



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXIV - N° 505

Bogotá, D. C., viernes, 11 de abril de 2025

EDICIÓN DE 20 PÁGINAS

DIRECTORES:

DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

www.secretariassenado.gov.co

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA

www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

PONENCIAS

INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE DEL PROYECTO DE LEY NÚMERO 356 DE 2024 SENADO, 225 DE 2023 CÁMARA

por medio del cual se modifica la Ley 1566 del 2012, se dan lineamientos para una política de reducción de riesgos y daños para personas que consumen sustancias psicoactivas y se dictan otras disposiciones.

INFORME DE PONENCIA

Proyecto de Ley N° 356 de 2024 Senado - 225 de 2023 Cámara "Por medio del cual se modifica la Ley 1566 del 2012, se dan lineamientos para una política de reducción de riesgos y daños para personas que consumen sustancias psicoactivas y se dictan otras disposiciones".

Señor

PRAXERE JOSE OSPINO REY

Secretario General

Comisión Séptima Constitucional

Senado de la República

Referencia: Informe de Ponencia para primer debate del Proyecto de Ley número 356 de 2024 Senado - 225 de 2023 Cámara.

Cordial saludo:

En atención a la designación de ponencia remitida por la mesa directiva de la Comisión VII del Senado de la República, nos permitimos presentar el informe de ponencia para primer debate del Proyecto de Ley N° 356 de 2024 Senado- 225 de 2023 Cámara, "Por medio del cual se modifica la Ley 1566 del 2012, se dan lineamientos para una política de reducción de riesgos y daños para personas que consumen sustancias psicoactivas y se dictan otras disposiciones".

Atentamente

MARTHA PERALTA EPIEYÚ

Senadora de la República

Coordinadora Ponente

BERÉNICE BEDOYA PÉREZ

Senadora de la República

Ponente

WILSON ARIAS

Senador de la República

Ponente

FABIAN DÍAZ PLATA

Senador de la República

Ponente

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

CONTENIDO

- Objeto del proyecto
- Trámite de la iniciativa
- Antecedentes del proyecto
- Justificación del proyecto
- Impacto Fiscal
- Conflicto de intereses
- Pliego de modificaciones
- Proposición
- Texto propuesto para tercer debate

1. Objeto del proyecto

El presente proyecto de ley tiene como objeto modificar la Ley 1566 del 2012 "por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional "entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas"" y establecer lineamientos para una política de reducción de riesgos y daños para las personas que consumen sustancias psicoactivas, a través de: i) establecer un marco conceptual y delimitación de objetivos del enfoque de salud pública de reducción de riesgos y daños en el consumo de sustancias psicoactivas; ii) incorporar la reducción de riesgos y daños y sus estrategias dentro de la política de salud pública relacionada al consumo de sustancias psicoactivas; iii) establecer lineamientos para una política de reducción de riesgos y daños en el consumo de alcohol y en establecimientos nocturnos y eventos masivos para público adulto en el país y iv) establecer objetivos para la generación de conocimiento alrededor del consumo de sustancias psicoactivas como un asunto de salud pública de interés nacional, enmarcado en la evidencia científica y la participación de la sociedad civil y la academia.

2. Trámite de la iniciativa

El Proyecto de Ley número 356 de 2024 Senado - 225 de 2023 Cámara fue radicado el día 29 de agosto de 2023 por los Honorables Congresistas: H.S. Jorge Enrique Benedetti Martelo, H.S. Sor Berenice Bedoya Pérez, H.S. Martha Isabel Peralta Epieyú, H.S. Alfredo Rafael Deluque Zuleta, H.R. Daniel Carvalho Mejía, H.R. Duvalier Sánchez Arango, H.R. Juan Carlos Lozada Vargas, H.R. Catherine Juvinao Clavijo, H.R. María del Mar Pizarro García, H.R. Juan Camilo Londoño Barrera, H.R. Cristian Danilo Avendaño Fino, H.R. Jennifer Dalley Pedraza Sandoval, H.R. Julián Peinado Ramírez, H.R. Alejandro García Ríos y H.R. Agmeth José Escaf Tijerino.

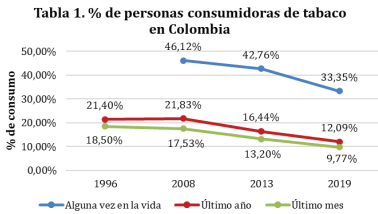
El día 4 de octubre de 2023, por instrucciones de la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes, se designó al H.R. Agmeth José Escaf Tijerino como coordinador y único ponente para primer debate del Proyecto de Ley 225 de 2023.

El Ministerio de Justicia y del Derecho, a través del radicado MJD-OFI23-0047320-SEA-30300, emitió concepto positivo al presente proyecto de ley. Destaca en este la coherencia que tiene el proyecto de ley con la Política Nacional de Drogas 2023-2033 y lo pertinente que es la iniciativa en los objetivos de la política para "mejorar la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios de orientación, de salud y de protección a los usuarios de drogas", demostrando el apoyo del Ministerio de Justicia y del Derecho a la iniciativa y sugiriendo algunas modificaciones para calificarlo.

