores de riesgo y síntomas de identificación del ACV y señalar las repercusiones sociales del ACV.</p> <p>Artículo 4. Estrategia en ACV del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social, en un término de un (1) año, diseñará una Estrategia en ACV, plenamente adaptada a los incidencia y características de los Accidentes Cerebrovasculares en Colombia, para contar con un plan de optimización de los servicios de atención y de inicio del tratamiento que aseguren la máxima recuperación del paciente.</p> <p>Artículo 5. Objetivos de la Estrategia en ACV del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Son objetivos de la Estrategia en accidentes cerebrovasculares ACV del Sistema General de Seguridad Social en Salud:</p> <p>a) Fomentar la educación en temas salud para que la población conozca y entienda los factores de riesgo y con secuencias que puedan desarrollar un Accidente Cerebrovascular – ACV</p>
<p>b) Implementar un sistema de información nacional en ACV actualizado y confiable para la toma de decisiones clínicas, económicas y de salud pública dentro del SGSSS.</p> <p>c) Aumentar el control de los grupos de riesgo a través de programas de seguimiento.</p> <p>d) Disponer de las herramientas clínicas efectivas para identificar y valorar de forma rápida a los pacientes con ACV.</p> <p>e) Disponer de personal capacitado en salud para la atención de pacientes ACV</p> <p>f) Promover un sistema de cuidado y rehabilitación integral.</p> <p>g) Crear un plan de formación continua específica en ACV dirigido al talento humano en salud para atender adecuadamente las necesidades de los pacientes.</p> <p>h) Priorizar los Departamentos en los que hay alta incidencia de ACV y un acceso limitado a procedimientos e intervenciones de tratamiento oportuno y adecuado.</p> <p>i) Promover la investigación científica y el avance médico en el tratamiento del ACV.</p> <p>j) Reducir la incidencia de ACV.</p> <p>k) Monitorear y hacer seguimiento continuo del ACV en el país.</p> <p>Parágrafo 1º. El Ministerio de Salud y Protección Social adicionará los objetivos, metas e indicadores en salud que considere pertinentes, con el objeto de lograr una Estrategia en ACV que cumpla con los estándares de los sistemas de salud de los países pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, OCDE.</p> <p>Artículo 6. Atención en fase aguda y rehabilitación. Dentro de la Estrategia en accidentes cerebrovasculares ACV se deberán incluir criterios e indicadores para medir tiempos óptimos de diagnóstico, inicio del tratamiento, oportunidad de atención en la fase aguda del paciente ACV, y un sistema de rehabilitación y cuidado que le permita al paciente un proceso terapéutico para desarrollar su máximo potencial físico, psicológico y social.</p> <p>Parágrafo 1º. La Superintendencia Nacional de Salud, dentro de sus facultades de inspección, vigilancia y control, sancionará a las entidades territoriales, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), y Empresas Sociales del Estado (ESE) que incumplan con las disposiciones que la Estrategia en ACV defina.</p> <p>Parágrafo 2º. Las EAPB deben garantizar el pago en un plazo no mayor a 30 días, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas y privadas y a las Empresas Sociales del Estado (ESEs), de todos los costos que se deriven de los tratamientos, diagnósticos, rehabilitación y cuidado de las personas que sufren accidentes cerebro vasculares.</p> <p>Parágrafo 3º. El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), garantizará el suministro, los exámenes, medicamentos, rehabilitación, terapias, insumos, dispositivos médicos, ayudas técnicas y en general de todos los servicios y tecnologías en salud necesarios para la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de los Accidentes Cerebro Vasculares.</p> <p>Artículo 7. Ciencia y tecnología. La Estrategia en accidentes cerebrovasculares ACV deberá proponer lineamientos en materia de ciencia y tecnología para el desarrollo de un sistema moderno</p>	<p>y permanentemente actualizado en actividades de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y provisión de unos mejores cuidados a los pacientes con ACV.</p> <p>Artículo 8. Alianzas público - privadas. Con el objeto de mejorar la implementación de los procedimientos, intervenciones y condiciones en los cuales son atendidos los pacientes de ACV en el país, especialmente en zonas de difícil acceso, las entidades territoriales y actores privados podrán formular alianzas público - privadas de conformidad con la Ley 1508 de 2012 y la normatividad vigente. El resultado de las alianzas público – privados deberá permitir la reducción de morbilidad y discapacidad asociadas al ACV.</p> <p>Artículo 9. Línea telefónica ACV. El Ministerio de Salud y Protección Social creará y promoverá una línea telefónica especial para la atención de pacientes que presenten accidentes cerebro vasculares ACV con el objetivo de solicitar asistencia inmediata del paciente, reducir el tiempo de transporte y activar los protocolos médicos de emergencia necesarios para el manejo adecuado de la enfermedad.</p> <p>Artículo 10. Evaluación y seguimiento de la ley. La presente ley será objeto de revisión, evaluación y seguimiento para conocer sus alcances y resultados. Para tal fin, el Ministerio de Salud y Protección Social enviará cada año a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Congreso de la República, un informe con los resultados de la Estrategia en Accidentes cerebro vasculares ACV y el cumplimiento de la presente ley.</p> <p>Artículo 11. Vigencia de la Ley. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;">  JUAN CARLOS REINALES AGUDELO REPRESENTANTE A LA CÁMARA </div> <div style="text-align: center;">  JAIRO REINALDO CALA SUÁREZ Representante a la Cámara </div> </div>

INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 178 DE 2020 CÁMARA

por medio de la cual se crean los cupos especiales en Universidades Públicas para los estudiantes pertenecientes a las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras del país.

Bogotá D.C., Mayo 21 de 2021

Doctor
OSWALDO ARCOS BENAVIDES
PRESIDENTE
Comisión Sexta Constitucional Permanente
Cámara de Representantes
Bogotá

Asunto: Informe de ponencia para segundo debate al Proyecto de Ley No. 178 de 2020 Cámara *“Por medio de la cual se crean los cupos especiales en Universidades Públicas para los estudiantes pertenecientes a las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras del país”.*

Respetado señor Presidente:

En cumplimiento del encargo recibido por parte de la honorable Mesa Directiva de la Comisión Sexta de la Cámara de Representantes y de conformidad con lo establecido en el artículo 150 de la Ley 5ª de 1992, procedemos a rendir Informe de Ponencia para segundo debate al Proyecto de Ley No. 178 de 2020 Cámara *“Por medio de la cual se crean los cupos especiales en Universidades Públicas para los estudiantes pertenecientes a las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras del país”.*

1. TRÁMITE

El Proyecto de Ley No. 178 de 2020 Cámara, de autoría del Honorable Representante Jhon Arley Murillo Benítez, fue radicado en la Secretaría General de la Cámara el 20 de julio de 2020.

El anterior proyecto fue asignado para el inicio de su discusión a la Comisión Sexta Constitucional Permanente, por considerarlo de su competencia, en virtud de lo dispuesto en el artículo 1º de la Ley 3ª de 1992.

Así pues, la Mesa Directiva de la célula legislativa, procedió a realizar la designación de los ponentes para primer debate correspondiendo la ponencia al Honorable Representante Milton Hugo Angulo Viveros.

El texto contentivo de la ponencia para primer debate fue publicado en la Gaceta No. 399 del 7 de mayo de 2021. Luego, en cumplimiento del artículo 8º del Acto Legislativo 01 de 2003, se anunció su votación en sesión ordinaria del día 12 de mayo de 2021, según consta en el acta No. 037 de 2021.

Posteriormente, en sesión del 18 de mayo de 2021, el Proyecto de Ley No. 178 de 2020 Cámara, fue aprobado en primer debate, en el seno de la Comisión Sexta Constitucional Permanente de la Honorable Cámara de Representantes, según Acta No. 038 de 2021. Así las cosas, queda agotado el requisito de su primer debate para que siga su curso legal en segundo debate en la Plenaria de la Cámara de Representantes.

2. OBJETO

La iniciativa pretende que las Universidades Públicas por intermedio de sus Consejos Superiores, puedan crear políticas que promuevan programas de cupos especiales de acceso que faciliten el ingreso a los estudiantes reconocidos como Negros, Afrocolombianos, Raizales o Palenqueros.

3. CONTENIDO

La presente iniciativa cuenta con seis (6) artículos incluyendo el de su vigencia, por medio de los cuales busca que las Universidades Públicas por intermedio de sus Consejos Superiores, puedan crear políticas que promuevan programas de cupos especiales de acceso que faciliten el ingreso a los estudiantes reconocidos como Negros, Afrocolombianos, Raizales o Palenqueros.

4. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

*“La educación es el arma más poderosa que puedes usar para cambiar el mundo”
– Nelson Mandela.*

En Colombia ¹ *“la educación es un derecho fundamental, por lo que es inherente, inalienable, esencial a la persona humana, que realiza el valor y el principio material de la igualdad consagrado en el preámbulo de la Constitución Nacional y en los artículos 5º y 13 de la misma Carta Política.* El artículo 67 de la Constitución Política colombiana, reza que la educación es un derecho y un servicio público que tiene una función social, que busca el acceso al conocimiento, a la ciencia, a la técnica y a los demás bienes y valores de la cultura.

Las **Oportunidades Universitarias para Minorías Étnicas** en Colombia, aunque aún son incipientes, responden a la necesidad de un país más incluyente en términos de educación. Dentro de las Universidades e Instituciones de Educación Superior cada día es más frecuente encontrar colombianos que hacen parte de culturas étnicas locales, que integran las aulas en busca de una profesión.

Las Organización de las Naciones Unidas plantea que el 82% de los negros, afrocolombianos, raizales y palenqueros vive aun sin las necesidades básicas satisfechas (abastecimiento de agua, luz eléctrica, saneamiento, etc.); la tasa de analfabetismo de esta población es tres veces superior a la del resto del país, de cada 100 jóvenes de la población NARP apenas dos tienen acceso a estudios superiores.

Desde el año 2004 las Universidades Públicas han implementado políticas que han servido para facilitar el ingreso de la población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera a las cátedras de educación superior, interpelando así la profunda desigualdad de oportunidades y las fuertes barreras raciales que enfrenta esta población en Colombia. De todas maneras, pese a los logros obtenidos, se advierte una fuerte inequidad estructural en materia educativa en el país, que afecta especialmente a la comunidad NARP.

Según el Censo General del año 2005 realizado por el DANE, los afrodescendientes representan el 10,62%

¹ Corte Constitucional, Sentencia T-539 del 23 de septiembre de 1992; Magistrado Ponente: Doctor Simón Rodríguez Rodríguez.

de la población del país. Sin embargo, en otras fuentes utilizadas por las organizaciones sociales, además de la medición de AFROAMÉRICA XXI en el año 2009 y del informe del relator de la Organización de las Naciones Unidas para el año 2013, los afrodescendientes representan entre un 26% y 26,3% respectivamente. De acuerdo con este censo, el 72,2% de los afrocolombianos viven en centros urbanos.

Colombia se enmarca en jerarquías sociales racializadas que se materializan en la discriminación socio – racial, la segregación residencial, económica y social hacia la población NARP, la situación continúa siendo desigual en materia de empleo y acceso a la educación.

Instituciones como la Comisión Interamericana de Derechos Humanos reconocen y denuncian la inequidad que se presenta en materia educativa, de acuerdo con los datos suministrados se encuentra que *“el 10% de los niños y niñas afrodescendientes de 6 a 10 años no tendrían acceso a la educación, lo que equivale a un porcentaje de inasistencia superior en un 27% al de los niños y las niñas mestizos. En la educación básica secundaria los niños y niñas afrodescendientes de 11 a 14 años sufrirían una falta de cobertura del 12%”.* Este informe también revela que el 10% de la población NARP es analfabeta, este porcentaje alcanza niveles muchos más elevados en departamentos como Nariño 22,23%, Chocó 18,24% y Cauca 12,02%. El 27% de los afrocolombianos con edades entre los 15 y 16 años se encuentran por fuera de la educación media.

Un estudio realizado por Fernando Urrea Giraldo, Carlos Viáfara, Héctor Ramírez y Walder Botero, señala que en Colombia existen mayores desigualdades educativas entre la población afrocolombiana con respecto a la población no afrocolombiana. Este mismo estudio destaca un mayor porcentaje de analfabetismo y de inasistencia escolar para esta población en todos los grupos de edad, esto, como mencionan los autores *“tiene una fuerte relación con la inserción al mercado laboral a tempranas edades [...] la población afrocolombiana enfrenta situaciones de mayor vulnerabilidad sociodemográfica que la no afrocolombiana: los hogares afrocolombianos tienen un mayor tamaño promedio, y para dicha población son mayores las tasas de analfabetismo [...] menores las tasas de asistencia escolar para los diferentes grupos de edad y menor la cobertura de salud”.*

Las brechas en el campo educativo no sólo se explican por el acceso desigual a condiciones materiales, sino que están afectadas por la condición étnico – racial, que limita el acceso de los negros, afrocolombianos, raizales y palenqueros a las oportunidades educativas. Como bien se ha demostrado existen una serie de *“desventajas acumulativas”* que van reproduciéndose entre la población NARP. De modo que *“[...] sumado al impedimento inicial de tener un menor logro de estatus socioeconómico familiar (ser más pobres), los jóvenes de la población NARP encuentran en el curso de vida barreras adicionales que restringen sus posibilidades de alcanzar altos niveles de educación”.* Finalmente, el estudio realizado por los docentes Carlos Viáfara y Fernando Urrea Giraldo ratifica que, para Cali, Bogotá y Cartagena, la relación entre el estatus socioeconómico de la población negra y sus menores oportunidades de acceso a niveles educativos superiores.

Cabe mencionar que, aun con las fuertes brechas existentes en el campo educativo, en la educación superior se han dado algunos avances significativos relacionados con la implementación de políticas de inclusión especial o políticas de acción afirmativa para los negros, afrocolombianos, raizales y palenqueros a

nivel nacional, que favorecen el acceso a la educación superior. Las instituciones públicas cuentan con cupos para personas pertenecientes a minorías étnicas, aunque deben competir entre quienes clasifican por estos mismos cupos y deben obtener mejores resultados en sus procesos de admisión.

Frente a estas iniciativas, instituciones como el ICETEX abre anualmente convocatorias para comunidades indígenas y afrocolombianas, a través de créditos que pueden convertirse en becas si el estudiante demuestra que se ha graduado con excelencia académica y que su proyecto satisface las necesidades de su comunidad, por otra parte, algunas otras instituciones públicas del país ofrecen para las minorías étnicas, las cuales se resumen a continuación, es importante destacar que en la mayoría de estos procesos, los aspirantes deben demostrar que no cuentan con los recursos económicos para sostener una carrera profesional, pero **no son políticas públicas que incentiven especialmente a los jóvenes de la población NARP a ingresar a la Universidad Pública.**

A continuación, se presenta el *Listado de Universidades Públicas que otorgan descuento a las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras*, elaborado por el grupo de Seguimiento y Monitoreo 2018 DACN la información se publicó a través del portal virtual del **Ministerio del Interior**.