El día 17 de noviembre de 2023 se radicó informe de ponencia y el día 20 de mayo de 2024 se aprobó con votación unánime en primer debate el Proyecto de Ley 225 de 2023. Tras la designación del HR Agmeth Escaf como ponente para segundo debate, el 19 de noviembre de 2024 fue aprobado en la Plenaria de la Cámara el proyecto de ley en referencia, el cual pasa a discusión al Senado de la República. Mediante nota interna número CSP-CS-1581-2024 del 16 de diciembre de 2024 se designó a los honorables senadores Martha Peralta, Berenice Bedoya, Fabián Díaz Plata, Wilson Arias, los cuales rinden ponencia positiva para tercer debate en la Comisión Séptima del Senado de la República. 3. Antecedentes del proyecto Colombia, siguiendo la tendencia mundial y la evidencia científica disponible y actualizada, ha abandonado el enfoque de criminalización y persecución a las personas consumidoras de sustancias psicoactivas y ha comenzado a considerar a tratar este fenómeno como un asunto de salud pública y de reconocimiento de derechos como el libre desarrollo de la personalidad, la dignidad humana y la salud de las personas. La icónica sentencia de la Corte Constitucional C-221 de 1994 estableció las bases de una línea jurisprudencial en este sentido, que ha sido seguida y desarrollada por la Corte Constitucional y la Corte Suprema de Justicia en reiteradas sentencias¹. Así mismo, en el Congreso de la República han cursado iniciativas que introducen estos enfoques a la legislación colombiana. Desde 1986, la Ley 30 que decreta el Estatuto Nacional de Estupefacientes, en su artículo 2, literal j, establece la dosis de uso personal y en el 2009 se aprueba el Acto Legislativo 02 “por el cual se reforma el artículo 49 de la Constitución Política” que busca prohibir, constitucionalmente, el porte y consumo de sustancias estupefacientes y psicotrópicas con el fin de proteger la salud de las y los colombianos. Esta prohibición es altamente cuestionada, pero su introducción en el artículo 49 que establece la atención y el saneamiento ambiental, pone el asunto del consumo de sustancias psicoactivas, en primera instancia, como un problema de salud y no de seguridad que desemboque en criminalización de las personas consumidoras. De hecho, la Corte Constitucional, en su sentencia C-574 de 2011 que analiza este acto legislativo, insta al legislador a establecer las medidas de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico como desarrollo del nuevo mandato constitucional. En el 2021, el Honorable Representante Jorge Enrique Benedetti Martelo, presentó el Proyecto de Ley 223/2021C “<i>Por medio del cual se crea un marco legal para el desarrollo de las políticas de reducción de riesgos y daños en el consumo de sustancias psicoactivas y se dictan otras disposiciones</i>”. Este proyecto contemplaba acciones encaminadas a la mitigación de riesgos y daños en el consumo de sustancias psicoactivas enfocadas, principalmente, en la edificación de una institucionalidad sólida que se encargara de esto. El Proyecto de Ley, a pesar de ser aprobado en primer debate, no surtió trámite y fue posteriormente archivado. En el año 2022, el Honorable Senador Humberto de la Calle Lombana y los Honorables Representantes Daniel Carvalho Mejía, Juan Carlos Lozada Vargas, Juan Sebastián Gómez, Jennifer Dalley Pedraza, Jaime Raúl Salamanca, Luví Katherine Miranda, Alejandro García Ríos, Olga Lucía Velásquez, Duvalier Sánchez Arango, Cristian Danilo Avendaño, Elkin Rodolfo Ospina y Julia Miranda Londoño presentaron el Proyecto de Ley Estatutaria “por medio del cual se protege los derechos fundamentales al libre desarrollo de la personalidad, la dignidad humana, y el derecho a la salud promoviendo buenas prácticas de cuidado, ¹ Sentencias Corte Constitucional C-574 del 2011, C-882 del 2011 y C-253 del 2019, Sentencia Corte Suprema de Justicia PS025-2019.	reducción de riesgos y mitigación de daños en los usos y consumos de sustancias psicoactivas en el territorio nacional”. Esta iniciativa cursó su primer debate en la comisión primera de la cámara de representantes el 21 de marzo de 2023 y fue archivado tras no cumplir con la votación requerida para la aprobación de proyectos de ley estatutaria. Este mismo año, por iniciativa de los Honorables Senadores Jorge Enrique Benedetti Martelo, Julián Gallo Cubillos, Alexander López Maya, Sor Berenice Bedoya, Alfredo Rafael Deluque y los Honorables Representantes Daniel Carvalho Mejía y Juan Carlos Lozada, presentaron el proyecto de ley “por medio de la cual se crea un marco legal para el desarrollo de las políticas de reducción de riesgos y daños en el consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales y se dictan otras disposiciones”. Esta iniciativa fue archivada por no cursar el trámite necesario en la comisión séptima del Senado de la República. a. Ley 1566 de 2012 “Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional “entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas” La Ley 1566 de 2012 de autoría del H.S. Juan Manuel Galán, tiene como objeto la protección y garantía de los derechos de las personas usuarias de sustancias psicoactivas para acceder a los beneficios del sistema de salud colombiano, recibir una atención integral y lograr mejores condiciones para una vida digna. Esta ley de la república reconoce al consumo, y los trastornos por uso de sustancias psicoactivas lícitas o ilícitas como un asunto de salud pública y de interés para proteger el bienestar de la familia, la comunidad y los individuos y, por tanto, debe tener especial atención por parte del Estado conforme a la normatividad vigente y las políticas públicas nacionales en esta materia. Si bien esta ley reconoce que existen tres sujetos de importante atención: 1) las personas que usan sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas; 2) las personas que hacen uso indebido de estas sustancias y 3) las personas que tienen un trastorno por dependencia asociada a estas -como bien la literatura disponible lo plantea-, el desarrollo de su articulado se centra en la atención en salud a las personas con algún tipo de consumo problemático de las sustancias psicoactivas y en la promoción de la salud y la prevención del consumo. Claramente, la aprobación de esta ley representa un avance cualitativo en la manera de abordar el consumo de sustancias psicoactivas, en especial para quienes requieren acceso a los servicios de salud, pero se ha quedado corto en habilitar estrategias y enfoques pragmáticos que ofrezcan alternativas de cuidado para las personas con un consumo activo de sustancias psicoactivas. b. Plan Nacional de Desarrollo Colombia Potencia Mundial de la Vida 2022-2026 El Plan de Desarrollo Colombia Potencia Mundial de la Vida 2022-2026 aprobado por el Congreso de la República y sancionado por el Presidente de la República como la ley 2294 del 2023, plantea una ruta para la transformación de la política de drogas en el país. En particular, el artículo 193 “<i>Formulación, adopción e implementación de una nueva política nacional de drogas</i>”, establece que la nueva política deberá centrarse en “el cuidado de la vida, la transformación territorial, la protección ambiental y la salud pública” así como la “prevención del consumo y reducción de riesgos y daños”. Así mismo, las bases que constituyen el Plan de Desarrollo y que establecen las metas y el contenido de cada uno de los objetivos del plan, desarrolla los objetivos de reducción de vulnerabilidades asociadas al consumo de sustancias psicoactivas y la protección de la salud pública siendo estos: i) la reducción de riesgos y daños en el consumidor; ii) la descriminalización del consumidor; iii) prevención del consumo en niños, niñas y adolescentes; iv) protección social de las personas que consumen sustancias
psicoactivas y, v) la atención del consumo problemático. En ese contexto, el presente proyecto de ley se alinea con los objetivos ya trazados por el Plan Nacional de Desarrollo aprobado en el 2023. 4. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO La promulgación de la Ley 1566 del 2012 supuso un avance significativo en el reconocimiento del consumo de sustancias psicoactivas como un asunto de alta relevancia en la salud pública y en que el Estado debe hacer esfuerzos para la prevención del consumo de estas sustancias, en especial a la población menor de edad. Adicionalmente, esta ley supuso un avance en garantizar que las personas que tienen consumos problemáticos o problemas en su salud debido a estos consumos sean atendidas por el Sistema de Seguridad Social en Salud - SSSG, todo esto en concordancia con las múltiples sentencias de la Corte Constitucional y en desarrollo del artículo 49 de la Constitución Política. Sin embargo, la ley se quedó corta ya que no contempla acciones para prevenir y atender los daños en la salud de aquellos usuarios de sustancias psicoactivas. La ley 1566 del 2012 desarrolla estrategias y disposiciones para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la atención de los trastornos derivados de esta, sin embargo, no desarrolló disposiciones para la reducción de riesgos y daños, la cual es sumamente pertinente para de la población que usa y consume sustancias psicoactivas en Colombia sin tener trastornos asociados a estos pero que sí buscan reducir los riesgos asociados a su consumo de sustancias, o incluso, la posibilidad de desescalar a la abstinencia si así lo desean sin que sea el objetivo último de estas estrategias. Este tipo de consumo, que resulta ser el de gran parte de la población adulta, requiere de enfoques de salud pública más pragmáticos y eficaces que la prevención del consumo y menos costosos y complejos que la atención especializada cuando ésta no es pertinente para toda la población. El enfoque de reducción de riesgos y daños ha sido probado durante años por diferentes países con resultados de eficacia en la preservación de la integridad física, el respeto por los derechos humanos y las libertades individuales y en la reducción de los efectos nocivos y los riesgos asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Este proyecto de ley introduce el enfoque de reducción de riesgos y daños sin retroceder en los avances planteados por la Ley 1566 de 2012, el marco normativo y la política pública de salud frente a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas. La implementación del enfoque de reducción de riesgos y daños se armoniza con las disposiciones proferidas por la Organización de Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud. Estas disposiciones se han resumido en las recientes Directrices Internacionales sobre Derechos Humanos y Política de Drogas publicado en el año 2019² en el que se plantea la reducción del daño como una obligación del Estado dentro de la política de drogas para la preservación de los derechos humanos. a. ¿Qué son las políticas de reducción de riesgos y daños? La “reducción de riesgos y daños” es un término general para las intervenciones destinadas a reducir los efectos negativos en salud provenientes del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y comportamientos relacionados, a través de estrategias en diferentes vías, reducir los riesgos, es decir, ² Directrices Internacionales sobre Derechos Humanos y Política de Drogas de United Nations Human Rights, ONU, OMS y UNDP. Véase en: https://www.undp.org/es/publications/directrices-internacionales-sobre-derechos-humanos-y-politica-de-drogas	disminuir la probabilidad de tener consecuencias negativas asociadas al consumo de las drogas y, por otro lado, la reducción de daños, que hace referencia a mitigar los daños que ya se han causado por el consumo Newcombe (1992). Los ejemplos más conocidos son los programas de dispensación de jeringas y las terapias de sustitución con metadona, pero el universo de estrategias varía dependiendo de las sustancias, población y tipo de consumo. En el modelo presentado por la reducción de daños las personas que usan sustancias se reconocen como sujetos de derechos y, en algunos casos, como pacientes médicos y no como criminales, ya que esto solo empeoraría sus posibilidades de superar las vulneraciones asociadas a su consumo o de mejorar sus condiciones de integridad. Al abordar la población que es usuaria de SPA como sujetos con derechos, el rol del Estado se convierte en uno de apoyo y la problemática se empieza a conceptualizar desde la salud pública. A diferencia del abstencionismo, que busca erradicar el consumo de sustancias mediante la prohibición y la criminalización, la RRD prioriza la disminución de los efectos negativos asociados al uso de drogas, sin imponer la cesación del consumo como única meta válida. Como lo señala Newcombe (1992), la reducción de daños se distingue por su enfoque basado en la salud pública y los derechos humanos, en contraposición a la perspectiva abstencionista, arraigada en modelos punitivos y de control social. Así, mientras el abstencionismo se enfoca en disminuir la prevalencia del consumo, la RRD busca optimizar las condiciones en que este ocurre para reducir los daños asociados. El enfoque de reducción de daños parte del reconocimiento de que no todos los usos de drogas conllevan el mismo nivel de riesgo. Por ello, establece una jerarquía de objetivos que permite una intervención flexible y progresiva. Según el <i>Advisory Council on the Misuse of Drugs</i> del Reino Unido (1988, 1989), las estrategias de RRD deben priorizar, en este orden progresivo: 1) eliminar los agentes causantes de los riesgos y daños del consumo de SPA, 2) promover métodos y usos menos dañinos, 3) la reducción de la cantidad de sustancia consumida y, finalmente, 4) la abstinencia, si es que el usuario decide optar por esta vía. Este modelo reconoce que cualquier paso intermedio en la reducción del riesgo es un avance positivo y contribuye a la salud pública. Desde esta perspectiva, la reducción de daños comprende diversas estrategias, que van desde intervenciones sanitarias hasta modificaciones en las políticas públicas Para evaluar el impacto de estas intervenciones, es fundamental diferenciar entre el concepto de riesgo y el de daño. El riesgo se refiere a la probabilidad de que un comportamiento de consumo derive en consecuencias adversas, mientras que el daño es la manifestación concreta de dichas consecuencias. En este sentido, es más fácil medir los cambios en los factores de riesgo que evaluar directamente los efectos a largo plazo en la salud de las personas usuarias. Como indica Newcombe (1992), “es más sencillo preguntar a los consumidores si han cambiado sus patrones de uso para reducir riesgos que evaluar de inmediato la incidencia de enfermedades o sobredosis”. Por ello, muchas políticas de RRD priorizan la identificación y modificación de conductas de alto riesgo, como la combinación de sustancias o el consumo en entornos inseguros. Cuando se consideran la cantidad de factores que deben atender las políticas de reducción de riesgos y daños (la población objetivo, la complejidad del servicio, la sustancia específica, etc.), se puede observar que existe una gran variedad en los métodos de aplicación. Es necesario no caer en la falacia de pensar que esta modalidad de atención es únicamente para los consumidores problemáticos o que solo es útil en términos de sustancias ilegales. Cuando un individuo funcional decide reducir su consumo semanal de cigarrillos o cuando decide tomar medidas para proteger su integridad al momento de beber alcohol, (no conducir bajo sus efectos, verificar la calidad de la sustancia, hidratarse más y estar en un espacio