UNIVERSIDAD	TIPOS DE CONVENIOS	DEPARTAMENTO
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA	El consejo Académico aprobó la asignación de 2 cupos por programa para comunidades negras y adicionalmente el 1% sobre la matrícula.	ANTIOQUIA
UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA	Si otorga descuentos de acuerdo a la resolución.	ANTIOQUIA
UNIVERSIDAD DEL ATLÁNTICO	Para cada periodo de inscripción se otorga un 2% por programa, para proceso de admisión de pregrado ofertados sin costo alguno a cada uno de los aspirantes que acrediten su condición de miembros de la población NARP.	ATLÁNTICO
UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO	Se otorga un 15% de descuento en el valor de la matrícula, a un (1) alumno por semestre, de cada facultad, como apoyo al programa de participación de las comunidades negras, en programas.	BOGOTÁ D.C.
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES	El aspirante debe acogerse a un estudio socioeconómico de su situación económica y su núcleo familiar, para otorgar beneficios de hasta el 40% sobre el valor de la matrícula de acuerdo a lo establecido para cada categoría.	CALDAS
UNIVERSIDAD DE CALDAS	Acuerdo 047 de 2007. Otorga dos (2) cupos por programa de pregrado presencial, un (1) cupo por programa a distancia. Esto para cada convocatoria, la selección lo exonera del pago de matrícula.	CALDAS

<p>UNIVERSIDAD DE AMAZONÍA</p>	<p>Acuerdo 01 de 2004. Para cada periodo de inscripción se otorga un (1) cupo de por única vez en los diferentes programas de pregrado ofertados, sin costo alguno a cada</p>	<p>CAQUETÁ</p>	<p>exámenes programados para el ingreso con un puntaje superior o igual al del último admitido en toda la universidad, en el periodo correspondiente.* Los aspirantes admitidos pagarán matrícula mínima y podrán ser beneficiarios de los programas de bienestar universitario existentes en la universidad.</p>	
<p>UNIVERSIDAD DEL CAUCA</p>	<p>Acuerdo 086 de 2008. Asigna un cupo por programa a quien haya cursado por lo menos los tres últimos años del bachillerato en un plantel educativo de esa zona, a quienes hayan obtenido el mayor puntaje en el examen de admisión después de lleno el cupo ordinario en cada programa</p>	<p>CAUCA</p>	<p>Se otorga un (1) cupo por programa para la comunidad estudiantil perteneciente a las Negritudes, para concursar por este cupo es necesario además a ver terminados estudios de educación media en un colegio ubicado en la zona pacífica del departamento de Nariño y acreditar ser miembro de una comunidad afrodescendiente de Nariño, presentando una constancia firmada por la autoridad del consejo comunitario, con una vigencia no mayor a tres meses al día de la inscripción, un cupo por cada programa.</p>	<p>NARIÑO</p>
<p>UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR</p>	<p>Acuerdo 028 de 2003. Por cada 100 estudiantes que ingresan a la universidad, se otorga uno (1) para población afro, lo que equivale al 1%</p>	<p>CESAR</p>	<p>Se otorgan (3) cupos por cada uno de los programas de pregrado que ofrece, para la población vulnerable (comunidades negras, desplazadas por la violencia e indígenas), bachilleres con méritos de acuerdo con la Ley Estatutaria del Deporte y Reservistas de Honor.</p>	<p>QUINDÍO</p>
<p>UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA</p>	<p>Acuerdo No. 013 del 24 de junio de 2009, se crea el programa de admisión especial a mejores bachilleres de población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera. "Se destinará un 2% adicional de los cupos previstos para cada programa curricular, para los aspirantes inscritos por este programa de admisión especial que aprueben los exámenes programados para el ingreso con un puntaje superior o igual al del último admitido en toda la universidad, en el periodo correspondiente." Los aspirantes admitidos pagarán matrícula mínima y podrán ser beneficiarios de los programas de bienestar universitario existentes en la universidad.</p>	<p>CUNDINAMARCA</p>	<p>Acuerdo 014 del 2005 en su artículo uno. Reglamentado el acuerdo 05 del 2009 por el mismo consejo superior universitario.</p>	<p>SUCRE</p>
<p>UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA</p>	<p>Acuerdo 016 del 27 de febrero de 2008. Otorga un (1) cupo por carrera para estudiantes de comunidad afrocolombiana, negra, palenquera y raizal, previo cumplimiento de requisitos. Los estudiantes allí admitidos no cancelan matrícula a lo largo de la carrera universitaria.</p>	<p>CÓRDOBA</p>	<p>Acuerdo 0025 de junio 7 de 1996 del Consejo Superior. Otorga cinco (5) cupos para los programas de pregrado modalidad presencial para minorías étnicas (incluidos indígenas y población afrocolombiana)</p>	<p>TOLIMA</p>
<p>UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA</p>	<p>Acuerdo 018 del 10 de mayo del 2002. Otorga un (1) cupo, por estricto puntaje ponderado, en cada uno de los programas ofrecidos a los aspirantes que provengan de comunidades negras.</p>	<p>HUILA</p>	<p>RESOLUCIÓN No. 045 del 7 de mayo de 2018, "Por la cual se modifica el literal f) del artículo 25 de la Resolución No. 045 de 2013, la Condición de Excepción de COMUNIDADES AFROCOLOMBIANAS para el ingreso a los Programas Académicos de Pregrado". Se asigna 8% del cupo establecido para cada Programa Académico. Estos cupos son adicionales al cupo fijado por el Programa Académico "Por la cual se actualiza el reglamento de inscripción y admisión a los programas académicos de pregrado que ofrece la universidad del Valle.</p>	<p>VALLE</p>
<p>UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA</p>	<p>Acuerdo Superior No. 024 del 2001. Otorga un (1) cupo por programa académico. Se definirá el cupo de acuerdo al puntaje de las pruebas ICFES.</p>	<p>MAGDALENA</p>	<p>Otorga cupos especiales según reglamento de la universidad.</p>	<p>VALLE</p>
<p>UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA</p>	<p>Acuerdo No. 013 del 24 de junio de 2009, se crea el programa de admisión especial a mejores bachilleres de población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera. "Se destinará un 2% adicional de los cupos previstos para cada programa curricular, para los aspirantes inscritos por este programa de admisión especial que aprueben los</p>	<p>MEDELLÍN</p>		

<p>UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA</p>	<p>La asignación de cupos adicionales para comunidades negras e indígenas. Resolución No. 2370 del 20 de diciembre de 2006.</p>	<p>VALLE</p>	<p>desiguales con las que llegan los estudiantes afrocolombianos y el peso que la condición étnico - racial tiene para el alcance de oportunidades y del logro educativo.</p>
<p>ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA - ESAP</p>	<p>Se da el 100% en toda la carrera cumplimiento con lo requerimiento por la universidad, para quienes acrediten la condición étnica de negro-afrocolombiano.</p>	<p>BOGOTÁ D.C.</p>	<p>Trayectorias familiares y los modelos docentes que han tenido en la educación secundaria han jugado un papel importante en la educación superior. Las estrategias de permanencia material van desde intentar acceder las becas o subsidios estatales para población afro, hasta micro - estrategias de subsistencia individual como la venta informal de artículos, comida, bienes materiales, entre otros para garantizar un sustento. En cuanto a las estrategias simbólicas cabe resaltar la socialización entre pares, en especial los grupos de la misma procedencia geográfica o cultural y la participación en grupos del movimiento universitario afro. Estos espacios incentivan su motivación para la permanencia en la universidad y les permite ampliar su capital cultural y social. Es interesante notar de qué manera, para individuos con generaciones de exclusión sobre sus espaldas, la decisión de ingresar a la Universidad Pública adquiere una intensa fuerza simbólica, ya que pone al sujeto ante el desafío de romper el límite cultural y social que el contexto histórico-social, inexorablemente le asigna a él y su grupo poblacional. Así el compromiso "adquirido" de cambiar el curso de la historia familiar adquiere una trascendencia que va más allá de lo cotidiano.</p>
<p>UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA</p>	<p>Otorga descuentos de acuerdo a la resolución.</p>	<p>BOGOTÁ D.C.</p>	<p>Aun cuando la política de cupos especiales ha logrado el acceso de hombres y mujeres negros/as en la Universidad Pública, la inclusión no es suficiente. Existen dificultades en la permanencia de los estudiantes, que tiene relación con factores económicos y académicos, lo que sin duda no es exclusivo de la población negra. Sin embargo, es común que cuando los estudiantes negros presentan bajo desempeño académico, esta dificultad, que puede explicarse en causas estructurales, se utilice para reforzar los imaginarios racistas que ubican al negro fuera de la cultura y la intelectualidad, esto es uno de los efectos del racismo colonial que naturaliza jerarquías raciales y visibiliza a la población negra como seres "exóticos conflictivos o salvajes" (Solter, 2008).</p>
<p>UNIVERSIDAD LA GRAN COLOMBIA</p>	<p>Se otorgan descuentos para estudiantes Afrocolombianos, según el estudio de documentos en un 5%.</p>	<p>BOGOTÁ D.C.</p>	<p>No sólo la desigualdad económica marca a la población negra, también las enormes dificultades de movilidad social que existen para profesionales mujeres y hombres negros y para que les sean reconocidos y legitimados sus capitales escolares y culturales a diferencia de otros grupos sociales. Tampoco existe una política integral que pueda garantizar la permanencia y la exitosa graduación de los estudiantes que ingresan bajo la condición de excepción, lo cual constituye uno de los focos con mayor tensión y debilidad de esta política.</p>
<p>UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA -UNAD</p>	<p>Otorga beneficios para estudiantes con promedio igual o superior a 4,0 inscritos al SISBEN y con crédito acceso la universidad estableció mediante el acuerdo 019 de 2006, un beneficio del 15% sobre el valor de cada crédito a académico.</p>	<p>BOGOTÁ D.C.</p>	<p>Otra limitación se debe al hecho de que la cobertura aún es escasa y sólo garantiza el ingreso, pero no hay una política que se ocupe de la permanencia de los estudiantes de la población NARP. Como tampoco de la articulación de las acciones afirmativas con el mercado laboral. Finalmente, una limitante importante es que estos programas no toman en cuenta las "dificultades de origen" (Bourdieu y Passeron, 2006), con las cuales ingresan estos estudiantes a la educación superior y adolecen de una política que acompañe a los estudiantes en sus trayectorias académicas en la universidad, lo que se traduce en una alta tasa de deserción de los estudiantes, convirtiéndose en una situación que supera el esfuerzo personal o el mérito individual, para entramarse en las estructuras que hacen a las desigualdades de clase y étnico - raciales en Colombia.</p>

El lugar de la educación en la lucha por las reivindicaciones de los negros, afrocolombianos, raizales y palenqueros ha posibilitado avanzar hacia la configuración de acciones afirmativas en algunas universidades colombianas. La creación entonces de programas de admisión especial para minorías étnicas permite indagar cómo se producen y disputan las políticas públicas en este campo a través de las relaciones entre los distintos actores involucrados y de la incidencia de dichos programas en la reconfiguración de las identidades de la población NARP.

Con relación a este tema, estudiantes beneficiarios de programas como el que ofrecen la Universidad del Valle, **cupos especiales para población negra**, menciona:

"Hay que agradecer a todos esos líderes y lideresas que se pensaron un país diferente, que se pensaron oportunidades para nosotros. Yo soy una beneficiaria total de todo ese proceso. De mi familia yo terminé siendo la primera profesional. Yo tengo una prima que es abogada, pero se graduó hace poca. Pero ella es una prima muy lejana. Por el lado de mi papá no hay profesionales y por el lado de mi mamá somos mi prima y yo. Mi papá tiene nivel cero de escolaridad y mi mamá tiene un tercero de primaria" (Entrevista a Luz Aida Castillo. Egresada - beneficiaria de las condiciones de excepción, Universidad del Valle)

Sin embargo, esta política de cuotas también es criticada por los estudiantes y activistas del movimiento negro universitario. Se plantea que la política no es integral ya que sólo contempla el acceso más no la permanencia y no garantiza el logro de la graduación de los estudiantes afrocolombianos. También se evidencian las dificultades de clase, género y raza que marcan las trayectorias y los capitales culturales de los estudiantes negros que acceden a estos programas.

Lo anterior permite constatar de qué manera el discurso del mérito enmascara las condiciones materiales