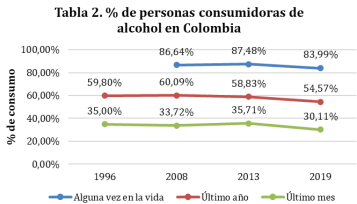
seguro) esto también se considera como reducción de riesgos y daños que pueden salvar o mejorar las condiciones de vida de las personas. <i>La reducción de riesgos y daños es una estrategia fundamental para promover la salud y el bienestar de las personas que consumen drogas, al mismo tiempo que se respeta su autonomía y sus derechos. Sin embargo, persisten desafíos, como la falta de políticas favorables y financiamiento adecuado. A medida que se impulsan reformas de políticas de drogas en la región, es crucial reconocer el valor de la reducción de daños y trabajar en la eliminación de barreras que puedan limitar su expansión. Además, la investigación continua y el desarrollo de mejores prácticas son esenciales para mantener la eficacia de esta estrategia y garantizar un abordaje equitativo y basado en evidencia en la atención a las personas que consumen drogas (Pinzón-Gómez, 2023).</i> Los estudios de Metzineres (2024) y la Fundación Ideas para la Paz –FIP– (2024) coinciden en destacar que la implementación de estrategias de reducción de riesgos y daños (RRD) en Colombia ha avanzado gracias a experiencias locales sostenidas en territorios como Pereira, Armenia y Dosquebradas, y al compromiso de algunos gobiernos locales y organizaciones comunitarias. Sin embargo, ambos informes identifican retos estructurales que limitan su sostenibilidad, entre ellos la falta de lineamientos nacionales actualizados, la débil articulación interinstitucional e intersectorial, la necesidad de fortalecer los componentes sociales y comunitarios, y la escasa financiación estable para estas acciones. Además, señalan que la atención se ha centrado principalmente en el consumo inyectado de heroína, desatendiendo otras formas de uso y poblaciones vulnerables como mujeres, migrantes y personas LGBTIQ+. Los estudios concluyen que es urgente consolidar un marco normativo y programático que reconozca la RRD como una política pública integral, articulada y basada en derechos, en línea con la nueva Política Nacional de Drogas 2023-2033 (FIP, 2024; Metzineres, 2024). La RRD es una parte del universo de posibilidades de intervención en el uso y consumo de sustancias psicoactivas, los cuales deberán responder a las necesidades particulares de los individuos y los retos en salud, salud pública y atención integral identificados por la política pública. En línea con la evidencia internacional, en la actualidad, el abordaje del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, está transitando de modelos clásicos o prohibicionistas, basados en la abstinencia como única alternativa, a modelos basados en la salud pública y los derechos humanos. Algunos de los principios de la política de drogas moderna que se desarrolla en regiones como Europa Occidental en la que incluyen acciones de reducción de riesgo y daño y se respetan, al menos en la jurisprudencia, los derechos de las personas que consumen sustancias psicoactivas. En el país las personas usuarias de SPA no se abordan como criminales sino como ciudadanos que requieren atención y el consumo se entiende como una responsabilidad de la salud pública. Sin embargo, se ha hecho muy poco para desarrollar políticas de consumo por fuera del énfasis singular en la prevención del consumo de sustancias y la abstinencia, mientras los derechos de las personas que usan drogas se caracterizan por los frecuentes choques entre las decisiones judiciales y las iniciativas impulsadas desde el poder ejecutivo y el legislativo. Todo esto sin abordar el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas desde su complejidad. Este proyecto de ley, entonces, busca contribuir en este campo, ampliando los marcos de comprensión y abordaje del consumo de sustancias psicoactivas y las intervenciones que requieren. b. Contexto internacional sobre la reducción de riesgos y daños: el papel de Colombia	En la sesión 67 de la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas, celebrada en Viena, Austria, en abril de 2024, se adoptó una resolución que reconoce la reducción del daño como una medida eficaz de política pública: “Se trató de una resolución sobre la prevención y gestión de sobredosis propuesta por Estados Unidos, desde un enfoque de “reducción de daños”, dejando de lado el prohibicionismo reflejado en la política actual de drogas. “Esto puede describirse como una resolución histórica, ya que es la primera vez que la CND reconoce explícitamente la importancia de las medidas de reducción de daños”, dijo el gobierno de Suiza en un comunicado”³. Esta fue una agenda impulsada por la delegación colombiana en Viena y apoyada por Estados Unidos, Reino Unido, Suiza y otros 38 países más. También otras organizaciones celebraron la resolución, como fue el caso de ONUSIDA: “La resolución anima a los Estados miembros a desarrollar y aplicar medidas de reducción de daños para minimizar las consecuencias adversas para la salud pública y la sociedad del uso no médico de drogas ilícitas. ONUSIDA felicita a la CND y a su Presidente por este hito histórico”⁴. Se insiste en que las políticas nacionales en materia de drogas deben potencializar las medidas de reducción del daño destinadas a prevenir y reducir al mínimo las consecuencias sanitarias y sociales adversas del consumo de drogas con fines no médicos, en particular, con el fin de prevenir y hacer frente a las sobredosis de drogas y a la no trasmisión de enfermedades entre los consumidores. c. Evidencia sobre las intervenciones de reducción de riesgos y daños El caso de Portugal y Suiza Las políticas de reducción de riesgos y daños han sido implementadas con éxito en varios países de Europa Occidental. Portugal y Suiza son ejemplos clave de cómo este enfoque puede reducir el impacto negativo del consumo de drogas en la salud pública. En los años 90, Portugal enfrentó una grave crisis de adicción a la heroína, con aproximadamente 1 de cada 100 portugueses sufriendo dependencia a esta sustancia. Como consecuencia, aumentaron las muertes por sobredosis y las tasas de VIH, tuberculosis y hepatitis B y C en personas que se inyectaban drogas. En 2001, el gobierno portugués decidió descriminalizar la posesión y el consumo de todas las sustancias ilícitas, trasladando el problema del consumo de drogas del ámbito penal al de la salud pública. En lugar de ser judicializadas, las personas sorprendidas con drogas eran remitidas a una “comisión de disuasión” conformada por un médico, un abogado y un trabajador social, quienes evaluaban la posibilidad de tratamiento o asistencia social. ³Disponible en: https://cambiocolombia.com/internacional/asi-fue-el-fin-del-consenso-de-viena-en-la-comision-de-estupe acientes-de-las ⁴ Disponible en: https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2024/march/202403_2_harm-reduction
Junto con la descriminalización, Portugal asignó mayores recursos a programas de prevención, tratamiento y reducción de daños. Tras casi dos décadas de implementación, los resultados han sido positivos: - Los niveles de consumo de drogas en la población general no aumentaron y se mantienen por debajo del promedio europeo. - Los casos de VIH en personas que se inyectan drogas cayeron de 1,016 en 2001 a 56 en 2012. - Las muertes por sobredosis disminuyeron de 80 en 2001 a 16 en 2012. Por otro lado, en Suiza, el consumo de heroína aumentó significativamente en los años 70 y 80, con un incremento en las muertes por sobredosis y los delitos relacionados con las drogas. En 1986, el país tenía la tasa más alta de VIH en Europa Occidental (500 casos por millón de habitantes), y en 1989, la mitad de los nuevos casos de VIH estaban relacionados con el consumo de drogas inyectables. Para enfrentar esta crisis, en los años 90, Suiza se convirtió en el país pionero en el tratamiento de heroína asistida (THA). En 1994, se abrió la primera clínica de heroína, donde las personas con trastornos severos de consumo podían recibir heroína de alta pureza en un entorno seguro, con supervisión médica y acceso a servicios de salud. Inicialmente, el programa generó escepticismo, pero tras evaluar su efectividad, en 2008 fue aprobado en referendo nacional. Los resultados del THA han sido notables: - Los casos de VIH y las muertes por sobredosis se redujeron en un 50%. - El consumo de heroína ilícita disminuyó significativamente. - El 73% de los pacientes ingresaron desempleados y el 69% financiaba su consumo con actividades ilegales; tras 18 meses de tratamiento, estos porcentajes bajaron a 45% y 11%, respectivamente. - Se registró una reducción de hasta el 90% en los delitos cometidos por consumidores problemáticos. DEATHS DUE TO DRUG USE IN SWITZERLAND FROM 1974 TO 2004 Un estudio del Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (OEDT) en 2012 concluyó que el tratamiento de heroína asistida mejora la salud y bienestar de los pacientes, reduce el consumo ilícito y desvincula a los usuarios de actividades delictivas. Además, los análisis de costo-beneficio demuestran	que estos programas generan ahorros significativos en salud y justicia penal, haciendo que su implementación sea sostenible. La experiencia de Portugal y Suiza evidencia que las políticas de reducción de daños no aumentan el consumo de drogas, sino que reducen sus efectos negativos en la salud pública. Estos modelos han sido efectivos porque fueron acompañados de inversión en salud, acceso a tratamiento y cambios en la percepción social sobre el consumo de drogas. En el contexto colombiano, estas experiencias sirven como referencia para estructurar un enfoque basado en la salud pública, donde el consumo problemático sea tratado como una cuestión de bienestar social y no solo como un tema de seguridad. Implementar modelos de reducción de daños en Colombia podría mejorar la salud de las personas usuarias de sustancias psicoactivas, reducir la criminalización y generar un impacto positivo en la sociedad en general. Evidencia e intervenciones de reducción de riesgos y daños en América Latina La implementación de estrategias de reducción de riesgos y daños en América Latina ha sido una respuesta clave ante los efectos negativos de las políticas represivas sobre las personas que usan sustancias psicoactivas. Estas estrategias han demostrado ser efectivas en la mejora de la calidad de vida, el acceso a servicios de salud y la reducción del impacto de enfermedades como el VIH y la hepatitis C. A continuación, algunas de las principales intervenciones, estrategias y sus resultados, con base en el documento de la Red Iberoamericana de ONG que trabajan con drogas y adicciones (RIOD, 2018). a. Intervenciones con personas habitantes en calle Una de las poblaciones más afectadas por el consumo problemático de drogas en América Latina es la de las personas en situación de calle. Enfrentando condiciones extremas de vulnerabilidad, estos grupos suelen ser excluidos de los servicios de salud y apoyo social. Ante esta realidad, diversas estrategias han sido diseñadas para brindar atención integral sin imponer la abstinencia como requisito de acceso. Un ejemplo clave es el <i>Programa De Braços Abertos</i> en São Paulo, Brasil, que combinó vivienda, empleo y atención en salud para personas consumidoras de crack. Los resultados fueron alentadores: los participantes mostraron una disminución en el consumo de la sustancia y un fortalecimiento de sus redes familiares y comunitarias (Fiore y Tofoli, 2016; Evans, 2017). En Colombia, los <i>Centros de Atención Móvil a Drogodependientes (CAMAD)</i> en Bogotá representaron un modelo exitoso al acercar servicios médicos, psicológicos y sociales a personas consumidoras de drogas en la calle, sin imponer condiciones de abstinencia. Según el Banco Interamericano de Desarrollo, esta estrategia fue una de las más innovadoras en la región, pues permitió mejorar la salud y el bienestar de sus beneficiarios (Jiménez, 2013). Estos programas demuestran que es posible reducir los daños asociados al consumo de drogas mediante un enfoque inclusivo y basado en derechos, priorizando la atención en salud y la integración social sobre la criminalización y el castigo. b. Programas de reducción de daños en poblaciones clave Las poblaciones en mayor riesgo, como personas jóvenes, mujeres, usuarios de drogas inyectables y personas privadas de libertad, han sido el foco de diversas intervenciones en la región. En Puerto Rico,