<p>La universidad es un espacio en el que se negocian capitales culturales, se confrontan estereotipos étnico - raciales y de género, las trayectorias familiares, entre otras. Es un lugar en el que los distintos grupos tienen la posibilidad de influenciar las <i>“desigualdades horizontales”</i> en la dirección propuesta por Telles (2004), y de enriquecer sus espacios de sociabilidad, permeando el racismo desde otro lugar. El acceso a la educación superior contribuye, a paliar las dificultades de ingreso a la educación de los grupos negros, constituyendo también un canal para el surgimiento de nuevas sociabilidades y para la confrontación de sentidos comunes. En este sentido, la acción afirmativa da la posibilidad de que los negros también accedan a otra sociabilidad intercultural. Como bien afirma Mato, la educación intercultural tiene que ser para todos, porque <i>“todos necesitamos educación intercultural: debe ser para todos y esa es la bandera que muchos promovemos”</i>.</p> <p>La presencia negra en las universidades y en especial la inserción de las mujeres, está produciendo cambios importantes en la vida de las mujeres negras y en la educación superior. En efecto, su presencia y participación interpela la amplia desigualdad de oportunidades y las fuertes barreras raciales que existen en los espacios académicos, así como las epistemologías hegemónicas que sostienen el racismo institucional y epistémico. La educación no fue pensada para la población NARP y menos para las mujeres de esta comunidad, de modo que su presencia en la vida universitaria es producto de luchas familiares y personales.</p> <p>5. MARCO CONSTITUCIONAL Y NORMATIVO</p> <p>En materia de políticas educativas, el Estado colombiano cuenta con una extensa normalidad de carácter tanto nacional como internacional, la cual lo “obliga” a garantizar una educación acorde con las necesidades y características de las poblaciones étnicas que habitan su territorio, como lo estipulan, entre otros, el Convenio 169 de la OIT, la mencionada Ley 115/1994 y decretos reglamentarios de la educación étnica como el 804/1995 y el 1122/1998. Aunque esta normalidad en materia de educación involucra a los diferentes grupos étnicos del país, las políticas etno - educativas han tenido, desde su configuración hacia principios de los años setenta, distintos desarrollos y aplicaciones entre las poblaciones indígenas y afrocolombianas, siendo estas últimas las que más dificultades han tenido para su desarrollo e implementación (Castillo y Rojas 2005).</p> <p>A partir de la Constitución Política de 1991, Colombia se reconoce como una nación pluriétnica y multicultural, incluyendo oficialmente a los negros, afrocolombianos, raizales y palenqueros como grupos étnicos. Colombia es uno de los países que, en los últimos años, ha logrado mayores avances legislativos para esta población. A través de la Ley 70 de 1993, el Estado reconoció derechos específicos a las comunidades negras del Pacífico colombiano. No obstante, en Colombia, así como en otros países de América Latina, las políticas de diversidad y multiculturalidad no han transformado significativamente las condiciones de exclusión y los efectos del racismo.</p> <p>Como lo indica el Programa de Naciones Unidas en América Latina los afrocolombianos han enfrentado una realidad de discriminación, racismo estructural y desigualdad socioeconómica. El informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo de 2010 señala que en el continente americano existe una notoria desigualdad étnico - racial, reiterando que América Latina es la región más desigual del mundo. Esta</p>	<p>desigualdad está caracterizada por tres rasgos: es alta, es persistente y se reproduce en un contexto de baja movilidad socioeconómica.</p> <p>Que el Artículo 7° de la Constitución Política reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación, desarrolla el derecho de los miembros de las comunidades negras a mejorar sus condiciones de vida y a recibir formación educativa, así como el deber del Estado de promoverla a través de mecanismos de política pública.</p> <p>Que el Artículo 12 de la Constitución Política alude a las acciones afirmativas entendidas como el deber del Estado de <i>“promover las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adopte medidas en favor de grupos discriminados o marginados”</i>.</p> <p>Que el Artículo 67 de la Constitución Política define la educación como un <i>“derecho de la persona y un servicio público que tiene una función social; con ella se busca el acceso al conocimiento, a la ciencia, a la técnica, y a los demás bienes y valores de la cultura. La educación formará al colombiano en el respeto a los derechos humanos, a la paz y a la democracia; y en la práctica del trabajo y la recreación, para el mejoramiento cultural, científico, tecnológico y para la protección del ambiente”</i>.</p> <p>Que el Estado colombiano tiene como deberes institucionales, entre otros, los de <i>“promover y fomentar el acceso a la cultura de todos los colombianos en igualdad de oportunidades, por medio de la educación permanente y la enseñanza científica, técnica, artística y profesional en todas las etapas del proceso de creación de la identidad nacional”</i> y de <i>“promover la investigación, la ciencia, el desarrollo y la difusión de los valores culturales de la Nación”</i>. Así mismo, la Carta Política determina que <i>“El Estado creará incentivos para personas e instituciones que desarrollen y fomenten la ciencia y la tecnología y las demás manifestaciones culturales y ofrecerá estímulos especiales a personas e instituciones que ejerzan estas actividades”</i>. Lo anterior de conformidad con los artículos 70 y 71 de la Carta.</p> <p>Que de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 70 de la Constitución Política, el Estado debe promover y fomentar el acceso a la cultura de todos los colombianos en igualdad de oportunidades por medio de la educación permanente y la enseñanza científica, técnica, artística y profesional en todas las etapas del proceso de creación de la identidad nacional.</p> <p>Que el Artículo 38 de la Ley 70 de 1993 determina que:</p> <p><i>“los miembros de las comunidades negras deben disponer de medios de formación técnica, tecnológica y profesional que los ubiquen en condiciones de igualdad con los demás ciudadanos. El Estado debe tomar medidas para permitir el acceso y promover la participación de las comunidades negras en programas de formación técnica, tecnológica y profesional de aplicación general. Estos programas especiales de formación deberán basarse en el entorno económico, las condiciones sociales y culturales y las necesidades concretas de las comunidades negras. Todo estudio a este respecto deberá realizarse en cooperación con las comunidades negras las cuales serán consultadas sobre la organización y funcionamiento de tales programas. Estas comunidades asumirán progresivamente la responsabilidad de la organización y el funcionamiento de tales programas especiales de formación”</i>.</p>
<p>Que para fortalecer la unidad nacional, la diversidad étnica y cultural, la equidad, la igualdad, la dignidad, la progresividad de todas las personas, y en cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 40 de la Ley 70 de 1993, es necesario generar instrumentos de política pública que faciliten la ejecución de acciones para fomentar la formación profesional de las comunidades negras en Colombia, que se caracterizan por su vulnerabilidad socio - económica, facilitando su acceso y permanencia en el sistema educativo.</p> <p>Que la Sentencia T-422 de 1996 define a la comunidad negra como <i>“el conjunto de familias de ascendencia afrocolombiana que poseen una cultura propia, comparten una historia y tienen sus propias tradiciones [...], conservan conciencia de identidad que las distingue de otros grupos étnicos”</i>. <i>“Las mayores oportunidades de participación en los procesos sociales que se brindan a grupos antes marginados, constituyen medios a través de los cuales se busca reducir el déficit de poder efectivo que ostentan en la sociedad global, máxime cuando se trata de asuntos que, como la educación, conciernen a todos”</i>.</p> <p><i>“El interés general en materias como la mencionada, de otro lado, se enriquece con los aportes culturales de las diversas comunidades que conviven en Colombia y se constituye como expresión pluralista que da cabida a los distintos significados de la vida que surgen de la interacción social. En este orden de ideas, la exclusión de la comunidad negra era un síntoma de segregación insostenible a la luz de la Constitución, que vulneraba tanto la igualdad como el interés general”</i> (Arts. 2 - 5)</p> <p>Que, en correspondencia con el Convenio 169 de la OIT, el Artículo 21 establece que <i>“los miembros de los pueblos interesados deberán poder disponer de medios de formación profesional por lo menos iguales a los demás ciudadanos”</i>, y que el Artículo 22.1 postula que <i>“deberán tomarse medidas para promover la participación voluntaria de miembros de los pueblos interesados en programas de formación profesional de aplicación general”</i>.</p> <p>Según lo expresado en la Sentencia C-169/01 de la Corte Constitucional el término “comunidades negras”, como lo indica el Artículo 1 de la Ley 70 de 1993 en consonancia con el Artículo Transitorio 55 de la Constitución Política Colombiana, se refiere tanto a aquellas que habitan en la Cuenca del Pacífico colombiano, como a las que estén ubicadas en otros puntos del territorio nacional y cumplan con los dos elementos reseñados. Asimismo, a falta de una mención expresa, se deben entender incluidas dentro de las dichas “comunidades negras”, para todo lo relacionado con la circunscripción especial que se estudia, a las agrupaciones raizales del Archipiélago de Andrés y Providencia, las cuales no sólo comparten con las primeras de origen histórico común en las raíces africanas que fueron trasplantadas a América, sino que han sido reconocidas por esta corporación, en consonancia con el Artículo 30 de la Carta, como un grupo étnico titular de derechos especiales (cfr. Sentencias C-530/93, T-147/98 y C-1022/99); por lo mismo no pueden ser razonablemente excluidas de la participación.</p> <p>Sin embargo, el artículo 69 de la Constitución Política, señala que las instituciones de educación superior tienen derecho a la autonomía universitaria, lo que les ha permitido tener una amplia libertad para establecer sus reglamentos, conformar sus autoridades, desarrollar sus programas y disponer la aplicación de sus recursos, siempre y cuando sean para el cumplimiento de su misión social y de su función institucional.</p>	<p>6. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO DE LEY</p> <p>La necesidad de que el Estado estableciera reivindicaciones especiales para el reconocimiento y la inclusión de las minorías étnicas dentro del sistema político permitió que Colombia le otorgara un lugar privilegiado al concepto de <i>ciudadanía diferenciada</i> dentro del modelo político que define a nuestra nación como un Estado Social de Derecho. Este concepto se refiere a la necesidad de que la noción de ciudadanía tenga en cuenta las diferencias y particularidades de los grupos que han sido excluidos de la cultura mayoritaria. En oposición a la tradición liberal, propone que los miembros de estos grupos deben ser incorporados al sistema educativo no sólo como individuos, sino también como grupos.</p> <p>Resulta entonces relevante mencionar que los estudiantes beneficiarios de este Proyecto de Ley y que ingresarían a la Universidad Pública, serán, en muchos casos la primera generación en la historia familiar que logra acceder a la educación superior. Los estudiantes negros hombres y mujeres provienen en su mayoría de sectores que no han tenido la oportunidad de acceder a un nivel de educación superior, incluso sus padres escasamente alcanzan el nivel de educación primaria o secundaria incompleta.</p> <p>Estamos ante el caso de grupos excluidos que no han tenido acceso a la educación superior y que tíbitamente comienzan a tener participación, lo cual es un buen indicador de los logros de algunos proyectos y permite valorar su impacto en las trayectorias individuales y familiares de los estudiantes negros/as. Esto, que es sin duda muy significativo para esta población, lo es en especial para las mujeres negras, porque les asigna un rol y protagonismo familiar que de otras formas resultaría impensado. Así las mujeres negras han venido ganando un espacio en la educación superior, participando en este juego de relaciones de poder/saber, que históricamente les estaba vedado. También al interior de sus familias empiezan a ser referentes del progreso familiar.</p> <p>Finalmente, el objetivo principal de este Proyecto de Ley como política de reparación educativa, simbólica y económica es brindar posibilidades de equidad social entre los pueblos que conforman la nación multicultural. Para las poblaciones afrocolombianas como grupo étnico-racial que históricamente ha estado en desventaja social, política y económica -producto de formas discriminatorias y racistas que aún hoy, después de más de un siglo y medio de abolida oficialmente la esclavitud, continúan practicándose por la sociedad en general-, el tema de las reparaciones está en el centro de sus reivindicaciones y luchas contemporáneas.</p> <p>7. CONFLICTO DE INTERESES</p> <p>Con base en el artículo 3º de la Ley 2003 de 2019, según el cual “El autor del proyecto y el ponente presentarán en el cuerpo de la exposición de motivos un acápite que describa las circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto, de acuerdo al artículo 286.</p> <p>Estos serán criterios guías para que los otros congresistas tomen una decisión en torno a si se encuentran en una causal de impedimento, no obstante, otras causales que el Congresista pueda encontrar”.</p> <p>A continuación, se pondrán de presente los criterios que la Ley 2003 de 2019 contempla para hacer el análisis frente a los posibles impedimentos que se puedan presentar en razón a un conflicto de interés en el</p>

ejercicio de la función congresional, entre ellas la legislativa.

*Artículo 1°. El artículo 286 de la Ley 5 de 1992 quedará así: (...)

- a) Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado.
- b) Beneficio actual: aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión.
- c) Beneficio directo: aquel que se produzca de forma específica respecto del congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.

Para todos los efectos se entiende que no hay conflicto de interés en las siguientes circunstancias:

- a) Cuando el congresista participe, discuta, vote un proyecto de ley o de acto legislativo que otorgue beneficios o cargos de carácter general, es decir cuando el interés del congresista coincide o se fusione con los intereses de los electores (subrayado y negrita fuera de texto).
- b) Cuando el beneficio podría o no configurarse para el congresista en el futuro.
- c) Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que establezcan sanciones o disminuyan beneficios, en el cual, el congresista tiene un interés particular, actual y directo. El voto negativo no constituirá conflicto de interés cuando mantiene la normalidad vigente.
- d) Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que regulen un sector económico en el cual el congresista tiene un interés particular, actual y directo, siempre y cuando no genere beneficio particular, directo y actual.
- e) Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo que tratan sobre los sectores económicos de quienes fueron financiadores de su campaña siempre y cuando no genere beneficio particular, directo y actual para el congresista. El congresista deberá hacer saber por escrito que el artículo o proyecto beneficia a financiadores de su campaña. Dicha manifestación no requerirá discusión ni votación.
- f) Cuando el congresista participa en la elección de otros servidores públicos mediante el voto secreto. Se exceptúan los casos en que se presenten inhabilidades referidas al parentesco con los candidatos (...).

De lo anterior, y de manera meramente orientativa, se considera que para la discusión y aprobación de este Proyecto de Ley no existen circunstancias que pudieran dar lugar a un eventual conflicto de interés por parte de los Honorables Representantes, pues es una iniciativa de carácter general, impersonal y abstracta, con lo

cuál no se materializa una situación concreta que permita enmarcar un beneficio particular, directo ni actual. En suma, se considera que este proyecto se enmarca en lo dispuesto por el literal "a" del artículo primero de la Ley 2003 de 2019 sobre las hipótesis de cuando se entiende que no hay conflicto de interés. En todo caso, es pertinente aclarar que los conflictos de interés son personales y corresponde a cada Congresista evaluarlos.

8. CONSIDERACIONES

Se solicitaron conceptos sobre el Proyecto de Ley al Ministerio del Interior, Ministerio de Educación Nacional, Asociación Colombiana de Universidades – ASCUN, Ministerio de Hacienda y Crédito Público e Instituto Colombiano de Crédito Educativo y Estudios Técnicos en el Exterior – ICETEX. A continuación, describimos los comentarios del ICETEX, Ministerio de Educación Nacional y Ministerio del Interior.

Comentarios del ICETEX

El ICETEX tiene como objeto misional la administración de recursos de terceros para propósitos educativos. En el caso del Proyecto, el ICETEX tiene participación en el artículo 5°, parágrafo 1:

Artículo 5°. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio del Interior, garantizará, facilitará, y vigilará los mecanismos necesarios para el cumplimiento de lo establecido en la presente ley.

Parágrafo 1. El Gobierno Nacional, por medio del ICETEX, garantizará y facilitará los mecanismos financieros necesarios para el otorgamiento de los cupos definidos en la presente ley.

En el parágrafo 1, el ICETEX debe garantizar y facilitar los mecanismos financieros necesarios para el otorgamiento de los cupos definidos en la presente ley. El ICETEX afirma que administraría los recursos si se le reconocen los costos asociados a la gestión de administración (subrayado por fuera del texto original).

Asimismo, es relevante resaltar que el ICETEX ha administrado desde 1996 el fondo de créditos condonables para estudiantes afrocolombianos, raizales y palenqueros de bajos recursos económicos y buen desempeño académico denominado *Comunidades Negras* para facilitar el acceso, la permanencia y la graduación de los estudiantes afrocolombianos, raizales y palenqueros.

Comentarios del Ministerio de Educación Nacional

El Ministerio señala que las Instituciones de Educación Superior (IES) en el marco de su autonomía constitucional, definen el desarrollo de los cupos especiales para el ingreso a los estudiantes reconocidos como negros, afrocolombianos, raizales o palenqueros. En el caso de las 52 Instituciones de Educación Superior (IES), 20 son universidades públicas, las cuales han desarrollado medidas que otorgan descuentos a cupos especiales para la población mencionada anteriormente.

En concordancia con los pronunciamientos realizados por la Corte Constitucional, la autonomía universitaria está constituida como una garantía institucional, es decir, tiene "protección constitucional" las instituciones que presten el servicio de educación universitaria. Por lo tanto, no pueden estar sometidas a ninguna forma de dirección, orientación, interferencia o confesionalismo por parte del Gobierno Nacional. Debido a lo anterior, no es posible ley obligar a las IES, a través de un proyecto para que establezcan cupos especiales para la población afrodescendiente en los programas académicos que se ofrecen en el país.

De igual manera, resaltan al Fondo Especial de Créditos Educativos de Comunidades Negras, el cual tiene

² Corte Constitucional. Sentencia C – 299 de 1994. Magistrado Ponente: Antonio Barrera Carbonell.

como propósito facilitar el acceso, la permanencia y graduación de estudiantes de las comunidades negras en el Sistema de Educación Superior, para garantizar el derecho a la igualdad de oportunidades en relación al resto de la sociedad colombiana, a través de créditos condonables. Es importante resaltar que el Fondo cubre el valor de la matrícula, el sostenimiento y el trabajo de grado.

Actualmente, tal como se observa en la Tabla 1, hay 16.808 estudiantes de pregrado y posgrado vinculados al Fondo Especial de Créditos Educativos de Comunidades Negras.

Institución de Educación Superior	Privado	Oficial	Total
Institución Técnica Profesional	213	2	215
Institución Tecnológica	10	29	39
Institución Universitaria/Escuela Tecnológica	3.354	716	4.070
Universidad	4.001	8.483	12.484
Total	7.578	9.230	16.808

Tabla 1. Elaboración propia. Fuente: ICETEX – Fondo Especial de Créditos Educativos de Comunidades Negras

Por lo tanto, con el propósito de respetar la autonomía universitaria, se realiza modificación en el articulado.

Comentarios del Ministerio del Interior

La Dirección de Asuntos para Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras del Ministerio del Interior evidencia que el Proyecto es susceptible de afectar directamente a las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, y en consecuencia deberá consultarse, teniendo en cuenta los lineamientos que sobre el derecho fundamental de consulta previa la Honorable Corte Constitucional ha señalado (subrayado por fuera del texto original).

Asimismo, en relación al articulado del Proyecto, consideran que la población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera, es la correspondiente al censo vigente del DANE.

Debido a lo anterior, se realizó una petición al DANE. En la tabla 2, se observa a la población que se autorreconoce como negra, afrocolombiana o afrodescendiente, mulata, raizal o palenquera en el país, según el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018, un total de 2.982.224 personas. Es pertinente aclarar que el DANE realizó una estimación de la población negra, afrocolombiana o afrodescendiente, mulata, raizal o palenquera a nivel nacional dando como resultado 4.671.160 personas para 2018, equivalente al 9.34% de la población total nacional³.

Rango edad	Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Palenquero(a) de San Basilio	Negro(a), mulato(a), afrodescendiente, afrocolombiano(a)
15 a 19	2.146	518	293.488
20 a 24	2.267	602	266.273

³ La estimación fue realizada debido a que en el Censo de 2005 la población negra, afrocolombiana o afrodescendiente, mulata, raizal o palenquera se autorreconocieron 4.311.757 personas, lo cual mostrada una disminución del 30.8%, la cual no es consistente con la dinámica demográfica de la población.

25 a 29	2.457	575	244.295
30 a 34	2.107	543	221.807
Total	25.515	6.637	2.950.072

Tabla 2. Elaboración propia. Fuente: DANE – Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV 2018)

En la tabla 3, se observa el porcentaje total de la población que se autorreconoce como negra, afrocolombiana o afrodescendiente, mulata, raizal o palenquera en el país según el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018.

Según el Artículo 1°, parágrafo 2:

Parágrafo 2. La asignación que realice la Universidad deberá tener en cuenta el porcentaje de población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera que habite en la región del área de influencia.