<i>Intercambios PR</i> implementó un programa de intercambio de jeringuillas que ha logrado reducir la transmisión de enfermedades infecciosas entre personas usuarias de drogas inyectables (Verter, 2018). En Buenos Aires, el <i>Programa de VIH/SIDA e ITS de San Martín</i> alcanzó a más de 1.400 personas usuarias de drogas, facilitando el acceso a pruebas diagnósticas y material de consumo seguro, lo que contribuyó a la reducción del riesgo de transmisión del VIH y la hepatitis C (Goltzman y Amorín, 2013). Asimismo, iniciativas como <i>Tirando Esquina</i> en México han promovido estrategias de autocuidado entre personas consumidoras de crack, distribuyendo material de consumo seguro y brindando asesoramiento sobre la reducción de riesgos (Gómez, 2016). En el contexto penitenciario, el proyecto <i>Psicopass</i> en Paraguay ha ofrecido espacios de apoyo y promoción de alternativas de distracción y esparcimiento, permitiendo que las personas privadas de libertad desarrollen redes de contención y acceso a información sobre consumo seguro (Fretes, 2018). Estas experiencias resaltan la importancia de diseñar intervenciones adaptadas a las realidades específicas de cada grupo, integrando la reducción de daños dentro de un marco de salud pública y derechos humanos. c. Reducción de daños en contextos de fiesta En entornos de ocio nocturno y festivales, donde el consumo de sustancias recreativas es frecuente, la reducción de daños ha sido una herramienta clave para prevenir intoxicaciones y sobredosis. Programas como <i>Échele Cabeza Cuando se De en la Cabeza</i> en Colombia han promovido estrategias de educación y análisis de sustancias en eventos masivos, permitiendo a los asistentes conocer la composición de las drogas antes de consumirlas y reducir riesgos asociados (Échele Cabeza, 2018). Según datos recopilados en estas intervenciones, la posibilidad de analizar sustancias ha llevado a que muchas personas descarten el consumo de drogas adulteradas y modifiquen sus pautas de uso. Un estudio en México reveló que más del 80% de los usuarios que accedieron al análisis de sustancias en eventos nocturnos tomaron decisiones más seguras respecto a su consumo (González, 2016). Un estudio reciente realizado en un festival de música electrónica en México evidenció la urgencia de fortalecer estas estrategias en la región. La investigación de Cruz et al. (2023) encontró que, si bien la mayoría de las sustancias analizadas contenían los compuestos esperados por los usuarios, muchas estaban adulteradas con sustancias psicoactivas no declaradas. En particular, se detectó fentanilo en el 64% de las muestras confirmadas de MDMA y en el 50% de las muestras de cocaína, lo que representa un riesgo grave de sobredosis para usuarios que no consumen opioides de manera habitual. Este hallazgo es preocupante, ya que el fentanilo es un opiode sintético 50 veces más potente que la heroína y ha sido responsable de un aumento significativo en las muertes por sobredosis en América del Norte. El análisis de sustancias se convirtió en una herramienta clave para alertar a los asistentes del festival sobre los adulterantes presentes en sus drogas. Mediante el uso de espectroscopia de infrarrojo por transformada de Fourier (FTIR) y tiras inmunoensayo para fentanilo, el estudio pudo identificar combinaciones peligrosas como MDMA mezclado con MDEA y venlafaxina, un antidepresivo que puede potenciar los efectos adversos de los estimulantes y aumentar el riesgo de síndrome serotoninérgico. Sin estos análisis, los consumidores habrían ingerido estas sustancias sin conocer sus verdaderos componentes, incrementando el riesgo de efectos adversos graves. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de institucionalizar servicios de análisis de sustancias en festivales y eventos masivos en América Latina. En países como Canadá, Reino Unido y Australia, estas estrategias	han demostrado ser efectivas para prevenir emergencias médicas y reducir el daño asociado al consumo recreativo de drogas. La experiencia mexicana confirma que sin acceso a información confiable y herramientas de análisis, los consumidores están expuestos a riesgos innecesarios, como la ingesta involuntaria de fentanilo. Implementar políticas públicas que incluyan servicios de análisis de sustancias, distribución de naloxona y campañas de prevención es fundamental para garantizar la seguridad de quienes asisten a estos espacios y minimizar los riesgos de sobredosis y efectos adversos severos. La reducción de riesgos y daños como inversión costo-efectiva en salud pública La reducción de riesgos y daños es, además de una estrategia de salud pública probada y recomendada a nivel mundial, una política altamente costo-efectiva. Diversos estudios y experiencias internacionales han demostrado que implementar programas de reducción de daños ahorra recursos significativos en los sistemas de salud al reducir la incidencia de enfermedades asociadas al consumo de sustancias psicoactivas, como el VIH y la hepatitis C. En Colombia, donde el consumo de heroína y la inyección de drogas han generado una crisis sanitaria emergente, la adopción de un enfoque de reducción de daños no solo es una necesidad ética y de salud pública, sino también una medida económicamente racional. A nivel global, la evidencia es clara sobre los beneficios financieros de estos programas. En Australia, se ha estimado que por cada dólar invertido en reducción de daños, el sistema de salud ahorra 5,50 dólares en costos médicos futuros. De manera similar, en Estados Unidos, los estudios han demostrado que por cada dólar gastado en encarcelamiento de personas consumidoras de drogas, el retorno en términos de seguridad pública es de apenas 0,30 centavos, mientras que la inversión en programas de reducción de daños y tratamiento asistido genera un impacto significativamente mayor en la disminución de riesgos y en la mejora de la calidad de vida de las personas. En términos específicos, la provisión de material estéril para la inyección de drogas tiene un costo estimado entre 23 y 71 dólares por persona al año, mientras que el tratamiento antirretroviral para una persona con VIH puede oscilar entre 141 y 481 dólares. Estos datos evidencian que prevenir la transmisión de enfermedades mediante estrategias de reducción de daños es significativamente menos costoso que tratar a personas ya infectadas. Además, implementar programas de mantenimiento con metadona, como lo han hecho países como China e Irán, no solo reduce la transmisión del VIH sino que también disminuye la criminalidad y mejora la estabilidad social de las personas beneficiarias. El acceso a jeringas (material higiénico de inyección)= (NSP) es una de las intervenciones más rentables, con costos de 23 a 71 dólares por persona al año y un retorno de hasta 5.5 dólares por cada dólar invertido en costos evitados en tratamiento de VIH/SIDA (Kwon et al., 2012). Programas en ciudades como Nueva York lograron reducir la incidencia de VIH del 4% al 1% anual, mientras que en Filipinas la falta de NSP llevó a un incremento del VIH del 0.5% al 53% en solo dos años. La reduce de sustitución de opioides (OST), aunque más costosa (363-1057 dólares por paciente al año), reduce el riesgo de adquisición del VIH en 54% y disminuye la criminalidad relacionada con el consumo de drogas, generando un retorno de inversión de hasta 20 veces su costo. En combinación con la terapia antirretroviral (ART), estas estrategias han evitado más de 12,000 infecciones de VIH en Malasia y reducido en 57% la incidencia de VIH en Ámsterdam. A pesar de la evidencia, la cobertura sigue siendo baja: solo 10% de las personas que se inyectan drogas en Europa del Este y el 8% a nivel mundial acceden a OST. La falta de financiamiento y el estigma han
limitado la expansión de estos programas, lo que incrementa los costos en tratamientos médicos y urgencias por sobredosis. Implementar estas estrategias en Colombia no solo reduciría la carga del VIH y la hepatitis C, sino que también representaría una inversión económica eficiente, disminuyendo los costos asociados a la atención médica y el sistema de justicia. La evidencia muestra que la reducción de daños no fomenta el consumo de drogas, sino que lo hace más seguro y facilita el acceso a tratamientos, generando beneficios tanto en salud pública como en sostenibilidad financiera. Más allá del ahorro en costos sanitarios, la reducción de daños se traduce en una menor presión sobre el sistema de salud, evitando hospitalizaciones por infecciones asociadas a la inyección de drogas, abscesos, sobredosis y enfermedades hepáticas avanzadas. Por ello, es fundamental que el Estado colombiano priorice la inversión en estos programas como una estrategia efectiva para reducir los gastos en salud y mejorar la calidad de vida de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas. En este sentido, el presente proyecto de ley busca consolidar un marco normativo que garantice la implementación efectiva de estos programas en el país. Determinantes sociales de la salud y reducción de daños: un enfoque integral. El impacto de los determinantes sociales en la salud es un fenómeno ampliamente documentado a nivel global. Factores como la pobreza, la inseguridad, la falta de acceso a servicios de salud y la exclusión social contribuyen al desarrollo de enfermedades crónicas y al deterioro del bienestar en poblaciones vulnerables. En el contexto colombiano, estas condiciones afectan de manera significativa a las personas que consumen sustancias psicoactivas, quienes enfrentan barreras para acceder a servicios de salud, estigmatización y un entorno que potencia los riesgos asociados al consumo. Experiencias internacionales han demostrado que la participación comunitaria es un componente fundamental en la implementación de estrategias de salud pública que aborden estas problemáticas de manera efectiva. Un ejemplo clave es el East Side Village Health Worker Partnership (ESVHWP) en Detroit, un programa de intervención comunitaria basado en la reducción de daños y la mitigación de los efectos del estrés social sobre la salud. Este modelo se centró en empoderar a los residentes locales a través de la formación de trabajadores comunitarios de salud (Village Health Workers, VHWS), quienes lideran iniciativas de reducción de riesgos, fortalecimiento de redes de apoyo y acceso a servicios de salud para mujeres, niños y familias en condiciones de vulnerabilidad. Uno de los principales hallazgos de esta experiencia es que la reducción de daños va más allá de la provisión de servicios médicos; implica transformar las condiciones estructurales que perpetúan los riesgos sanitarios. En Detroit, la falta de empleo, la inseguridad y la escasez de alimentos saludables eran factores que aumentan la vulnerabilidad de la comunidad. Para enfrentar estas problemáticas, el programa implementa estrategias como: - Organización comunitaria y liderazgo en salud pública: Se capacitó a líderes comunitarios para actuar como mediadores entre la población y los servicios de salud, facilitando el acceso a programas de reducción de daños y asistencia psicosocial. - Acciones para mejorar la seguridad y reducir el estrés urbano: Se promovió la participación en juntas comunitarias de seguridad y la cooperación con la policía para disminuir la criminalización y mejorar la respuesta institucional ante las necesidades del barrio.	- Empoderamiento económico para reducir vulnerabilidades: Se impulsaron iniciativas de microemprendimiento que permitieron a las mujeres generar ingresos, disminuyendo su dependencia de actividades ilícitas o del mercado informal de drogas. - Fortalecimiento del tejido social y acceso a servicios básicos: Se crearon espacios de convivencia y apoyo, como mercados comunitarios de alimentos saludables y clubes de actividad física, con el fin de reducir el impacto del estrés y promover hábitos saludables. Los resultados de esta intervención demostraron que la combinación de estrategias de reducción de daños con un enfoque comunitario permitió disminuir la exclusión social, mejorar la percepción de seguridad y aumentar el acceso a servicios de salud y apoyo económico. La experiencia de Detroit refuerza la necesidad de adoptar enfoques similares en Colombia, donde las personas que consumen sustancias psicoactivas enfrentan condiciones de marginación, violencia y ausencia de oportunidades económicas. d. Estado del consumo de SPA en Colombia La necesidad de fortalecer las políticas de reducción de riesgos y daños dentro de la política de salud pública en Colombia se hace evidente al analizar la situación actual del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en el país. Por ello, resulta útil revisar las cifras disponibles. Para examinar los patrones de consumo de SPA legales e ilegales, el Observatorio de Drogas de Colombia (ODC) del Ministerio de Justicia ha realizado cuatro encuestas nacionales en los años 1996, 2008, 2013 y 2019. Es importante señalar que las encuestas de 1996 y 2008 no son completamente comparables, ya que emplearon metodologías de muestreo y recolección de datos diferentes. Esto resalta la necesidad de generar información sistemática, periódica y epidemiológicamente estandarizada, como lo propone este proyecto de ley. Sin embargo, las encuestas de 2008, 2013 y 2019 sí son comparables, pues utilizaron la misma metodología. Aunque este estudio debería realizarse cada cinco años, factores burocráticos retrasaron su última aplicación hasta 2019. En cuanto a SPA legales, el estudio se enfoca en tabaco y alcohol. Respecto al tabaco, la Tabla 1 muestra la evolución de su consumo entre 1996 y 2019. Los datos indican un descenso constante en el consumo de tabaco en Colombia. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Consumo de SPA 2019, esta reducción se debe a dos factores principales: el aumento de exfumadores y la disminución del número de nuevos consumidores. A pesar de esta tendencia positiva, el 6% de las personas entre 12 y 65 años son fumadores habituales, lo que equivale a 1.380.000 personas en la fecha del estudio. El grupo con mayor prevalencia de consumo es el de 25 a 34 años, y la edad promedio de inicio es de 17 años.



Elaboración propia. Fuente: Observatorio de Drogas Colombia

Respecto al alcohol, la Tabla 2 presenta los datos sobre su consumo. Aunque el consumo de alcohol ha disminuido desde 1996, la reducción es menos pronunciada que la observada en el tabaco. A pesar de esta leve baja, la prevalencia sigue siendo alta, lo que se refleja en el número de muertes asociadas a esta sustancia. Según Medicina Legal (2022), entre 2013 y 2020 se registraron 24.723 muertes relacionadas con el alcohol, mientras que la cocaína, la segunda SPA con mayor incidencia en fallecimientos, reportó 3.469 casos en el mismo período. Esto demuestra que, a pesar de ser una sustancia legal, el alcohol tiene un impacto significativamente mayor en la mortalidad que cualquier otra SPA.



Elaboración propia. Fuente: Observatorio de Drogas Colombia

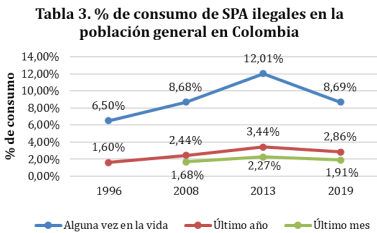
Consumo de SPA sin regulación en Colombia

A pesar de la fuerte producción interna de marihuana y cocaína, el consumo en Colombia se mantiene en niveles promedio dentro de Sudamérica. Comparado con otros países de la región, Colombia tiene una prevalencia de consumo superior a la de Venezuela, Perú y Bolivia, pero muy por debajo de Chile, Argentina, Uruguay y Brasil. Sin embargo, el consumo ha mostrado un crecimiento lento pero sostenido, especialmente entre los jóvenes.

La Tabla 3 resume los datos sobre el consumo de SPA ilegales en la población general (12 a 65 años). Entre 1996 y 2013, el consumo aumentó significativamente:

- La categoría "alguna vez en la vida" pasó de 6,5% en 1996 a 12,1% en 2013.
- El consumo en el "último año" se duplicó, de 1,6% en 1996 a 3,44% en 2013.
- El consumo en el "último mes" creció de 1,68% en 2008 a 2,27% en 2013.

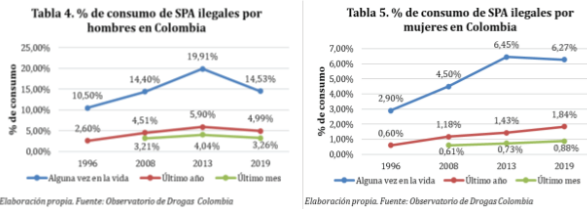
Sin embargo, en 2019 se observó una leve reducción en todas las categorías. En particular, el consumo "alguna vez en la vida" disminuyó en 3,3 puntos porcentuales, el consumo en el "último año" bajó 0,5 puntos porcentuales y el del "último mes" también tuvo una ligera disminución. Según la Encuesta Nacional de Consumo de SPA 2019, esta baja se debe a una reducción en el consumo de marihuana, la sustancia de mayor consumo en el país.