Departamento	Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Palenquero(a) de San Basilio	Negro(a), mulato(a), afrodescendiente, afrocolombiano(a)	Total
Amazonas	0,02%	0,00%	0,72%	0,74%
Antioquia	0,01%	0,00%	5,21%	5,22%
Arauca	0,02%	0,01%	4,17%	4,20%
Archipiélago De San Andrés, Providencia Y Santa Catalina	42,10%	0,02%	13,52%	55,64%
Atlántico	0,02%	0,04%	5,93%	5,98%
Bogotá D.C.	0,01%	0,00%	0,91%	0,93%
Bolívar	0,03%	0,21%	16,49%	16,73%
Boyacá	0,01%	0,00%	0,37%	0,37%
Caldas	0,01%	0,00%	1,58%	1,59%
Caquetá	0,01%	0,00%	1,40%	1,41%
Casanare	0,01%	0,00%	1,60%	1,61%
Cauca	0,01%	0,01%	19,72%	19,73%
Cesar	0,01%	0,01%	12,95%	12,97%
Chocó	0,03%	0,03%	73,77%	73,83%
Córdoba	0,01%	0,00%	6,57%	6,59%
Cundinamarca	0,01%	0,00%	0,46%	0,47%
Guainía	0,01%	0,01%	1,02%	1,04%
Guaviare	0,01%	0,01%	4,08%	4,09%
Hulla	0,00%	0,00%	0,50%	0,51%
La Guajira	0,01%	0,01%	7,30%	7,33%
Magdalena	0,01%	0,01%	8,40%	8,41%
Meta	0,01%	0,00%	0,95%	0,96%
Nariño	0,01%	0,01%	17,43%	17,45%
Norte De Santander	0,00%	0,00%	0,40%	0,41%
Putumayo	0,00%	0,01%	3,61%	3,62%
Quindío	0,00%	0,00%	1,18%	1,19%

Risaralda	0,01%	0,00%	1,98%	1,99%
Santander	0,01%	0,00%	1,12%	1,13%
Sucre	0,02%	0,01%	11,88%	11,90%
Tolima	0,00%	0,00%	0,42%	0,42%
Valle Del Cauca	0,01%	0,01%	17,07%	17,09%
Vaupés	0,03%	0,02%	0,72%	0,76%
Vichada	0,01%	0,01%	0,74%	0,76%
Total Nacional	0,06%	0,02%	6,68%	6,75%

Tabla 3. Elaboración propia. Fuente: DANE – Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV 2018)

Asimismo, en la tabla 4 se observa el nivel educativo de la población negra, afrocolombiana o afrodescendiente, mulata, raizal o palenquera según el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. Esta tabla resalta la importancia de buscar mecanismos para mejorar el acceso de los jóvenes de la población negra, afrocolombiana o afrodescendiente, mulata, raizal o palenquera: principal objetivo del presente proyecto.

Nivel	Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Palenquero(a) de San Basilio	Negro(a), mulato(a), afrodescendiente, afrocolombiano(a)
Normalista	122	52	16.339
Técnica profesional o Tecnológica	3.501	389	196.022
Universitario	3.265	743	177.379
Especialización, maestría, doctorado	806	178	46.805
Total	7.694	1.362	436.545

Tabla 4. Elaboración propia. Fuente: DANE – Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV 2018)

9. PLIEGO DE MODIFICACIONES

Las modificaciones propuestas tienen como propósito dar claridad que no se está ampliando los cupos existentes de las Universidades Públicas. Por lo tanto, la promoción de programas de cupos especiales del presente proyecto de ley no necesita recursos adicionales para su realización. Asimismo, respetar la autonomía universitaria.

Articulado aprobado en primer debate	Articulado propuesto para segundo debate
Artículo 1°. Las Universidades Públicas por intermedio de sus Consejos Superiores, deberán crear políticas que promuevan programas de cupos especiales de acceso que faciliten el ingreso a los estudiantes reconocidos como negros, afrocolombianos, raizales o palenqueros. (...)	Artículo 1°. Las Universidades Públicas por intermedio de sus Consejos Superiores, deberán podrán crear políticas que promuevan programas de cupos especiales de acceso que faciliten el ingreso a los estudiantes reconocidos como negros, afrocolombianos, raizales o palenqueros. (...)

Hacienda sobre las iniciativas de ley en el Parlamento.

Es decir, el mencionado artículo debe interpretarse en el sentido de que su fin es obtener que las leyes que se dicten tengan en cuenta las realidades macroeconómicas, pero sin crear barreras insalvables en el ejercicio de la función legislativa ni crear un poder de veto legislativo en cabeza del Ministro de Hacienda. (subrayado y negrita fuera de texto).

Como lo ha resaltado la Corte, si bien compete a los miembros del Congreso la responsabilidad de estimar y tomar en cuenta el esfuerzo fiscal que el proyecto bajo estudio puede implicar para el erario público, es claro que es el Poder Ejecutivo, y al interior de aquél, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el que dispone de los elementos técnicos necesarios para valorar correctamente ese impacto, y a partir de ello, llegado el caso, demostrar a los miembros del órgano legislativo la inviabilidad financiera de la propuesta que se estudia.

11. PROPOSICIÓN

En los términos anteriores, rindo ponencia favorable y solicito a los Honorables miembros de la Plenaria de la Cámara de Representantes, dar debate al Proyecto de Ley No. 178 de 2020 Cámara *“Por medio de la cual se crean los cupos especiales en Universidades Públicas para los estudiantes pertenecientes a las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras del país”*.

Cordialmente,



MILTON HUGO ANGULO VIVEROS
Representante a la Cámara – Valle del Cauca
Ponente

Artículo 5°. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio del Interior, garantizará, facilitará y vigilará los mecanismos necesarios para el cumplimiento de lo establecido en la presente ley.	Artículo 5°. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio del Interior, garantizará, facilitará y vigilará los mecanismos necesarios para el cumplimiento de lo establecido en la presente ley.
Parágrafo. El Gobierno Nacional, garantizará y facilitará los mecanismos financieros necesarios para el otorgamiento de los cupos definidos en la presente ley.	Parágrafo. El Gobierno Nacional, garantizará y facilitará los mecanismos financieros necesarios para el otorgamiento de los cupos definidos en la presente ley.

10. IMPACTO FISCAL

De conformidad con lo establecido artículo 7° de la Ley 819 de 2003, los gastos que genere la presente iniciativa se entenderán incluidos en los presupuestos y en el Plan Operativo Anual de Inversión a que haya lugar.

Teniendo en cuenta lo anterior, y dada la obligación del Estado de velar por el interés general, así como de promover la autonomía de las entidades territoriales, es relevante mencionar que, una vez promulgada la Ley, el Gobierno deberá promover su ejercicio y cumplimiento. Además, se debe tener en cuenta como sustento, un pronunciamiento de la Corte Constitucional, en la cual se puntualizó de acuerdo a la sentencia C-490 de 2011, lo siguiente:

“El mandato de adecuación entre la justificación de los proyectos de ley y la planeación de la política económica, empero, no puede comprenderse como un requisito de trámite para la aprobación de las iniciativas legislativas (subrayado y negrita fuera de texto), cuyo cumplimiento recaiga exclusivamente en el Congreso. Ello en tanto (i) el Congreso carece de las instancias de evaluación técnica para determinar el impacto fiscal de cada proyecto, la determinación de las fuentes adicionales de financiación y la compatibilidad con el marco fiscal de mediano plazo; y (ii) aceptar una interpretación de esta naturaleza constituye una carga irrazonable para el Legislador y otorgaría un poder correlativo de veto al Ejecutivo, a través del Ministerio de Hacienda, respecto de la competencia del Congreso para hacer las leyes. Un poder de este carácter, que involucra una barrera en la función constitucional de producción normativa, se muestra incompatible con el balance entre los poderes públicos y el principio democrático. La exigencia de la norma orgánica, a su vez, presupone que la previsión en cuestión debe contener un mandato imperativo de gasto público.” (Resaltado fuera del texto).

Así mismo, la Corte Constitucional en la Sentencia C-502 de 2007, en la cual establecido que el impacto fiscal de las normas no puede convertirse en óbice y barrera para que las corporaciones públicas ejerzan su función legislativa y normativa (subrayado y negrita fuera de texto):

“En la realidad, aceptar que las condiciones establecidas en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003 constituyen un requisito de trámite que le incumbe cumplir única y exclusivamente al Congreso, reduce desproporcionadamente la capacidad de iniciativa legislativa que reside en el Congreso de la República, con lo cual se vulnera el principio de separación de las Ramas del Poder Público, en la medida en que se lesiona seriamente la autonomía del Legislativo.”

Precisamente, los obstáculos casi insuperables que se generarían para la actividad legislativa del Congreso de la República conducirían a concederle una forma de poder de veto al Ministro de

TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY No. 178 de 2020 CÁMARA

“POR MEDIO DE LA CUAL SE CREAN LOS CUPOS ESPECIALES EN UNIVERSIDADES PÚBLICAS PARA LOS ESTUDIANTES PERTENECIENTES A LAS COMUNIDADES NEGRAS, AFROCOLOMBIANAS, RAIZALES Y PALENQUERAS DEL PAÍS”

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA:

Artículo 1°. Las Universidades Públicas por intermedio de sus Consejos Superiores, podrán crear políticas que promuevan programas de cupos especiales de acceso que faciliten el ingreso a los estudiantes reconocidos como negros, afrocolombianos, raizales o palenqueros.

Parágrafo 1. El ingreso, a través de los cupos especiales mencionados en el presente artículo, aplicará para cualquier programa de educación superior.

Parágrafo 2. La asignación que realice la Universidad podrá tener en cuenta el porcentaje de población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera que habite en la región de área de influencia de la misma, correspondiente al censo vigente del Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE.

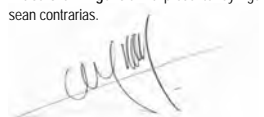
Artículo 2°. Para el otorgamiento de los cupos definidos en el artículo anterior, los Consejos Superiores de las Universidades Públicas podrán tener en cuenta los criterios de las capacidades requeridas y las condiciones académicas exigidas en cada caso.

Artículo 3°. Para acceder a los cupos de que trata la presente ley, los aspirantes deberán realizar el proceso de inscripción correspondiente en las fechas establecidas por cada una de las instituciones educativas, adjuntando la certificación correspondiente que lo acredite como miembro activo de una de las Comunidades Afrocolombianas expedida por la Dirección de Asuntos para Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras del Ministerio del Interior.

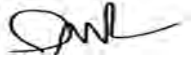

Artículo 4°. Serán favorecidos con los beneficios otorgados mediante la presente ley, aquellos que pertenezcan específicamente a las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.

Artículo 5°. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio del Interior, garantizará, facilitará y vigilará los mecanismos necesarios para el cumplimiento de lo establecido en la presente ley.

Artículo 6° Vigencia. La presente ley rige a partir de la sanción y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.






MILTON HUGO ANGULO VIVEROS
Representante a la Cámara – Valle del Cauca
Ponente

<p style="text-align: center;">TEXTO APROBADO EN PRIMER DEBATE POR LA COMISIÓN SEXTA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DE LA HONORABLE CÁMARA DE REPRESENTANTES EN SESIÓN DEL DÍA DIECIOCHO (18) DE MAYO DE 2021, AL PROYECTO DE LEY No. 178 de 2020 CÁMARA</p> <p style="text-align: center;">“POR MEDIO DE LA CUAL SE CREAN LOS CUPOS ESPECIALES EN UNIVERSIDADES PÚBLICAS PARA LOS ESTUDIANTES PERTENECIENTES A LAS COMUNIDADES NEGRAS, AFROCOLOMBIANAS, RAIZALES Y PALENQUERAS DEL PAÍS”</p> <p style="text-align: center;">EL CONGRESO DE COLOMBIA</p> <p style="text-align: center;">DECRETA:</p> <p>Artículo 1°. Las Universidades Públicas por intermedio de sus Consejos Superiores, deberán crear políticas que promuevan programas de cupos especiales de acceso que faciliten el ingreso a los estudiantes reconocidos como negros, afrocolombianos, raizales o palenqueros.</p> <p>Parágrafo 1. El ingreso, a través de los cupos especiales mencionados en el presente artículo, aplicará para cualquier programa de educación superior.</p> <p>Parágrafo 2. La asignación que realice la Universidad podrá tener en cuenta el porcentaje de población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera que habite en la región de área de influencia de la misma, correspondiente al censo vigente del Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE.</p>	<p>Artículo 2°. Para el otorgamiento de los cupos definidos en el artículo anterior, los Consejos Superiores de las Universidades Públicas podrán tener en cuenta los criterios de las capacidades requeridas y las condiciones académicas exigidas en cada caso.</p> <p>Artículo 3°. Para acceder a los cupos de que trata la presente ley, los aspirantes deberán realizar el proceso de inscripción correspondiente en las fechas establecidas por cada una de las instituciones educativas, adjuntando la certificación correspondiente que lo acredite como miembro activo de una de las Comunidades Afrocolombianas expedida por la Dirección de Asuntos para Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras del Ministerio del Interior.</p> <p>Artículo 4°. Serán favorecidos con los beneficios otorgados mediante la presente ley, aquellos que pertenezcan específicamente a las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.</p> <p>Artículo 5°. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio del Interior, garantizará, facilitará y vigilará los mecanismos necesarios para el cumplimiento de lo establecido en la presente ley.</p> <p>Parágrafo. El Gobierno Nacional, garantizará y facilitará los mecanismos financieros necesarios para el otorgamiento de los cupos definidos en la presente ley.</p> <p>Artículo 6°. Vigencia. La presente ley rige a partir de la sanción y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.</p>
<p>CAMARA DE REPRESENTANTES. – COMISION SEXTA CONSTITUCIONAL PERMANENTE. 18 de mayo de 2021. – En sesión de la fecha fue aprobado en primer debate y en los términos anteriores el Proyecto de Ley No. 178 de 2020 CÁMARA “POR MEDIO DE LA CUAL SE CREAN LOS CUPOS ESPECIALES EN UNIVERSIDADES PÚBLICAS PARA LOS ESTUDIANTES PERTENECIENTES A LAS COMUNIDADES NEGRAS, AFROCOLOMBIANAS, RAIZALES Y PALENQUERAS DEL PAÍS”, (Acta No. 038 de 2021) previo anuncio de su votación en sesión ordinaria del día 12 de mayo de 2021 según Acta No. 037 de 2021; respectivamente, en cumplimiento del artículo 8° del Acto Legislativo 01 de 2003.</p> <p>Lo anterior con el fin de que el citado proyecto siga su curso legal en segundo debate en la plenaria de la Cámara de Representantes.</p> <p style="text-align: center;">OSWALDO ARCOS BENAVIDES Presidente</p> <p style="text-align: center;"> DIANA MARCELA MORALES ROJAS Secretaría General</p>	<p style="text-align: center;">CÁMARA DE REPRESENTANTES COMISIÓN SEXTA CONSTITUCIONAL PERMANENTE SUSTANCIACIÓN INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE</p> <p>Bogotá, D.C., 21 de mayo de 2021</p> <p>Autorizo la publicación del presente informe de ponencia para segundo debate, el pliego de modificaciones, el texto que se propone para segundo debate y el texto aprobado en primer debate del Proyecto de Ley No. 178 de 2020 CÁMARA “POR MEDIO DE LA CUAL SE CREAN LOS CUPOS ESPECIALES EN UNIVERSIDADES PÚBLICAS PARA LOS ESTUDIANTES PERTENECIENTES A LAS COMUNIDADES NEGRAS, AFROCOLOMBIANAS, RAIZALES Y PALENQUERAS DEL PAÍS”.</p> <p>La ponencia para segundo debate fue firmada por el Honorable Representante MILTON HUGO ANGULO.</p> <p>Mediante Nota Interna No. C.S.C.P. 3.6 – 299 / del 21 de mayo de 2021, se solicita la publicación en la Gaceta del Congreso de la República.</p> <p style="text-align: center;"> DIANA MARCELA MORALES ROJAS Secretaría General</p>

INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE EN CÁMARA AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 262 DE 2020 CÁMARA

por medio de la cual se expide la ley general para el manejo integral al sobrepeso y la obesidad.