Elaboración propia. Fuente: Estudio Nacional de Consumo de SPA de Colombia 2019

Consumo por género y grupos etarios
La Tabla 4 presenta los datos de consumo en hombres, mientras que la Tabla 5 muestra los de mujeres.

Los hombres presentan una mayor prevalencia de consumo en todas las categorías. Aunque muestran



Elaboración propia. Fuente: Observatorio de Drogas Colombia

Elaboración propia. Fuente: Observatorio de Drogas Colombia

reducciones en el consumo "alguna vez en la vida", el consumo reciente se mantiene estable.

En las mujeres, en cambio, se observa una tendencia opuesta. Entre 2013 y 2019, el consumo en el "último año" subió de 1,43% a 1,84%, y en el "último mes" aumentó en 0,15 puntos porcentuales. Esto concuerda con el Informe Mundial sobre Drogas 2022 de la ONU, que señala que, aunque los hombres consumen más, las tasas de consumo en mujeres están creciendo más rápido.

Además, las mujeres que se inyectan drogas son más vulnerables a VIH y hepatitis C, presentan mayor incidencia de depresión y ansiedad, y enfrentan mayores barreras de acceso a tratamiento. Por ello, las políticas de reducción de daños deben incluir un enfoque de género para garantizar acceso equitativo y mitigar estos riesgos.

En términos de edad, la Tabla 41 muestra que el grupo con mayor consumo es el de 18 a 24 años (7,47%), seguido por el de 25 a 34 años (5,02%). Además, el 25% de los consumidores iniciaron su uso a los 15 años o antes, lo que resalta la importancia de intervenciones preventivas.

Tabla N° 41: Consumo reciente (prevalencia último año#) de cualquier sustancia ilícita según grupos de edad (años).

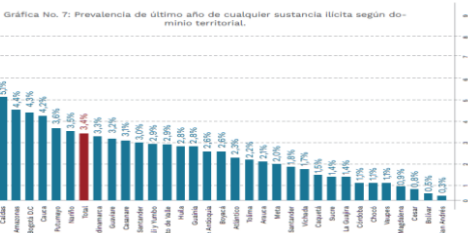
Grupos de edad	%	Intervalo de confianza (%)	Número de consumidores	Intervalo de confianza (casos)
12-17	2,50	1,80 - 3,20	76.419	54.897 - 97.942
18-24	7,47	6,61 - 8,34	279.544	245.615 - 313.473
25-34	5,02	4,43 - 5,60	262.076	230.899 - 293.253
35-44	2,23	1,83 - 2,63	100.101	82.291 - 117.912
45-65	1,09	0,86 - 1,32	78.871	62.397 - 95.345
Total	3,36	3,11 - 3,60	797.012	738.992 - 855.032

Prevalencias de último año incluyen las siguientes sustancias: marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, Heroína, analgésicos opioides, inhalables, dick, Popper, LSD y otros alucinógenos

Fuente: Estudio Nacional de Consumo de SPA, Observatorio de Drogas Colombiano (2019).

Consumo por ubicación geográfica y evolución de nuevas sustancias

La Gráfica 7 evidencia una alta variabilidad en la prevalencia de consumo según la región. Medellín, Quindío y Risaralda presentan los mayores índices, mientras que Córdoba, Bolívar y Chocó tienen las tasas más bajas.



Fuente: Estudio Nacional de Consumo de SPA, Observatorio de Drogas Colombiano (2019).

La Tabla 85 muestran que las SPA más consumidas en Colombia son alcohol y tabaco, seguidas por marihuana, cocaína y tranquilizantes sin prescripción.

El consumo de éxtasis y 2CB ha crecido especialmente entre jóvenes de 18 a 29 años, principalmente en eventos y festivales. Según el ODC (2021) y la Corporación Acción Técnica Social (ATS, 2021), estas sustancias tienen altos niveles de adulteración, lo que subraya la necesidad de programas de testeo de sustancias para prevenir intoxicaciones.

Además, la encuesta no analizó el consumo de nuevas sustancias como el "tusi" (tusibi) y el NBOME, que han sido monitoreadas por iniciativas como Échele Cabeza (ATS) a través de alertas tempranas sobre tendencias emergentes.

servicios de parte de las EAPB está sujeta a todas las dificultades que con frecuencia se presentan en estas organizaciones: excesivas barreras para acceder a servicios y sustancias como la metadona, agotamiento de cupos en centro de tratamiento, falta de personal calificado, etc. Si se suman estas dificultades a otras problemáticas que afectan esta coyuntura como la marginalización social, la falta de recursos públicos y el déficit de legitimidad de la reducción de daños en ciertos sectores afines al prohibicionismo, es posible entender cómo los consumidores del país todavía no gozan de un acceso confiable a estos servicios. En consideración de su extrema importancia, es por esto que el Gobierno Nacional debe impulsar esfuerzos paralelos para articular la reducción de riesgos y daños como una política de Estado que incluya y complemente los servicios del SGSSS. Conclusiones sobre el consumo de SPA y el estado de la reducción de riesgos y daños Los grupos etarios jóvenes están presentando altos niveles de consumo de alcohol, tabaco, marihuana y cocaína, al igual que una explosión en la popularidad de las drogas de síntesis. Aparte de las crecientes cifras de prevalencia nacional, también se puede ver esto en estudios de la OEA a nivel regional. Al tomar esta perspectiva regional se puede ver cómo el posicionamiento de los jóvenes en Colombia está subiendo en comparación a otros países de la región. Adicionalmente, si se observan los indicadores a través del tiempo, es claro que las prevalencias para estos grupos están estabilizándose o en pleno aumento, en ningún caso se puede observar una disminución significativa⁸. La situación que se acaba de describir es problemática por muchas razones. Primero que todo, Colombia es un país con una sobreproducción de drogas ilícitas, principalmente marihuana y cocaína. Por ende, hay una gran cantidad de oferta para satisfacer cualquier incremento en la demanda. Colombia ya es un país en donde conseguir sustancias ilícitas a un precio barato es increíblemente fácil. Colombia es el país del mundo con la cocaína y la heroína más barata en su relación costo beneficio según La Encuesta Mundial de Drogas (GDS, 2018). En segundo lugar, las corrientes de pensamiento con mayor evidencia disponible han enfatizado que el consumo experimental de SPA tiene más probabilidad en volverse problemático cuando la gente empieza su consumo a una edad más temprana, como está ocurriendo ahora⁹. En concordancia con los índices de consumo presentados, es probable que la cantidad de consumidores problemáticos en Colombia esté en aumento. Adicionalmente, es claro como problemáticas específicas como el consumo de heroína también están en aumento. Ante esta coyuntura, el Estado debe empezar a reconocer ciertas realidades sobre sus esfuerzos hasta el momento y también plantear una nueva ruta hacia el futuro. Lo primero que se debe reconocer es la realidad sobre el poder de injerencia del Estado en los índices de consumo del país. Al momento, es claro que los esfuerzos por promover la prevención y la abstinencia no han dado resultados satisfactorios. Pareciera ser que las fuerzas socioculturales que llevan hacia un alza en el consumo de SPA son más fuertes que cualquier esfuerzo pedagógico por parte del estado. Esto no quiere decir que el Estado deba abandonar estos esfuerzos, no obstante, si es necesario empezar a aceptar ciertas realidades. Por ejemplo, es fundamental entender que el consumo de las SPA es un fenómeno con fines terapéuticos que alivia el displacer de la vida cotidiana o también aceptar que hay una serie de indicadores de alta ⁸ Observatorio Interamericano sobre Drogas (OID) (abril, 2019) Informe sobre el consumo de drogas en las Américas. Retrieved February 2020 ⁹ National Institute on Drug Abuse. (n.d.). Drug Misuse and Addiction. Retrieved January 27, 2020, from https://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/drug-misuse-addiction.	importancia los cuales no reciben suficiente atención por cuenta de nuestra miopía en torno a las prevalencias de consumo de la población general. El primer paso que se debe dar en este sentido es la articulación de un marco regulatorio para el desarrollo e implementación de la reducción de riesgos y daños de manera que este paradigma sea reconocido por sus propios méritos; el mejoramiento en la calidad de vida y salud de los consumidores, y no como un simple apéndice a la política de prevención del consumo de SPA. En la actualidad, el Estado colombiano carece de legislación que establezca estos principios, y solamente se han establecido obligaciones en términos de competencias y en la prestación de servicios a través de resoluciones ejecutivas, pero aún no se ha desarrollado el lado teórico y normativo por medio del legislativo. La creación de un marco regulatorio para la reducción de riesgos y daños es una necesidad para establecer el desarrollo y posicionamiento que merece este paradigma dentro de las políticas de salud y de salud pública de Colombia. Sin embargo, más allá de consideraciones de articulación, la legitimidad de este modelo debe ser reconocida en su totalidad. Equiparar el modelo de la reducción de riesgos daños con la visión clásica de la prevención y la abstinencia tendrá un valor pedagógico fuerte, ya que forzará a los elementos prohibicionistas de la clase política a reconocer los derechos de los consumidores, similarmente a como ocurrió en Portugal. En muchos sentidos, es la mejor estrategia para educar a la sociedad para enfrentar. En conclusión, las políticas de reducción de riesgos y daños ofrecen alternativas de atención y principios normativos que se necesitan con urgencia en la política de prevención y mitigación del consumo de drogas del país. Sin embargo, su implementación hasta ahora no ha sido satisfactoria. Hace falta un marco regulatorio que establezca los principios detrás de la aplicación de este paradigma de cuidado en el país, marque una hoja de ruta clara para la implementación y desarrollo de estas políticas e instaure la equivalencia del modelo de la reducción de riesgos y daños con el modelo clásico de la prevención y abstinencia, además de que involucre a los actores de la sociedad corresponsables y establezca la necesidad de generar conocimiento alrededor de este tema. A través de la presente ley se busca subsanar este vacío legislativo y de esta manera darle un fuerte impulso a la adopción de estas políticas en el país. BIBLIOGRAFÍA Acción Técnica Social (ATS). (2021). <i>Informe de análisis de sustancias psicoactivas: Programa Échele Cabeza</i>. Recuperado de https://www.echelecabeza.com Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), Organización de los Estados Americanos (OEA). (2019). <i>Informe sobre el consumo de drogas en las Américas 2019</i>. OEA. Recuperado de http://www.cicad.oas.org/main/pubs/Informe%20sobre%20el%20consumo%20de%20drogas%20en%20las%20Am%C3%A9ricas%202019.pdf Congreso de la República de Colombia. (2012). <i>Ley 1566 de 2012</i>. “Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional ‘entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas’”. Recuperado de https://www.secretariasenado.gov.co/ Congreso de la República de Colombia. (2023). <i>Plan Nacional de Desarrollo Colombia Potencia Mundial de la Vida 2022-2026</i>. Ley 2294 de 2023. Recuperado de https://www.dnp.gov.co/ Elementa DDHH. (2022). <i>Radiografía sobre la política de drogas en Colombia 2018-2022</i>. Elementa DDHH. Recuperado de https://www.elementaddhh.org/
— European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2011). <i>Drug Policy Profiles —Portugal</i>. Recuperado de https://www.emcdda.europa.eu/ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2012). <i>Heroin-Assisted Treatment in Switzerland</i>. Recuperado de https://www.emcdda.europa.eu/ Ferreira, S. (2017). <i>Portugal's radical drugs policy is working. Why hasn't the world copied it?</i>. The Guardian. Recuperado de https://www.theguardian.com Fox, M. (2018). <i>Why would anyone cut heroin with fentanyl? It's cheap, these researchers say</i>. NBC News. Recuperado de https://www.nbcnews.com/storyline/americas-heroin-epidemic/why-would-anyone-cut-heroin-fentanyl-it-s-cheap-these-n943796 Fundación Ideas para la Paz (FIP). (2024). <i>Estrategia de incidencia y gestión interinstitucional para avanzar en la reducción de daños para personas que consumen sustancias psicoactivas</i>. FIP, COPOLAD III, Episteme Social. Global Drug Survey (GDS). (2018). <i>La Encuesta Mundial de Drogas</i>. Recuperado de https://www.globaldrugsurvey.com/ Killias, M., & Aebi, M. F. (2000). <i>The impact of heroin prescription on heroin markets in Switzerland</i>. Crime Prevention Studies, 11. Ministerio de Justicia y del Derecho de Colombia. (2019). <i>Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2019</i>. Observatorio de Drogas de Colombia (ODC). Recuperado de https://www.minijusticia.gov.co Ministerio de Justicia y del Derecho de Colombia. (2021). <i>Boletín de monitoreo del mercado de drogas de síntesis en Colombia</i>. Observatorio de Drogas de Colombia (ODC). Naciones Unidas. (2019). <i>Directrices Internacionales sobre Derechos Humanos y Política de Drogas</i>. United Nations Human Rights, Organización de Naciones Unidas (ONU), Organización Mundial de la Salud (OMS) y Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDP). Recuperado de https://www.undp.org/es/publications/directrices-internacionales-sobre-derechos-humanos-y-politica-d-e-drogas National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2020). <i>Opioid Overdose Crisis</i>. Recuperado de https://www.drugabuse.gov/drug-topics/opioids/opioid-overdose-crisis National Institute on Drug Abuse (NIDA). (n.d.). <i>Drug Misuse and Addiction</i>. Recuperado de https://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/drug-misuse-addiction Observatorio Interamericano sobre Drogas (OID). (2019). <i>Informe sobre el consumo de drogas en las Américas</i>. OEA-CICAD. Ojeda, S., & Roig, A. (2024). <i>Estrategias de reducción de daños en Cúcuta, Pereira, Dosquebradas, Medellín y Armenia (Colombia): una mirada desde la interseccionalidad</i>. COPOLAD, Ministerio de Justicia de Colombia, Metzineres y Episteme Social. Organización de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). (2022). <i>World Drug Report 2022</i>. Recuperado de https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr.html Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). <i>Heroin-Assisted Treatment in Switzerland</i>. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Recuperado de https://www.emcdda.europa.eu/ Peter Reuter & Domenic Schnoz. (2009). <i>Assessing Drug Problems and Policies in Switzerland</i>. Pinzón, Carolina. (2023) Prevención de riesgos y Reducción de daños: abordaje, conceptos y estrategias. CESED, Universidad de los Andes. Bogotá. Specter, M. (2011). <i>Getting a Fix</i>. The New Yorker, October 10. Susana Ferreira. (2017). <i>Portugal's radical drugs policy is working. Why hasn't the world copied it?</i>. The Guardian.	The Global Initiative for Drug Policy Reform. (n.d.). <i>Switzerland</i>. Recuperado de https://www.reformdrugpolicy.com/ Transform Drug Policy Foundation. (2012). <i>Drug Decriminalization in Portugal: Setting the Record Straight</i>. Recuperado de https://transformdrugs.org/ United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2022). <i>World Drug Report 2022</i>. Recuperado de https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr.html 5. IMPACTO FISCAL El artículo 7° de la Ley 819 de 2003 prevé que la exposición de motivos de los proyectos de ley que ordenen gasto u otorguen beneficios tributarios deberán contener un análisis de impacto fiscal que debe ser compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo. Asimismo, consagra que el Ministerio de Hacienda y Crédito Público debe rendir concepto en el que estudie el impacto fiscal de la iniciativa. En el presente caso, se considera que el proyecto de ley no ordena gastos al Ejecutivo ni tampoco otorga beneficios tributarios, de modo que no hay lugar a realizar el análisis de impacto fiscal. De cualquier modo, de llegarse a concluir que sí debe adelantarse dicho estudio, el mismo puede realizarse durante el trámite legislativo de la iniciativa y el concepto del Ministerio de Hacienda y Crédito Público puede allegarse en cualquier momento. Algunas de las acciones propuestas en el proyecto de ley como son la realización de encuestas y estudios sobre el consumo de sustancias psicoactivas y el fortalecimiento del Sistema de Alertas Tempranas son acciones que ya el Estado Colombiano y sus instituciones gubernamentales realizan y están contemplados en los sistemas de planeación del sector justicia, por lo que no implica impacto fiscal adicional. El proyecto reglamenta fines, principios y objetivos de dichas acciones. Por último, es importante señalar que el concepto que eventualmente emita el Ejecutivo “no obliga a las células legislativas a acoger su posición, sin embargo, sí genera una obligación en cabeza del Congreso de valorarlo y analizarlo”. De ahí que una eventual oposición gubernamental al proyecto por razones fiscales no significa que el mismo necesariamente deba ser archivado por tales motivos. 6. CONFLICTO DE INTERÉS El artículo 291 de la ley 5 de 1992, modificado por la ley 2003 de 2019, establece a los autores de proyectos de ley la obligación de presentar en 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 con el fin de ser 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 se puedan encontrar. Así las cosas, es preciso afirmar que no se configuran los beneficios particular, actual y directo de los que trata el artículo 286 de la ley 5 de 1992, modificado por el artículo 1 de la ley 2003, según los cuales se debe confirmar que i) la decisión pueda afectar de manera positiva mediante la asignación de un beneficio económico, privilegio, ganancia económica, ii) de manera directa al congresista de la república, su cónyuge o compañera/o permanente o sus parientes hasta segundo grado de consanguinidad y afinidad o primero civil, iii) de manera actual y concreta al momento de la discusión y votación del proyecto, es decir, que no se trate de una ganancia futura o hipotética. De acuerdo con el panorama esbozado anteriormente, un proyecto cuyo objeto es proteger los derechos fundamentales al libre desarrollo de la personalidad, la dignidad y la salud de los colombianos conforme