<p>INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE EN CÁMARA AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 262 DE 2020 CÁMARA</p> <p>"Por medio de la cual se expide la ley general para el manejo integral al sobrepeso y la obesidad"</p> <p>Bogotá, D.C., 14 de mayo de 2021</p> <p>Honorable Representante JUAN DIEGO ECHAVARRÍA SÁNCHEZ Presidente Comisión Séptima Constitucional Cámara de Representantes E. S. D.</p> <p>Asunto: Informe de Ponencia Para Segundo Debate al Proyecto de ley número 262 de 2020 Cámara: "Por medio de la cual se expide la Ley General para el Manejo Integral al Sobrepeso y la Obesidad"</p> <p>Respetado Señor Presidente:</p> <p>En cumplimiento del encargo hecho por la honorable Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional de la Cámara de Representantes y de conformidad con lo establecido en el Artículo 156 de la ley 5ª de 1992, procedemos a rendir INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY No. 262 de 2020 CÁMARA "Por medio de la cual se expide la Ley General para el Manejo Integral al Sobrepeso y la Obesidad", en los siguientes términos:</p> <p>La presente ponencia se desarrollará de la siguiente manera:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Antecedentes de la Iniciativa II. Objeto del Proyecto de Ley. III. Contenido de la Iniciativa IV. Análisis y Consideraciones del Proyecto de Ley V. Trámite en la Comisión VI. Pliego de Modificaciones VII. Proposición VIII. Texto Propuesto para Segundo Debate <p>Cordialmente,</p>	<div style="text-align: center;">  </div> <p>CARLOS EDUARDO ACOSTA Representante a la Cámara por Bogotá. Partido Colombia Justa Libres. Coordinador Ponente</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>JAIRO HUMBERTO CRISTO CORREA Representante a la Cámara por Norte de Santander Partido Cambio Radical. Ponente</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>JAIRO CRISTANCHO TARACHE Representante a la Cámara por Casanare Partido Centro Democrático Ponente</p> <p>I. ANTECEDENTES DE LA INICIATIVA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El texto del proyecto de ley con su correspondiente exposición de motivos fue radicado el pasado 23 de Julio de 2020 en la Secretaría General de la
<p>Cámara de Representantes por los congresistas H.R. Margarita María Restrepo Arango, H.R. Jairo Giovanni Cristancho Tarache.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. El Proyecto de Ley 262 de 2020 Cámara ha presentado dos radicaciones cursadas en pasadas legislaturas. <p>La primera de ellas corresponde al Proyecto de Ley 185/2016C "por medio de la cual se expide la ley general para el manejo integral al sobrepeso y la obesidad" presentado a través de la Cámara de Representantes por la H.R. Margarita María Restrepo Arango, H.R. Cristóbal Rodríguez Hernández, como resultado de esta ponencia el Proyecto de Ley fue archivado.</p> <p>La segunda iniciativa fue presentada mediante el Proyecto de Ley 139/2019C titulado "por medio de la cual se expide la ley general para el manejo integral al sobrepeso y la obesidad", fue presentado por H.R. Margarita María Restrepo Arango, H.R. Rubén Darío Molano Piñeros, como resultado de esta ponencia el Proyecto de Ley fue archivado.</p> <p>II. OBJETO DEL PROYECTO</p> <p>La presente ley es de orden público, interés social y observancia general en todo el territorio nacional. Tiene por objeto establecer los criterios legales para la actuación del Estado y en todas las jurisdicciones descentralizadas en el territorio nacional bajo la premisa constitucional de los derechos a una alimentación adecuada y a la salud y la ejecución de las políticas públicas para el Sistema General de Seguridad Social en Salud en materia de manejo integral del sobrepeso y la obesidad de la población colombiana, en concordancia con las finalidades del derecho a la protección integral de la salud, el trabajo y la educación en todo el territorio nacional.</p> <p>III. CONTENIDO DE LA INICIATIVA LEGISLATIVA</p> <p>El Proyecto de Ley 262 de 2020 Cámara consta de cinco (5) títulos y once (11) artículos distribuidos de la siguiente manera: el Título Primero (Disposiciones generales) establece las disposiciones generales, compuesto por artículos 1° al 2°; el Título Segundo (De la prevención del Sobrepeso y la Obesidad) contiene un capítulo el cual aborda Garantía de Recursos para la Prevención e Información del Sobrepeso y Obesidad, compuesto por el artículo 3°; el Título Tercero (Atención Integral del sobrepeso y la Obesidad) contiene tres capítulos, el capítulo primero aborda el Manejo Integral del sobrepeso y la Obesidad / vigilancia epidemiológica</p>	<p>y abarca los artículos 4° al 7°, el capítulo segundo trata del Programa Nacional de Prevención y Atención Integral del Sobrepeso y la Obesidad y está compuesto por el artículo 8°, el capítulo tercero aborda las Facultades Entidades Departamentales, Municipales y Distritales y lo compone el artículo 9°, el Título Cuarto (Medidas de seguridad y sanciones) abarca el artículo 10°; el Título Quinto (Disposiciones Transitorias).</p> <p>IV. ANÁLISIS Y CONSIDERACIONES DEL PROYECTO DE LEY</p> <p style="text-align: center;">1. SOLICITUD DE CONCEPTOS</p> <p>Luego de recibir la notificación emitida por la Mesa Directiva de ponencia del Proyecto de Ley 262 de 2020 Cámara y ser seleccionados el H.R. Carlos Eduardo Acosta Lozano como Coordinador Ponente junto con el H.R. Jairo Humberto Cristo Correa como Ponente se solicitaron concepto formal a las siguientes entidades:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Ministerio de Salud y Protección Social b) Ministerio de Educación Nacional c) Instituto Colombiano de Bienestar Familiar d) ANDI - Asociación Nacional de Empresarios de Colombia <p>Se obtuvo como respuesta una serie de conceptos oficiales acerca de los temas tratados en el articulado y su composición, las cuales se disponen a continuación.</p> <p>Se recibió respuesta de por parte de</p> <p style="text-align: center;">1.1. Ministerio de Educación Nacional¹</p> <p>El ministerio presentó un análisis y unas consideraciones fiscales en unos artículos específicos en los cuales considero que tenían incidencia.</p> <p style="text-align: center;">1.2. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar²</p> <p>El instituto presentó su concepto y en el mismo dejó las siguientes conclusiones.</p>

¹ Respuesta emitida por el Ministerio de Educación Nacional 2020-EE-201457 FOL:6 ANEX:0, bajo el radicado MEN 2020-ER-235766.

² Respuesta emitida por el ICBF bajo el radicado No: 202011000000318881

- El proyecto de Ley 262 de 2020 Cámara, “[p]or medio de la cual se expide la Ley General para el Manejo Integral al Sobrepeso y la Obesidad”, es de relevancia social, debido a que pretende responder a un problema de salud pública que afecta a todos los grupos poblacionales en Colombia durante todo el curso de vida, incluyendo a las niñas, los niños y los adolescentes.

- Se sugiere analizar las disposiciones vigentes en la Ley 1355 de 2009, con el fin de determinar cómo puede articularse esta iniciativa legislativa con dichas disposiciones.

Así mismo, se recomienda tener en cuenta los avances, desarrollos o dificultades que han generado la aplicación de esa ley.

1.3. ANDI - Asociación Nacional de Empresarios de Colombia³

La ANDI, presento su concepto en cual se destacan las siguientes conclusiones:

Por lo anterior, apoyamos el Proyecto de Ley 262 de 2020 Cámara “Por medio de la cual se expide la Ley General para el Manejo Integral al Sobrepeso y la Obesidad”, de conformidad con el texto que usted nos remitió por correo electrónico el pasado 28 de septiembre, solicitando nuestro concepto.

Sin perjuicio de dicho concepto, si bien creemos que todos los sectores de la sociedad, incluido el que representamos, debemos apoyar al Gobierno en el diseño e implementación de políticas, no consideramos apropiado ni conveniente que esa labor se subcontrate con particulares, en la medida que ello podría generar conflicto de intereses.

En ese sentido, consideramos que la elaboración del Programa Nacional para el Manejo Integral de la Obesidad y el Sobrepeso referido en el artículo 15 del proyecto de ley no debe contratarse con entidades que estén por fuera del gobierno.

Finalmente, recomendamos tener en cuenta las capacidades institucionales, técnicas y presupuestales de los gobiernos locales, de las entidades prestadoras de servicios al Sistema General de Seguridad Social en Salud y de las empresas para cumplir con las funciones y obligaciones que se les señalan en el proyecto de ley.

³ Respuesta emitida por la ANDI el 8 de octubre de 2020.

2. La Organización mundial de la salud (OMS) y el problema del sobrepeso y la obesidad.

Para la Organización mundial de la salud (OMS) el sobrepeso y la obesidad se definen como «una acumulación anormal o excesiva de grasa que supone un riesgo para la salud»; en ese sentido, la misma OMS ha establecido un procedimiento para establecer si una persona padece de este tipo de enfermedad.

El procedimiento para identificar si una persona padece de sobrepeso u obesidad, es sencillo: se debe establecer el valor de su índice de masa corporal (IMC), el cual resulta de dividir el peso de la persona (en Kg) por el cuadrado de la talla o estatura de la misma (m²); y evidenciar en que rango o categoría se encuentra, dentro de la clasificación que define la OMS.

Esta clasificación establece que “Los valores de IMC considerados “normales” son de entre 18,5 y 24,9 y es el ideal de toda persona. Quienes se encuentran debajo de esos márgenes presentan delgadez severa (<16), moderada (16-16,9) o leve (17-18,5). Los que están entre 25 y 29,9 de IMC, tienen sobrepeso; entre 30 y 39,9, obesidad; e igual o mayor de 40, obesidad mórbida.”⁴

CLASIFICACIÓN DE PESOS SEGÚN EL IMC	IMC
Delgadez severa	<16
Delgadez moderada	16-16,9
Delgadez leve	17-18,4
Normal	18,5-24,9
Sobrepeso	25-29,9
Obesidad I	30-34,9
Obesidad II	35-39,9
Obesidad mórbida	≥40

⁴ <https://www.eldia.com/nota/2015-7-13-la-oms-publico-las-cifras-de-sobrepeso-y-la-obesidad-en-el-mundo>

Según datos de la misma OMS, en el mundo más de 2200 millones de adultos tenían sobrepeso y más de 600 millones, obesidad; siendo dos de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI; llegando a ser causales del aumento de la mortalidad, donde aproximadamente 4 millones de personas, han sido víctimas, debido a que estos padecimientos están asociados a otras enfermedades tales como diabetes, problemas cardíaco y cerebrovasculares, cánceres, entre otras.

Los índices de obesidad en el mundo han venido en aumento, llegando a estar tres veces por encima de los establecido en el año 1975 y aunque anteriormente se consideraba un problema exclusivo de los países del primer mundo, hoy también es un problema que recae en países con ingresos medianos y bajos.⁵

Pero estas enfermedades no solo afectan a la población adulta, también afectan a la población infantil, dejando un saldo de 120 millones de niños enfermos, de los cuales 41 millones son niños menores de cinco años enfermos, y este número va en aumento ya que no se han tomado las medidas adecuadas para combatirla.

Lo anterior, demuestra el riesgo de los niños, sin importar su edad, si es temprana o escolar, ya que, si no es tratado a tiempo, puede convertirse en un adulto obeso, y además tienen más posibilidades de sufrir diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, mayor riesgo de fracturas, hipertensión, resistencia a la insulina y daños psicológicos en su edad temprana, que a su vez se asocian a un aumento de la probabilidad de muerte prematura y discapacidad. Todo esto, produciendo no solo una afectación en su salud, sino que también se verían afectados en su ambiente laboral al cumplir una edad de 20 a 30 años, ya que la “obesidad también ocasiona problemas ortopédicos en la columna vertebral, la pelvis y las rodillas, condición que no permite hacer ejercicio, o explica el agotamiento”⁶, lo que generaría posibles accidentes laborales y baja en el rendimiento en sus actividades diarias en el trabajo, lo que pasaría también a generar un detrimento en las metas y objetivos de las empresas.

2.1 Planes y Programa

2.1.1. Estrategia Mundial OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud

⁵ <https://www.who.int/features/factfiles/obesity/es/>

⁶ <https://universitam.com/academicos/noticias/los-actuales-ninos-obesos-padeceran-infartos-al-miocardio-cerebral-entre-los-20-y-30-anos/>

Esta estrategia se empleó para impulsar políticas públicas y medidas para promover dentro de la población mundial la importancia de llevar una alimentación y dieta sanas, además de la práctica de un deporte o actividad física para disminuir los índices de Obesidad y sobrepeso.

Esta medida se lleva a cabo gracias a que en la Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, de septiembre de 2011, se reconoce la importancia crucial de reducir los problemas dietarios y la inactividad física de la población mundial.

2.1.2. Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020.

Creado por la OMS para cumplir los compromisos de la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre las Enfermedades No Transmisibles y contribuir en el alcance de nueve metas a nivel mundial para reducir los índices de sobrepeso y obesidad y la mortalidad prematura causada por estas enfermedades, las cuales deben alcanzarse a más tardar el año 2025.

3. Programas contra el sobrepeso y obesidad en el mundo

En países como Dinamarca, España, Francia y Suecia los programas de salud pública, además de un enfoque preventivo en la atención médica de primer contacto, promueven que la industria alimentaria mejore sus productos para reducir el contenido de grasa y sodio, disminuir la densidad energética y limitar al mínimo los ácidos grasos. También establecen la responsabilidad de la industria de proporcionar información adecuada y accesible a todos los niveles educativos sobre el contenido nutricional de sus productos.

En todos estos países se reconoce la importancia de las escuelas y del ambiente escolar para la política nutricional, y como eje prioritario para la prevención del

sobrepeso y la obesidad, incluyen incentivos económicos, prestaciones laborales y fondos públicos, entre otros.⁷

4. Sobrepeso y obesidad en Colombia.

En Colombia nos encontramos con un índice de obesidad y sobrepeso demasiado alto, el 60% de la población adulta padece esta enfermedad crónica, según la Encuesta Nacional de Situación Nutricional de Colombia (ENSIN) 2015 realizada por el Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Salud (INS), Prosperidad Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y la Universidad Nacional de Colombia en el año 2017, contando con el apoyo del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y la Asociación Colombiana para el Avance de la Ciencia (ACAC).

La principal causa de esta enfermedad son los malos hábitos alimenticios y la poca frecuencia en la que los colombianos practican actividades físicas, y esta afecta a la población en general, sin discriminar sexo ni edad.

Según el doctor Óscar Francisco Rosero Olarte, endocrinólogo experto en metabolismo "La obesidad es una enfermedad crónica, no solamente es una enfermedad, es un conjunto de factores que llevan a un círculo de padecimientos que finalmente son los que van a producir desenlaces que no son favorables". También, en el primer evento de Obesidad en Colombia Obesity Summit, se llegó a la conclusión que la obesidad y sobrepeso deben de ser combatidas desde una edad temprana, para mejorar la calidad de vida de las personas, además que, quien sufre estas enfermedades, son propensos a vivir 5 años menos.⁸

Discriminando datos de la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN), la cual se desarrolla cada 5 años a partir del 2005, la población que más padece esta enfermedad son las mujeres y la primera infancia, con un 59.5% y 6.3% respectivamente, sin dejar a un lado la situación de los hombre que equivale a un 52.7%, también los menores en edad escolar la padecen en un 24.2% y los adolescentes en un 17.9%; lo que demuestra que hay que generar conciencia y tratarla no solo por parte de los médicos, sino que es un problema que nos corresponde tratar a todos, y se debe trabajar mancomunadamente para bajar estos

⁷ Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad Primera edición, enero, 2010, Gobierno Federal de México- <http://avs.org.mx/docs/AcuerdoNacionalSaludAlimentaria.pdf>
⁸ <https://www.elpais.com.co/familia/obesidad-un-problema-que-va-en-aumento.html>

índices que vienen en aumento desde el año 2010, y mejorar la calidad y expectativa de vida de los colombianos.

Cabe resaltar que el flagelo en niños menores de cinco años (primera infancia) ubica al país por encima del promedio mundial y al menos uno de cada cuatro niños ya presenta el problema, la situación se torna dramática, sin dejar de lado que este mal le cuesta al mundo, de manera directa, el 2,8 por ciento del producto interno bruto (PIB)⁹.

Para explicar mejor estos datos, tenemos la siguiente gráfica:

RANGO EN EDADES	% SOBREPESO Y OBESIDAD SEGÚN LA ENSIN		
	2010	2015	DIFERENCIA
Primera Infancia (0-4 años)	5,2%	6,3%	1,1%
Menores en edad escolar (5-12 años)	18,8%	24,2%	5,4%
Adolescentes (13-17 años)	15,5%	17,9%	2,4%
Jóvenes y Adultos(18-64 años)	51,2%	56,4%	5,2%

Información recolectada de <https://www.medellincomovamos.org/#!/ministerio-de-salud-presento-los-resultados-de-la-encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-2015/>

La obesidad es una enfermedad que ya se encuentra en la mayoría de los países del mundo, y una de cada tres personas la padecen, lo que podría entenderse ya no sólo como una simple enfermedad, sino como una pandemia. En el siguiente mapa, se evidencia la situación mundial hasta el año 2016 (y la cual tiende a avanzar con el paso de los años si no se toman medidas) en temas de sobrepeso y obesidad, la cual nos debería de preocupar ya que Colombia se encuentra dentro del porcentaje de países que padecen de sobrepeso, obteniendo un porcentaje de IMC del 26.20%, esta situación se representa con un color anaranjado oscuro que establece que sobrepasa el peso ideal (Naranja).

⁹ <https://www.eltiempo.com/opinion/editorial/sobrepeso-mortal-obesidad-en-colombia-237676>



Imagen tomada de <https://www.eldia.com/nota/2015-7-13-la-oms-publica-las-cifras-de-sobrepeso-y-la-obesidad-en-el-mundo>

Además, en Colombia, hemos pasado abruptamente por un proceso en el cual se ha dejado de practicar la lactancia materna hasta los 6 meses de vida y se han modificado las dietas y hábitos alimentarios, todo ello debido al crecimiento económico, urbanización (disminución de las actividades primarias y descenso de la población rural), mayor esperanza de vida, incorporación de la mujer a la fuerza de trabajo, masificación de la producción de alimentos, invención de la refrigeración y conservación industrial de alimentos (enlatado, alto vacío, pasteurización, etcétera), abaratamiento de los precios relativos de los alimentos procesados versus los frescos, por economías de escala, transporte, conservación y almacenaje.

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético, que se origina cuando la cantidad de energía que consume un individuo, es mayor a la que se necesita; estudios han demostrado que un aumento sostenido de 500 calorías/día durante un mes, genera una ganancia de peso de 2 kg, sin importante el origen de las mismas; a lo que se le denomina balance energético y se constituye en uno de los pilares fundamentales de la dietética.

Es importante resaltar que las necesidades diarias de energía de un individuo, están basadas en criterios individuales relacionados con la edad, la estatura, la actividad física, el estado de salud o enfermedad y/o de condiciones especiales como el ejercicio de alta competencia y el embarazo; y que el consumo de alimentos para satisfacer esas necesidades de energía, está sujeto a condiciones subjetivas, como el estado de ánimo, la cultura, los gustos, el nivel de formación, el lugar donde habita, el acceso a servicios básicos, la disponibilidad de alimentos en la zona donde se vive, así como el acceso a los mismos de acuerdo a la capacidad adquisitiva.

Se puede afirmar que en términos sociales los problemas de sobrepeso y obesidad en el mundo son causados, entre otras cosas, por factores socioculturales y por el proceso de globalización, que imponen nuevos modelos de alimentación mediante las multinacionales que promocionan la comida rápida, el mal uso de los alimentos disponibles y la toma de decisiones incorrectas sobre el consumo de los mismos, lo que trae consigo hábitos alimentarios inadecuados y una serie de enfermedades crónicas degenerativas, aumentando los costos de la atención en salud.

En Colombia, sólo el 25 % de las personas de entre 10 y 19 años de edad son activas. Más de la mitad de estos adolescentes pasan 14 horas semanales o más frente a la televisión, y una cuarta parte de ellos pasa hasta tres horas diarias en promedio 6,7%. Entre los adolescentes y adultos jóvenes (de 12 a 29 años de edad) tan sólo 30 por ciento practica algún tipo de actividad física, y el sedentarismo es mayor en mujeres que en hombres.

La escasez de entornos adecuados y seguros para la actividad física, es también una de las causas para que las personas sean en mayor porcentaje sedentarias, y a esto adicionemos que hoy en día las clases de educación física y el recreo, durante la jornada escolar, son las únicas oportunidades que tienen muchos niños colombianos para realizar actividades físicas.

Sin embargo, esas oportunidades tampoco suelen ser aprovechadas suficientemente. En las escuelas, por ejemplo, se dedican únicamente 60 minutos semanales a la actividad física moderada o vigorosa, incluyendo las clases de educación física y el recreo. Ello equivale a sólo una quinta parte del mínimo de actividad recomendado para niños en edad escolar, que es de 45 minutos diarios.

Más aún, la mayor parte del recreo es dedicada a comprar y consumir alimentos, y no suele haber organización para promover la actividad física.

<p>En conclusión, los cambios en los hábitos alimentarios y de actividad física son consecuencia de cambios ambientales y sociales asociados al desarrollo y de la falta de políticas de apoyo en sectores como la salud; la agricultura; el transporte; la planificación urbana; el medio ambiente; el procesamiento, distribución y comercialización de alimentos, y la educación.</p> <p>Todos estos factores influyen en el exceso de peso y la obesidad, lo que significa, como lo dijo Gildardo Uribe Gil Presidente de la Asociación Colombiana de Facultades y programas de Nutrición, que la obesidad es una enfermedad multicausal, que no se previene, rehabilita o atiende con un enfoque único, las acciones con enfoques integrales tienden a ser mucho más efectivas, en menos tiempo; en especial aquellas en las que se combina una reducción del consumo de alimentos de alto contenido calórico, con la práctica regular de ejercicio aeróbico (mínimo 3 veces por semana, una hora al día) y programas de información, comunicación y educación alimentaria y nutricional, para que las personas tomen conciencia de sus decisiones de compra.¹⁰</p> <p style="text-align: center;">5. Finalidad de la iniciativa y normas protegidas</p> <p>Hoy en día, Colombia ocupa el séptimo lugar de prevalencia mundial de obesidad, después de Estados Unidos de América, México, Uruguay, Argentina, Venezuela y Chile. Esta alta prevalencia de sobrepeso y obesidad representa un problema de salud pública prioritario que exige la puesta en marcha de una política nacional que reconozca el origen multifactorial del problema. La epidemia implica costos significativos para el sistema de salud pública, para la sustentabilidad del régimen de pensiones y para la estabilidad económica y social de la población, especialmente de los sectores más pobres.</p> <p>La carga económica que estos costos representan para un sistema de salud pública y para el gasto de los hogares, es un riesgo tanto para la sustentabilidad de dicho sistema, como para los mismos hogares.</p> <p>Es por estos índices, que se busca dar trámite a esta iniciativa legislativa, la cual tiene por objeto establecer los criterios legales para la actuación del Estado y en todas las jurisdicciones descentralizadas en el territorio nacional bajo la premisa constitucional del derecho a una alimentación adecuada, a la salud y la ejecución</p> <p>¹⁰ https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-16747472</p>	<p>de las políticas públicas para el Sistema General de Seguridad Social en Salud en materia de manejo integral del sobrepeso y la obesidad de la población colombiana, en concordancia con las finalidades del derecho a la protección integral de la salud, el trabajo y la educación en todo el territorio nacional.</p> <p>Además, este proyecto tiene como fundamento, el desarrollo del artículo 49 superior, el cual establece que el derecho a la salud es un derecho fundamental que se debe garantizar a todas las personas por medio de acciones colectivas e individuales que tienden a brindar un acceso a los servicios de salud, al diagnóstico, tratamiento promoción y prevención. La norma establece lo siguiente:</p> <p><i>“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.”</i></p> <p>También, el artículo 366 de la Constitución Política establece:</p> <p><i>“Artículo 366. El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable. Para tales efectos, en los planes y presupuestos de la Nación y de las entidades territoriales, el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación.”</i></p>
<p>Lo anterior, demostrando que esta iniciativa va en la misma dirección de este postulado, ya que exhorta a las diferentes entidades nacionales y todas las jurisdicciones descentralizadas a crear políticas y programas para el mejoramiento de la calidad y la probabilidad de vida de la población en general, en este caso, las personas que sufren sobrepeso y obesidad, para hallar soluciones a esta patología y a los demás para que no las padezcan.</p> <p>Los ministerios del gobierno que pueden contribuir a estos objetivos son las de Salud, Agricultura, Educación Pública, Hacienda y Crédito Público, Cultura, Medio Ambiente y Transportes. También será útil la contribución de otras dependencias descentralizadas que incentiven el deporte y la recreación, así como la alimentación y nutrición en nuestro Estado. De la misma manera deberán participar organizaciones no gubernamentales, fundaciones de reconocida trayectoria sin ánimo de lucro, corporaciones, sindicatos, medios de comunicación, el sector académico y, por supuesto, la industria alimentaria, bajo el legítimo derecho de la participación ciudadana.</p> <p>Otro aspecto que se busca regular con esta iniciativa es la publicidad de los productos alimenticios, en virtud de que la población no cuenta con la suficiente información nutricional en la publicidad o empaques de los productos, o tal vez muchas veces no se entiende. Carmona et al (2014), en su investigación “contenido nutricional de alimentos y bebidas publicitados en la franja infantil de la televisión colombiana”; evidenció que en la franja familiar e infantil “...hay una mayor exposición a la publicidad de alimentos y bebidas, caracterizada por alto contenido de nutrientes trazadores de riesgo y bajo contenido de nutrientes protectores...”¹¹</p> <p>Lamentablemente el exceso de publicidad de productos altos en grasas, azúcares y sal, ha favorecido la toma de decisiones equivocadas por parte de los televidentes que ha conllevado al consumo de alimentos de alta densidad calórica, de manera desbalanceada, contribuyendo al aumento de las cifras de sobrepeso y obesidad.</p> <p>En ese sentido se debe promover un etiquetado claro, con respaldo científico y objetivo para los alimentos y bebidas a fin de que se le indique al consumidor la cantidad de energía (calorías) y determinados nutrientes (grasas, sodio/sal y azúcares) que aporta una ración de un determinado alimento o bebida con respecto a las necesidades diarias.</p> <p>¹¹ Isabel Cristina Carmona-Garcés- Contenido nutricional de alimentos y bebidas publicitados en la franja infantil de la televisión colombiana- Universidad de Antioquia http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112014000400019</p>	<p>En ese sentido, es sumamente importante para el país que esta iniciativa haga el debido tránsito legislativo y llegue a ser ley de la República, para tener una norma que posea todos los preceptos para prevenir y atender la obesidad y el sobrepeso, que promueva amamantar a los neonatos; una alimentación adecuada desde la infancia; un entorno escolar y laboral activo, con acceso a alimentos saludables, información, comunicación y educación alimentaria y nutricional y salud desde la primaria; así como el fomento de espacios y áreas recreativas que promuevan la actividad física; y además que incida en la prevención y control de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en todo el territorio nacional, que regule de manera integral su atención y prevención; y que exhorta a tomar acciones necesarias para su rehabilitación y las demás que sean necesarias para frenar el crecimiento de su magnitud, así como el impacto en los costos de atención en salud para el Estado.</p> <p>Asimismo, pretende aportar un instrumento para abordar en lo legislativo el tema de obesidad y sobrepeso en Colombia, con lo que se buscará abonar en su solución.</p> <p>Se pone a consideración la presente iniciativa con la finalidad de tener un ordenamiento legal a nivel general, determinado para prevenir y atender la obesidad y sobrepeso en todo el territorio nacional, siendo que es un grave problema de salud a nivel nacional.</p> <p>V. TRAMITE EN LA COMISIÓN</p> <p>El Proyecto de Ley 262 de 2020 CÁMARA “Por medio de la cual se expide la Ley General para el Manejo Integral al Sobrepeso y la Obesidad” se radico el pasado 23 de julio en la comisión VII constitucional permanente. El 15 de septiembre del presente año fueron asignados los HH.RR. Carlos Eduardo Acosta (Coordinador Ponente), Jairo Humberto Cristo Correa (Ponente), quienes rinden ponencia positiva (publicada el 23 de diciembre de 2020) en la gaceta 1553 de 2020. En la sesión de la Comisión Séptima de Cámara de Representantes del 07 de abril de 2021, se debatió y aprobó el proyecto con cinco (5) proposiciones aprobadas de las cuales cuatro (4) fueron presentadas por los ponentes, en los artículos 5, 6, 8 y 9 y una (1) presentada por H.R. Jorge Alberto Gómez Gallego, al artículo tres (3) (acta No.36), proposiciones las cuales se resumen en el siguiente cuadro:</p>

ARTICULADO ORIGINAL	PROPOSICIONES
<p>Artículo 3. Corresponde a las asambleas departamentales y concejos municipales, reglamentar a través de ordenanzas y acuerdos las políticas públicas que garanticen la disponibilidad de recursos económicos para:</p> <p>Establecer programas para lograr el autocuidado, tendientes a evitar el sobrepeso y la obesidad y que la población esté debidamente informada sobre los derechos que tienen, tratamiento integral frente a esta condición en el sistema de salud.</p>	<p>Presento Jorge Alberto Gómez Gallego</p> <p>Artículo 3. Corresponde a los gobiernos Nacional y regionales, a las asambleas departamentales y concejos municipales, reglamentar a través de las normas de su competencia ordenanzas y acuerdos las políticas públicas que garanticen la disponibilidad de recursos económicos para: Establecer programas para lograr el autocuidado, tendientes a evitar el sobrepeso y la obesidad y que la población esté debidamente informada sobre los derechos que tienen, tratamiento integral frente a esta condición en el sistema de salud.</p>
<p>Artículo 5. Las instituciones prestadoras de servicios de salud IPS, tendrán la obligación de difundir entre sus respectivos afiliados, beneficiarios y/o usuarios que asisten a sus servicios asistenciales, la información acerca de los mecanismos para conocer y controlar los riesgos con relación a su peso y alcanzar el índice de masa corporal ideal. Asimismo, se proporcionarán los servicios salud que permitan la protección del estado integral de salud para toda la población.</p>	<p>Presentado por: Jairo Humberto Cristo-Carlos Eduardo Acosta</p> <p>Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, deberá reglamentar la creación de instituciones prestadoras de salud especializadas en el tratamiento de enfermedades por sobrepeso y obesidad.</p>
<p>Artículo 6. Al Ministerio de Salud y de Protección Social y los gobiernos de las entidades departamentales, municipales y distritales, les corresponde garantizar los recursos económicos suficientes para realizar y/o contratar las acciones administrativas de control y seguimiento necesarias, en el ámbito de su competencia para que desde los aseguradores se garantice el acceso al tratamiento nutricional, farmacológico y quirúrgico frente el sobrepeso y la obesidad.</p>	<p>Presentado por: Jairo Humberto Cristo-Carlos Eduardo Acosta</p> <p>Artículo 6. Al Ministerio de Salud y de Protección Social y los gobiernos de las entidades departamentales, municipales y distritales, les corresponde garantizar los recursos económicos suficientes para realizar y/o contratar las acciones administrativas de control y seguimiento necesarias, en el ámbito de su competencia para que desde los aseguradores se garantice el acceso al tratamiento médico nutricional, farmacológico y quirúrgico frente el sobrepeso y la obesidad.</p>


<p>Artículo 8. El Ministerio de Salud y Protección Social, diseñará una política Pública que evalúe si el sobrepeso y la obesidad son la enfermedad base o al contrario esta es una causa de otras enfermedades que requieren una atención de manera integral.</p>	<p>Presentado por: Jairo Humberto Cristo-Carlos Eduardo Acosta</p> <p>Artículo 8. El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los seis (6) meses después a la entrada en vigencia de la presente ley, diseñará una política Pública que evalúe si el sobrepeso y la obesidad son la enfermedad base o al contrario esta es una causa de otras enfermedades que requieren una atención de manera integral.</p>
<p>Artículo 9. Las entidades departamentales, municipales y distritales podrán formular planes, programas y/o proyectos, para que el sistema de Seguridad Social de manera integral atienda con eficiencia, cumplimiento y prontitud a las personas que requieran la atención, garantizando un equipo médico interdisciplinar el cual deberá tener toda la suficiencia y profesionalidad para atender a sus pacientes y brindar la información científica sustentada, adecuada y veraz, orientando los programas y/o tratamientos de acuerdo con las condiciones socioeconómicas de la población.</p>	<p>Presentado por: Jairo Humberto Cristo-Carlos Eduardo Acosta</p> <p>Parágrafo. De conformidad con lo establecido en el literal c) del artículo 6 de la ley 1164 de 2007 dentro de los 6 meses siguientes a la expedición de la presente Ley, el Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el consejo nacional de talento humano en salud, deberá crear una especialidad médica que estudie la alimentación humana su relación con los procesos químicos, biológicos y metabólicos, así como su relación con la composición corporal, para la atención de enfermedades por sobrepeso y obesidad.</p>

VI. PLIEGO DE MODIFICACIONES

TEXTO APROBADO PRIMER DEBATE	PROPUESTA SEGUNDA PONENCIA	JUSTIFICACION
<p>"Por medio de la cual se expide la Ley General para el Manejo Integral al Sobrepeso y la Obesidad"</p>	IGUAL	
<p>Título Primero Disposiciones Generales Capítulo Único</p>	IGUAL	

<p>Artículo 1. La presente ley tiene por objeto fortalecer integralmente los programas de prevención, atención y tratamiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud a las personas que se encuentran o están en riesgo por sobrepeso y obesidad, teniendo derecho a estar informadas oportunamente y recibir la atención idónea que requieran.</p> <p>Las personas que se encuentren bajo esta condición no podrán sufrir ningún tipo de discriminación por su peso, estando obligadas todas las entidades a su protección y garantía en el acceso a la salud, información y oportuno tratamiento.</p>	IGUAL	
<p>Artículo 2. Les compete a las entidades promotoras de salud, la promoción, prevención y tratamiento integral de las personas en condición sobrepeso y obesidad.</p> <p>Para los fines de la presente ley, se entiende por:</p> <p>IV. Promoción: Conjunto de acciones, planes y programas, para conservar y mejorar las condiciones de salud en beneficio de las personas, permitiendo mejorar la calidad de vida mediante la prevención y atención oportuna.</p> <p>V. Prevención: Conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir los riesgos de sobrepeso y la obesidad, así como limitar los daños asociados;</p> <p>Tratamiento integral: Conjunto de acciones que se realizan a partir de la formación, educación y el estudio</p>	<p>Artículo 2. Les compete a las entidades promotoras de salud, la promoción, prevención y tratamiento integral de las personas en condición sobrepeso y obesidad.</p> <p>Para los fines de la presente ley, se entiende por:</p> <p>a. Promoción: Conjunto de acciones, planes y programas, para conservar y mejorar las condiciones de salud en beneficio de las personas, permitiendo mejorar la calidad de vida mediante la prevención y atención oportuna.</p> <p>b. Prevención: Conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir los riesgos de sobrepeso y la obesidad, así como limitar los daños asociados;</p>	<p>Se corrige error en la numeración de los incisos.</p>

<p>clínico y diagnóstico completo y personal de cada individuo con o sin sobrepeso u obesidad, que incluye el suministro de los medicamentos necesarios, el tratamiento médico, nutricional, psicológico, terapéutico y fortalecimiento de actividad física; y/o en su caso, atención quirúrgica; orientado a disminuir o erradicar los riesgos para la salud, corregir las comorbilidades y mejorar la calidad de vida del paciente, garantizando el consentimiento previo libre e informado.</p>	<p>c. Tratamiento integral: Conjunto de acciones que se realizan a partir de la formación, educación y el estudio clínico y diagnóstico completo y personal de cada individuo con o sin sobrepeso u obesidad, que incluye el suministro de los medicamentos necesarios, el tratamiento médico, nutricional, psicológico, terapéutico y fortalecimiento de actividad física; y/o en su caso, atención quirúrgica; orientado a disminuir o erradicar los riesgos para la salud, corregir las comorbilidades y mejorar la calidad de vida del paciente, garantizando el consentimiento previo libre e informado.</p>	
<p>Título Segundo De la prevención del Sobrepeso y la Obesidad</p> <p>Capítulo Único</p> <p>Garantía de Recursos para la Prevención e Información del Sobrepeso y Obesidad</p>	IGUAL	
<p>Artículo 3. Corresponde a los gobiernos Nacional y regionales, a las asambleas departamentales y concejos municipales, reglamentar a través de las normas de su competencia las políticas públicas que garanticen la disponibilidad de recursos económicos para:</p> <p>Establecer programas para lograr el autocuidado, tendientes a evitar el sobrepeso y la obesidad y que la población esté debidamente informada sobre los derechos que tienen, tratamiento integral frente a esta condición en el sistema de salud.</p>	IGUAL	
<p>Título Tercero</p>	IGUAL	

<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Atención Integral del sobrepeso y la Obesidad</td> </tr> <tr> <td>Capítulo Primero Del Manejo Integral del sobrepeso y la Obesidad / vigilancia epidemiológica</td> <td>IGUAL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Artículo 4. El sistema General de Seguridad Social en Salud proporcionará el tratamiento integral del sobrepeso y de la obesidad a quienes los padezcan, con base en el diagnóstico personalizado y debidamente registrado en la historia clínica del paciente con sobrepeso u obesidad sobre la atención médica, situación nutricional, psicológica, terapéutica, el establecimiento de un régimen de actividad física y de ejercicio, y la intervención quirúrgica. El seguimiento a las normas de competencia del Sistema General de Seguridad Social en Salud contenidas en la presente ley, se realizarán a través del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de que trata la Ley 1122 del 2007.</td> <td>IGUAL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Artículo 5. Las instituciones prestadoras de servicios de salud IPS, tendrán la obligación de difundir entre sus respectivos afiliados, beneficiarios y/o usuarios que asisten a sus servicios asistenciales, la información acerca de los mecanismos para conocer y controlar los riesgos con relación a su peso y alcanzar el índice de masa corporal ideal. Asimismo, se proporcionarán los servicios salud que permitan la protección del estado integral de salud para toda la población. Parágrafo: El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los seis</td> <td>IGUAL</td> <td></td> </tr> </table>	Atención Integral del sobrepeso y la Obesidad			Capítulo Primero Del Manejo Integral del sobrepeso y la Obesidad / vigilancia epidemiológica	IGUAL		Artículo 4. El sistema General de Seguridad Social en Salud proporcionará el tratamiento integral del sobrepeso y de la obesidad a quienes los padezcan, con base en el diagnóstico personalizado y debidamente registrado en la historia clínica del paciente con sobrepeso u obesidad sobre la atención médica, situación nutricional, psicológica, terapéutica, el establecimiento de un régimen de actividad física y de ejercicio, y la intervención quirúrgica. El seguimiento a las normas de competencia del Sistema General de Seguridad Social en Salud contenidas en la presente ley, se realizarán a través del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de que trata la Ley 1122 del 2007.	IGUAL		Artículo 5. Las instituciones prestadoras de servicios de salud IPS, tendrán la obligación de difundir entre sus respectivos afiliados, beneficiarios y/o usuarios que asisten a sus servicios asistenciales, la información acerca de los mecanismos para conocer y controlar los riesgos con relación a su peso y alcanzar el índice de masa corporal ideal. Asimismo, se proporcionarán los servicios salud que permitan la protección del estado integral de salud para toda la población. Parágrafo: El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los seis	IGUAL		<table border="1"> <tr> <td>(6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, deberá reglamentar las disposiciones necesarias para que, dentro de las instituciones prestadoras de salud, sea obligatoria la existencia de equipos médicos interdisciplinarios y especializados en el tratamiento de enfermedades por sobrepeso y obesidad.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Artículo 6. Al Ministerio de Salud y de Protección Social y los gobiernos de las entidades departamentales, municipales y distritales, les corresponde garantizar los recursos económicos suficientes para realizar y/o contratar las acciones administrativas de control y seguimiento necesarias, en el ámbito de su competencia para que desde los aseguradores se garantice el acceso al tratamiento médico, nutricional, farmacológico y quirúrgico frente al sobrepeso y la obesidad.</td> <td>IGUAL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Artículo 7. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá actualizar la Guía de Práctica Clínica (GPC) para la prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos, mínimo cada dos años. Parágrafo: Esta política deberá tener en cuenta y respetar la cultura alimenticia del País. Dicha política pública propenderá por la no discriminación en ningún escenario de una persona que se encuentre en sobrepeso u obesidad.</td> <td>IGUAL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Capítulo Segundo Del Programa Nacional de Prevención y Atención Integral del Sobrepeso y la Obesidad</td> <td>IGUAL</td> <td></td> </tr> </table>	(6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, deberá reglamentar las disposiciones necesarias para que, dentro de las instituciones prestadoras de salud, sea obligatoria la existencia de equipos médicos interdisciplinarios y especializados en el tratamiento de enfermedades por sobrepeso y obesidad.			Artículo 6. Al Ministerio de Salud y de Protección Social y los gobiernos de las entidades departamentales, municipales y distritales, les corresponde garantizar los recursos económicos suficientes para realizar y/o contratar las acciones administrativas de control y seguimiento necesarias, en el ámbito de su competencia para que desde los aseguradores se garantice el acceso al tratamiento médico, nutricional, farmacológico y quirúrgico frente al sobrepeso y la obesidad.	IGUAL		Artículo 7. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá actualizar la Guía de Práctica Clínica (GPC) para la prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos, mínimo cada dos años. Parágrafo: Esta política deberá tener en cuenta y respetar la cultura alimenticia del País. Dicha política pública propenderá por la no discriminación en ningún escenario de una persona que se encuentre en sobrepeso u obesidad.	IGUAL		Capítulo Segundo Del Programa Nacional de Prevención y Atención Integral del Sobrepeso y la Obesidad	IGUAL	
Atención Integral del sobrepeso y la Obesidad																									
Capítulo Primero Del Manejo Integral del sobrepeso y la Obesidad / vigilancia epidemiológica	IGUAL																								
Artículo 4. El sistema General de Seguridad Social en Salud proporcionará el tratamiento integral del sobrepeso y de la obesidad a quienes los padezcan, con base en el diagnóstico personalizado y debidamente registrado en la historia clínica del paciente con sobrepeso u obesidad sobre la atención médica, situación nutricional, psicológica, terapéutica, el establecimiento de un régimen de actividad física y de ejercicio, y la intervención quirúrgica. El seguimiento a las normas de competencia del Sistema General de Seguridad Social en Salud contenidas en la presente ley, se realizarán a través del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de que trata la Ley 1122 del 2007.	IGUAL																								
Artículo 5. Las instituciones prestadoras de servicios de salud IPS, tendrán la obligación de difundir entre sus respectivos afiliados, beneficiarios y/o usuarios que asisten a sus servicios asistenciales, la información acerca de los mecanismos para conocer y controlar los riesgos con relación a su peso y alcanzar el índice de masa corporal ideal. Asimismo, se proporcionarán los servicios salud que permitan la protección del estado integral de salud para toda la población. Parágrafo: El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los seis	IGUAL																								
(6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, deberá reglamentar las disposiciones necesarias para que, dentro de las instituciones prestadoras de salud, sea obligatoria la existencia de equipos médicos interdisciplinarios y especializados en el tratamiento de enfermedades por sobrepeso y obesidad.																									
Artículo 6. Al Ministerio de Salud y de Protección Social y los gobiernos de las entidades departamentales, municipales y distritales, les corresponde garantizar los recursos económicos suficientes para realizar y/o contratar las acciones administrativas de control y seguimiento necesarias, en el ámbito de su competencia para que desde los aseguradores se garantice el acceso al tratamiento médico, nutricional, farmacológico y quirúrgico frente al sobrepeso y la obesidad.	IGUAL																								
Artículo 7. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá actualizar la Guía de Práctica Clínica (GPC) para la prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos, mínimo cada dos años. Parágrafo: Esta política deberá tener en cuenta y respetar la cultura alimenticia del País. Dicha política pública propenderá por la no discriminación en ningún escenario de una persona que se encuentre en sobrepeso u obesidad.	IGUAL																								
Capítulo Segundo Del Programa Nacional de Prevención y Atención Integral del Sobrepeso y la Obesidad	IGUAL																								
<table border="1"> <tr> <td>Artículo 8. El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los seis (6) meses después a la entrada en vigencia de la presente ley, diseñará una política Pública que evalúe si el sobrepeso y la obesidad son la enfermedad base o al contrario esta es una causa de otras enfermedades que requieren una atención de manera integral.</td> <td>IGUAL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Capítulo Tercero Facultades Entidades Departamentales, Municipales y Distritales</td> <td>IGUAL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Artículo 9. Las entidades departamentales, municipales y distritales podrán formular planes, programas y/o proyectos, para que el sistema de Seguridad Social de manera integral atienda con eficiencia, cumplimiento y prontitud a las personas que requieran la atención, garantizando un equipo médico interdisciplinario el cual deberá tener toda la suficiencia y profesionalidad para atender a sus pacientes y brindar la información científica sustentada, adecuada y veraz, orientando los programas y/o tratamientos de acuerdo con las condiciones socioeconómicas de la población. Parágrafo: De conformidad con lo establecido en literal c) del artículo 6 de la ley 1164 de 2007 dentro de los 6 meses siguientes a la expedición de la presente Ley, el Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el consejo nacional de talento humano en salud, deberá crear una especialidad médica que estudie la alimentación humana su relación con los procesos químicos, biológicos y metabólicos, así como</td> <td>IGUAL</td> <td></td> </tr> </table>	Artículo 8. El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los seis (6) meses después a la entrada en vigencia de la presente ley, diseñará una política Pública que evalúe si el sobrepeso y la obesidad son la enfermedad base o al contrario esta es una causa de otras enfermedades que requieren una atención de manera integral.	IGUAL		Capítulo Tercero Facultades Entidades Departamentales, Municipales y Distritales	IGUAL		Artículo 9. Las entidades departamentales, municipales y distritales podrán formular planes, programas y/o proyectos, para que el sistema de Seguridad Social de manera integral atienda con eficiencia, cumplimiento y prontitud a las personas que requieran la atención, garantizando un equipo médico interdisciplinario el cual deberá tener toda la suficiencia y profesionalidad para atender a sus pacientes y brindar la información científica sustentada, adecuada y veraz, orientando los programas y/o tratamientos de acuerdo con las condiciones socioeconómicas de la población. Parágrafo: De conformidad con lo establecido en literal c) del artículo 6 de la ley 1164 de 2007 dentro de los 6 meses siguientes a la expedición de la presente Ley, el Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el consejo nacional de talento humano en salud, deberá crear una especialidad médica que estudie la alimentación humana su relación con los procesos químicos, biológicos y metabólicos, así como	IGUAL		<table border="1"> <tr> <td>su relación con la composición corporal, para la atención de enfermedades por sobrepeso y obesidad.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Título Cuarto Capítulo Único Sanciones</td> <td>IGUAL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Artículo 10. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá sus funciones de vigilancia y control frente a las entidades que no ofrezcan la atención integral a las personas objeto del presente proyecto.</td> <td>IGUAL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Título Quinto Disposiciones Transitorias</td> <td>ELIMINACIÓN</td> <td>Se elimina por de redacción y unidad de materia.</td> </tr> <tr> <td>Artículo 11. Vigencia. La presente ley entrará en vigor a partir de su publicación en el Diario Oficial y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.</td> <td>IGUAL</td> <td></td> </tr> </table> <p>VII. PROPOSICIÓN</p> <p>Con fundamento en las anteriores consideraciones y argumentos, dentro del marco de la Constitución Política y la Ley, solicitamos a la Honorable Plenaria de la Cámara de Representantes, dar segundo debate al Proyecto de Ley Nº262 de 2020 CÁMARA "Por medio de la cual se expide la Ley General para el Manejo Integral al Sobrepeso y la Obesidad", con base en el texto propuesto.</p> <p>Del Honorable Representante,</p>  <p>CARLOS EDUARDO ACOSTA Representante a la Cámara por Bogotá. Partido Colombia Justa Libres. Coordinador Ponente</p>	su relación con la composición corporal, para la atención de enfermedades por sobrepeso y obesidad.			Título Cuarto Capítulo Único Sanciones	IGUAL		Artículo 10. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá sus funciones de vigilancia y control frente a las entidades que no ofrezcan la atención integral a las personas objeto del presente proyecto.	IGUAL		Título Quinto Disposiciones Transitorias	ELIMINACIÓN	Se elimina por de redacción y unidad de materia.	Artículo 11. Vigencia. La presente ley entrará en vigor a partir de su publicación en el Diario Oficial y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.	IGUAL	
Artículo 8. El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los seis (6) meses después a la entrada en vigencia de la presente ley, diseñará una política Pública que evalúe si el sobrepeso y la obesidad son la enfermedad base o al contrario esta es una causa de otras enfermedades que requieren una atención de manera integral.	IGUAL																								
Capítulo Tercero Facultades Entidades Departamentales, Municipales y Distritales	IGUAL																								
Artículo 9. Las entidades departamentales, municipales y distritales podrán formular planes, programas y/o proyectos, para que el sistema de Seguridad Social de manera integral atienda con eficiencia, cumplimiento y prontitud a las personas que requieran la atención, garantizando un equipo médico interdisciplinario el cual deberá tener toda la suficiencia y profesionalidad para atender a sus pacientes y brindar la información científica sustentada, adecuada y veraz, orientando los programas y/o tratamientos de acuerdo con las condiciones socioeconómicas de la población. Parágrafo: De conformidad con lo establecido en literal c) del artículo 6 de la ley 1164 de 2007 dentro de los 6 meses siguientes a la expedición de la presente Ley, el Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el consejo nacional de talento humano en salud, deberá crear una especialidad médica que estudie la alimentación humana su relación con los procesos químicos, biológicos y metabólicos, así como	IGUAL																								
su relación con la composición corporal, para la atención de enfermedades por sobrepeso y obesidad.																									
Título Cuarto Capítulo Único Sanciones	IGUAL																								
Artículo 10. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá sus funciones de vigilancia y control frente a las entidades que no ofrezcan la atención integral a las personas objeto del presente proyecto.	IGUAL																								
Título Quinto Disposiciones Transitorias	ELIMINACIÓN	Se elimina por de redacción y unidad de materia.																							
Artículo 11. Vigencia. La presente ley entrará en vigor a partir de su publicación en el Diario Oficial y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.	IGUAL																								

 <p>JAIRO HUMBERTO CRISTO CORREA Representante a la Cámara por Norte de Santander Partido Cambio Radical. Ponente</p>  <p>JAIRO CRISTANCHO TARACHE Representante a la Cámara por Casanare Partido Centro Democrático Ponente</p> <p style="text-align: center;">VIII. TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE</p> <p style="text-align: center;"><i>“Por medio de la cual se expide la Ley General para el Manejo Integral al Sobrepeso y la Obesidad”</i></p> <p style="text-align: center;">EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA</p> <p style="text-align: center;">DECRETA:</p> <p style="text-align: center;">Título Primero Disposiciones Generales</p>	<p style="text-align: center;">Capítulo Único</p> <p>Artículo 1. La presente ley tiene por objeto fortalecer integralmente los programas de prevención, atención y tratamiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud a las personas que se encuentran o están en riesgo por sobrepeso y obesidad, teniendo derecho a estar informadas oportunamente y recibir la atención idónea que requieran.</p> <p>Las personas que se encuentren bajo esta condición no podrán sufrir ningún tipo de discriminación por su peso, estando obligadas todas las entidades a su protección y garantía en el acceso a la salud, información y oportuno tratamiento.</p> <p>Artículo 2. Les compete a las entidades promotoras de salud, la promoción, prevención y tratamiento integral de las personas en condición sobrepeso y obesidad.</p> <p>Para los fines de la presente ley, se entiende por:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Promoción: Conjunto de acciones, planes y programas, para conservar y mejorar las condiciones de salud en beneficio de las personas, permitiendo mejorar la calidad de vida mediante la prevención y atención oportuna. b. Prevención: Conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir los riesgos de sobrepeso y la obesidad, así como limitar los daños asociados; c. Tratamiento integral: Conjunto de acciones que se realizan a partir de la formación, educación y el estudio clínico y diagnóstico completo y personal de cada individuo con o sin sobrepeso u obesidad, que incluye el suministro de los medicamentos necesarios, el tratamiento médico, nutricional, psicológico, terapéutico y fortalecimiento de actividad física; y/o en su caso, atención quirúrgica; orientado a disminuir o erradicar los riesgos para la salud, corregir las comorbilidades y mejorar la calidad de vida del paciente, garantizando el consentimiento previo libre e informado. <p style="text-align: center;">Título Segundo De la prevención del Sobrepeso y la Obesidad</p> <p style="text-align: center;">Capítulo Único Garantía de Recursos para la Prevención e Información del Sobrepeso y Obesidad</p> <p>Artículo 3. Corresponde a los gobiernos Nacional y regionales, a las asambleas departamentales y concejos municipales, reglamentar a través de las normas de su competencia las políticas públicas que garanticen la disponibilidad de recursos económicos para:</p>
<p>Establecer programas para lograr el autocuidado, tendientes a evitar el sobrepeso y la obesidad y que la población esté debidamente informada sobre los derechos que tienen, tratamiento integral frente a esta condición en el sistema de salud.</p> <p style="text-align: center;">Título Tercero Atención Integral del sobrepeso y la Obesidad</p> <p style="text-align: center;">Capítulo Primero Del Manejo Integral del sobrepeso y la Obesidad / vigilancia epidemiológica</p> <p>Artículo 4. El sistema General de Seguridad Social en Salud proporcionará el tratamiento integral del sobrepeso y de la obesidad a quienes los padezcan, con base en el diagnóstico personalizado y debidamente registrado en la historia clínica del paciente con sobrepeso u obesidad sobre la atención médica, situación nutricional, psicológica, terapéutica, el establecimiento de un régimen de actividad física y de ejercicio, y la intervención quirúrgica.</p> <p>El seguimiento a las normas de competencia del Sistema General de Seguridad Social en Salud contenidas en la presente ley, se realizarán a través del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de que trata la Ley 1122 del 2007.</p> <p>Artículo 5. Las instituciones prestadoras de servicios de salud IPS, tendrán la obligación de difundir entre sus respectivos afiliados, beneficiarios y/o usuarios que asisten a sus servicios asistenciales, la información acerca de los mecanismos para conocer y controlar los riesgos con relación a su peso y alcanzar el índice de masa corporal ideal. Asimismo, se proporcionarán los servicios salud que permitan la protección del estado integral de salud para toda la población.</p> <p>Parágrafo: El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, deberá reglamentar las disposiciones necesarias para que, dentro de las instituciones prestadoras de salud, sea obligatoria la existencia de equipos médicos interdisciplinarios y especializados en el tratamiento de enfermedades por sobrepeso y obesidad.</p> <p>Artículo 6. Al Ministerio de Salud y de Protección Social y los gobiernos de las entidades departamentales, municipales y distritales, les corresponde garantizar los recursos económicos suficientes para realizar y/o contratar las acciones administrativas de control y seguimiento necesarias, en el ámbito de su competencia para que desde los aseguradores se garantice el acceso al tratamiento médico, nutricional, farmacológico y quirúrgico frente el sobrepeso y la obesidad.</p> <p>Artículo 7. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá actualizar la Guía de Práctica Clínica (GPC) para la prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos, mínimo cada dos años.</p>	<p>Parágrafo: Esta política deberá tener en cuenta y respetar la cultura alimenticia del País.</p> <p>Dicha política pública propenderá por la no discriminación en ningún escenario de una persona que se encuentre en sobrepeso u obesidad.</p> <p style="text-align: center;">Capítulo Segundo Del Programa Nacional de Prevención y Atención Integral del Sobrepeso y la Obesidad</p> <p>Artículo 8. El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los seis (6) meses después a la entrada en vigencia de la presente ley, diseñará una política Pública que evalúe si el sobrepeso y la obesidad son la enfermedad base o al contrario esta es una causa de otras enfermedades que requieren una atención de manera integral.</p> <p style="text-align: center;">Capítulo Tercero Facultades Entidades Departamentales, Municipales y Distritales</p> <p>Artículo 9. Las entidades departamentales, municipales y distritales podrán formular planes, programas y/o proyectos, para que el sistema de Seguridad Social de manera integral atienda con eficiencia, cumplimiento y prontitud a las personas que requieran la atención, garantizando un equipo médico interdisciplinario el cual deberá tener toda la suficiencia y profesionalidad para atender a sus pacientes y brindar la información científica sustentada, adecuada y veraz, orientando los programas y/o tratamientos de acuerdo con las condiciones socioeconómicas de la población.</p> <p>Parágrafo: De conformidad con lo establecido en literal c) del artículo 6 de la ley 1164 de 2007 dentro de los 6 meses siguientes a la expedición de la presente Ley, el Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el consejo nacional de talento humano en salud, deberá crear una especialidad médica que estudie la alimentación humana su relación con los procesos químicos, biológicos y metabólicos, así como su relación con la composición corporal, para la atención de enfermedades por sobrepeso y obesidad.</p> <p style="text-align: center;">Título Cuarto Capítulo Único Sanciones</p> <p>Artículo 10. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá sus funciones de vigilancia y control frente a las entidades que no ofrezcan la atención integral a las personas objeto del presente proyecto.</p> <p>Artículo 11. Vigencia. La presente ley entrará en vigor a partir de su publicación en el Diario Oficial y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.</p>

Del Honorable Representante,



CARLOS EDUARDO ACOSTA
Representante a la Cámara por Bogotá.
Partido Colombia Justa Libres.
Coordinador Ponente



JAIRO HUMBERTO CRISTO CORREA
Representante a la Cámara por Norte de Santander
Partido Cambio Radical.
Ponente



JAIRO CRISTANCHO TARACHE
Representante a la Cámara por Casanare
Partido Centro Democrático
Ponente

TEXTO DEFINITIVO APROBADO EN PRIMER DEBATE DEL PROYECTO DE LEY NO. 262 DE 2020 CÁMARA, "POR MEDIO DE LA CUAL SE EXPIDE LA LEY GENERAL PARA EL MANEJO INTEGRAL AL SOBREPESO Y LA OBESIDAD".

(Aprobado en la Sesión virtual del 07 de abril de 2021, Comisión VII Constitucional Permanente de la H. Cámara de Representantes, Acta No. 36)

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA:

Título Primero
Disposiciones Generales

Capítulo Único

Artículo 1. La presente ley tiene por objeto fortalecer integralmente los programas de prevención, atención y tratamiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud a las personas que se encuentran o están en riesgo por sobrepeso y obesidad, teniendo derecho a estar informadas oportunamente y recibir la atención idónea que requieran.

Las personas que se encuentren bajo esta condición no podrán sufrir ningún tipo de discriminación por su peso, estando obligadas todas las entidades a su protección y garantía en el acceso a la salud, información y oportuno tratamiento.

Artículo 2. Les compete a las entidades promotoras de salud, la promoción, prevención y tratamiento integral de las personas en condición de sobrepeso y obesidad.

Para los fines de la presente ley, se entiende por:

- IV. Promoción:** Conjunto de acciones, planes y programas, para conservar y mejorar las condiciones de salud en beneficio de las personas, permitiendo mejorar la calidad de vida mediante la prevención y atención oportuna.
- V. Prevención:** Conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir los riesgos de sobrepeso y la obesidad, así como limitar los daños asociados;

Tratamiento integral: Conjunto de acciones que se realizan a partir de la formación, educación y el estudio clínico y diagnóstico completo y personal de cada individuo con o sin sobrepeso u obesidad, que incluye el suministro de los medicamentos necesarios, el tratamiento médico, nutricional, psicológico, terapéutico y fortalecimiento de actividad física; y/o en su caso, atención quirúrgica; orientado a disminuir o erradicar los riesgos para la salud, corregir las comorbilidades y mejorar la calidad de vida del paciente, garantizando el consentimiento previo libre e informado.

Título Segundo
De la prevención del Sobrepeso y la Obesidad

Artículo 3. Corresponde a los gobiernos Nacional y regionales, a las asambleas departamentales y concejos municipales, reglamentar a través de las normas de su competencia las políticas públicas que garanticen la disponibilidad de recursos económicos para:

Establecer programas para lograr el autocuidado, tendientes a evitar el sobrepeso y la obesidad y que la población esté debidamente informada sobre los derechos que tienen, tratamiento integral frente a esta condición en el sistema de salud.

Título Tercero
Atención Integral del sobrepeso y la Obesidad

Capítulo Primero
Del Manejo Integral del sobrepeso y la Obesidad / vigilancia epidemiológica

Artículo 4. El sistema General de Seguridad Social en Salud proporcionará el tratamiento integral del sobrepeso y de la obesidad a quienes los padezcan, con base en el diagnóstico personalizado y debidamente registrado en la historia clínica del paciente con sobrepeso u obesidad sobre la atención médica, situación nutricional, psicológica, terapéutica, el establecimiento de un régimen de actividad física y de ejercicio, y la intervención quirúrgica.

El seguimiento a las normas de competencia del Sistema General de Seguridad Social en Salud contenidas en la presente ley, se realizarán a través del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de que trata la Ley 1122 del 2007.

Artículo 5. Las instituciones prestadoras de servicios de salud IPS, tendrán la obligación de difundir entre sus respectivos afiliados, beneficiarios y/o usuarios que asisten a sus servicios asistenciales, la información acerca de los mecanismos para conocer y controlar los riesgos con relación a su peso y alcanzar el índice de masa corporal ideal. Asimismo, se proporcionarán los servicios salud que permitan la protección del estado integral de salud para toda la población.

Parágrafo: El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, deberá reglamentar las disposiciones necesarias para que, dentro de las instituciones prestadoras de salud, sea obligatoria la existencia de equipos médicos interdisciplinarios y especializados en el tratamiento de enfermedades por sobrepeso y obesidad.

Artículo 6. Al Ministerio de Salud y de Protección Social y los gobiernos de las entidades departamentales, municipales y distritales, les corresponde garantizar los recursos económicos suficientes para realizar y/o contratar las acciones administrativas de control y seguimiento necesarias, en el ámbito de su competencia para que desde los aseguradores se garantice el acceso al tratamiento médico, nutricional, farmacológico y quirúrgico frente al sobrepeso y la obesidad.

Artículo 7. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá actualizar la Guía de Práctica Clínica (GPC) para la prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos, mínimo cada dos años.

Parágrafo: Esta política deberá tener en cuenta y respetar la cultura alimenticia del País.

Dicha política pública propenderá por la no discriminación en ningún escenario de una persona que se encuentre en sobrepeso u obesidad.

Artículo 8. El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los seis (6) meses después a la entrada en vigencia de la presente ley, diseñará una política Pública que evalúe si el sobrepeso u la obesidad son la enfermedad base o al contrario esta es una causa de otras enfermedades que requieren una atención de manera integral.

Capítulo Tercero
Facultades Entidades Departamentales, Municipales y Distritales

Artículo 9. Las entidades departamentales, municipales y distritales podrán formular planes, programas y/o proyectos, para que el sistema de Seguridad Social de manera integral atienda con eficiencia, cumplimiento y prontitud a las personas que requieran la atención, garantizando un equipo médico interdisciplinario el cual deberá tener toda la suficiencia y profesionalidad para atender a sus pacientes y brindar la información científica sustentada, adecuada y veraz, orientando los programas y/o tratamientos de acuerdo con las condiciones socioeconómicas de la población.

Parágrafo: De conformidad con lo establecido en literal c) del artículo 6 de la ley 1164 de 2007 dentro de los 6 meses siguientes a la expedición de la presente Ley, el Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el consejo nacional de talento humano en salud, deberá crear una especialidad médica que estudie la alimentación humana su relación con los procesos químicos, biológicos y metabólicos, así como su relación con la composición corporal, para la atención de enfermedades por sobrepeso y obesidad.

Título Cuarto
Capítulo Único
Sanciones

Artículo 10. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá sus funciones de vigilancia y control frente a las entidades que no ofrezcan la atención integral a las personas objeto del presente proyecto.

Título Quinto
Disposiciones Transitorias

Artículo 11. Vigencia. La presente ley entrará en vigor a partir de su publicación en el Diario Oficial y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.



CARLOS EDUARDO ACOSTA LOZANO
Representante a la Cámara



JAIRO HUMBERTO CRISTO CORREA
Representante a la Cámara

CONTENIDO

Gaceta número 475 - Viernes, 21 de mayo de 2021

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PONENCIAS

	Págs.
Informe de ponencia para segundo debate, texto propuesto y texto definitivo aprobado en primer debate al Proyecto de ley número 017 de 2020 Cámara, por medio de la cual se optan normas para mejorar la atención, el diagnóstico y el tratamiento oportuno de los pacientes con accidentes cerebrovasculares y se dictan otras disposiciones.....	1
Informe de ponencia para segundo debate, texto propuesto y texto aprobado en primer debate por la Comisión Sexta al Proyecto de ley número 178 de 2020 Cámara, por medio de la cual se crean los cupos especiales en Universidades Públicas para los estudiantes pertenecientes a las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras del país.....	11
Informe de ponencia para segundo debate en Cámara, texto propuesto y texto definitivo aprobado en primer debate al Proyecto de ley número 262 de 2020 Cámara, por medio de la cual se expide la ley general para el manejo integral al sobrepeso y la obesidad.....	17