	PLIEGO DE MODIFICACIONES <table><tr><th>Texto definitivo Plenaria Cámara de Representantes</th><th>Texto propuesto para tercer debate</th><th>Justificación</th></tr><tr><td>Título: Por medio del cual se modifica la Ley 1566 del 2012, se dan lineamientos para una política de reducción de riesgos y daños para personas que consumen sustancias psicoactivas y se dictan otras disposiciones.</td><td>SIN MODIFICACIONES</td><td></td></tr><tr><td>ARTÍCULO 1°. Objeto. La presente tiene por objeto modificar la Ley 1566 del 2012 y establecer lineamientos y acciones para una política de reducción de riesgos y daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Estos lineamientos y acciones complementarán la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas y la Política Nacional de Drogas, la cual estará basada en los derechos humanos, la salud pública y la inclusión social, garantizando un enfoque sociosanitario integral y diferencial para poblaciones en especial condición de vulnerabilidad. También deberá incluir el fortalecimiento de capacidades institucionales y comunitarias para la prevención y atención oportuna de los problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas</td><td>ARTÍCULO 1°. Objeto. La presente tiene por objeto modificar la Ley 1566 del 2012 y establecer lineamientos y acciones para una política de reducción de riesgos y daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Estos lineamientos y acciones complementarán la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas y la Política Nacional de Drogas, la cual estará basada en los derechos humanos, la salud pública, <u>la participación</u> y la inclusión social, garantizando un enfoque sociosanitario integral y diferencial para poblaciones en especial condición de vulnerabilidad. También deberá incluir el fortalecimiento de capacidades institucionales y comunitarias para la prevención y atención oportuna de los problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas</td><td></td></tr><tr><td>ARTÍCULO 2°. Reducción del riesgo y del daño. La política de reducción de riesgos y daños en el uso y consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas se reconocerá como un enfoque de salud pública transversal y de atención integral necesario para preservar la salud e integridad de los habitantes de la nación, abordando los aspectos</td><td>ARTÍCULO 2°. Reducción del riesgo y del daño. La política de reducción de riesgos y daños en el uso y consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas se reconocerá como un enfoque de salud pública transversal y de atención integral necesario para preservar la salud e integridad de los habitantes de la nación, abordando los aspectos sociales y culturales del</td><td>Se ajusta la redacción por términos redundantes. Se agrega sociosanitarios a los servicios contemplados en los objetivos de la reducción de riesgos y daños según lo</td></tr></table>	Texto definitivo Plenaria Cámara de Representantes	Texto propuesto para tercer debate	Justificación	Título: Por medio del cual se modifica la Ley 1566 del 2012, se dan lineamientos para una política de reducción de riesgos y daños para personas que consumen sustancias psicoactivas y se dictan otras disposiciones.	SIN MODIFICACIONES		ARTÍCULO 1°. Objeto. La presente tiene por objeto modificar la Ley 1566 del 2012 y establecer lineamientos y acciones para una política de reducción de riesgos y daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Estos lineamientos y acciones complementarán la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas y la Política Nacional de Drogas, la cual estará basada en los derechos humanos, la salud pública y la inclusión social, garantizando un enfoque sociosanitario integral y diferencial para poblaciones en especial condición de vulnerabilidad. También deberá incluir el fortalecimiento de capacidades institucionales y comunitarias para la prevención y atención oportuna de los problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas	ARTÍCULO 1°. Objeto. La presente tiene por objeto modificar la Ley 1566 del 2012 y establecer lineamientos y acciones para una política de reducción de riesgos y daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Estos lineamientos y acciones complementarán la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas y la Política Nacional de Drogas, la cual estará basada en los derechos humanos, la salud pública, <u>la participación</u> y la inclusión social, garantizando un enfoque sociosanitario integral y diferencial para poblaciones en especial condición de vulnerabilidad. También deberá incluir el fortalecimiento de capacidades institucionales y comunitarias para la prevención y atención oportuna de los problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas		ARTÍCULO 2°. Reducción del riesgo y del daño. La política de reducción de riesgos y daños en el uso y consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas se reconocerá como un enfoque de salud pública transversal y de atención integral necesario para preservar la salud e integridad de los habitantes de la nación, abordando los aspectos	ARTÍCULO 2°. Reducción del riesgo y del daño. La política de reducción de riesgos y daños en el uso y consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas se reconocerá como un enfoque de salud pública transversal y de atención integral necesario para preservar la salud e integridad de los habitantes de la nación, abordando los aspectos sociales y culturales del	Se ajusta la redacción por términos redundantes. Se agrega sociosanitarios a los servicios contemplados en los objetivos de la reducción de riesgos y daños según lo
Texto definitivo Plenaria Cámara de Representantes	Texto propuesto para tercer debate	Justificación											
Título: Por medio del cual se modifica la Ley 1566 del 2012, se dan lineamientos para una política de reducción de riesgos y daños para personas que consumen sustancias psicoactivas y se dictan otras disposiciones.	SIN MODIFICACIONES												
ARTÍCULO 1°. Objeto. La presente tiene por objeto modificar la Ley 1566 del 2012 y establecer lineamientos y acciones para una política de reducción de riesgos y daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Estos lineamientos y acciones complementarán la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas y la Política Nacional de Drogas, la cual estará basada en los derechos humanos, la salud pública y la inclusión social, garantizando un enfoque sociosanitario integral y diferencial para poblaciones en especial condición de vulnerabilidad. También deberá incluir el fortalecimiento de capacidades institucionales y comunitarias para la prevención y atención oportuna de los problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas	ARTÍCULO 1°. Objeto. La presente tiene por objeto modificar la Ley 1566 del 2012 y establecer lineamientos y acciones para una política de reducción de riesgos y daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Estos lineamientos y acciones complementarán la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas y la Política Nacional de Drogas, la cual estará basada en los derechos humanos, la salud pública, <u>la participación</u> y la inclusión social, garantizando un enfoque sociosanitario integral y diferencial para poblaciones en especial condición de vulnerabilidad. También deberá incluir el fortalecimiento de capacidades institucionales y comunitarias para la prevención y atención oportuna de los problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas												
ARTÍCULO 2°. Reducción del riesgo y del daño. La política de reducción de riesgos y daños en el uso y consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas se reconocerá como un enfoque de salud pública transversal y de atención integral necesario para preservar la salud e integridad de los habitantes de la nación, abordando los aspectos	ARTÍCULO 2°. Reducción del riesgo y del daño. La política de reducción de riesgos y daños en el uso y consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas se reconocerá como un enfoque de salud pública transversal y de atención integral necesario para preservar la salud e integridad de los habitantes de la nación, abordando los aspectos sociales y culturales del	Se ajusta la redacción por términos redundantes. Se agrega sociosanitarios a los servicios contemplados en los objetivos de la reducción de riesgos y daños según lo											
a la Constitución Política de Colombia y a través de disposiciones y acciones que le permitan al Estado, a los individuos y a la sociedad promover buenas prácticas de cuidado, reducir riesgos y mitigar daños en los usos y consumos de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas en el territorio, lo cual genera un beneficio que redunde en un interés general y sobre el cual tiene acceso el grueso de la sociedad sin discriminación alguna. Así las cosas, y tal como lo establece el artículo 286 del reglamento del Congreso, no habrá conflicto de interés <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> No obstante lo anterior, la decisión es meramente personal en cuanto a la consideración de hallarse inmerso en un conflicto de interés, por lo cual dejamos a criterio de los Honorables Senadores basado en la normatividad existente y a juicio de una sana lógica.													

	<table><tr><th>Texto definitivo Plenaria Cámara de Representantes</th><th>Texto propuesto para tercer debate</th><th>Justificación</th></tr><tr><td>sociales y culturales del consumo con el fin de reducir las afectaciones derivadas del consumo de sustancias psicoactivas. Su implementación considerará estrategias basadas en la evidencia científica, la concurrencia de esfuerzos estatales para la atención integral y enfoques interseccionales diferenciados de acuerdo con las necesidades y los contextos sociales, las dinámicas de consumo de sustancias psicoactivas y las necesidades sociales y de salud pública. Este enfoque complementará y no reemplazará los esfuerzos estatales respecto a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, y estará en armonía con la normatividad que protege a los niños, niñas y adolescentes del consumo de sustancias psicoactivas. La política de reducción de riesgos y daños deberá centrarse en el cuidado y la protección de la integridad física, mental y social del individuo, teniendo en cuenta los siguientes objetivos: a) Propender por el acceso a la información adecuada y oportuna sobre buenas prácticas de cuidado, herramientas e información para la reducción del riesgo y del daño. b) Monitorear y alertar eventuales riesgos químicos y de salud pública por el consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas que estén en circulación en territorios específicos. c) Garantizar el adecuado acceso a los servicios de salud para las personas que consumen sustancias</td><td>consumo con el fin de reducir las afectaciones asociados añ derivadas del consumo de sustancias psicoactivas <u>buscando el mejoramiento de la calidad de vida de las personas</u>. Su implementación considerará estrategias basadas en la evidencia científica, la concurrencia de esfuerzos estatales para la atención integral y enfoques interseccionales diferenciados de acuerdo con las necesidades y los contextos sociales, las dinámicas de consumo de sustancias psicoactivas y las necesidades sociales y de salud pública <u>en cada territorio</u>. Este enfoque complementará y no reemplazará los esfuerzos estatales respecto a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, y estará en armonía con la normatividad que protege a los niños, niñas y adolescentes del consumo de sustancias psicoactivas. La política de reducción de riesgos y daños deberá centrarse en el cuidado y la protección de la integridad física, mental y social del individuo <u>con en la intervención en su entorno comunitario y poblacional</u>, teniendo en cuenta los siguientes objetivos: a) Propender por el acceso a la información adecuada y oportuna sobre buenas prácticas de cuidado, herramientas e información para la reducción del riesgo y del daño. b) Monitorear y alertar eventuales riesgos químicos y de salud pública por el consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas que estén en circulación en territorios específicos. c) Garantizar el adecuado acceso a los servicios <u>sociales, sociosanitarios</u></td><td>propuesto por el concepto de Ministerio de la Igualdad y la Equidad.</td></tr></table>	Texto definitivo Plenaria Cámara de Representantes	Texto propuesto para tercer debate	Justificación	sociales y culturales del consumo con el fin de reducir las afectaciones derivadas del consumo de sustancias psicoactivas. Su implementación considerará estrategias basadas en la evidencia científica, la concurrencia de esfuerzos estatales para la atención integral y enfoques interseccionales diferenciados de acuerdo con las necesidades y los contextos sociales, las dinámicas de consumo de sustancias psicoactivas y las necesidades sociales y de salud pública. Este enfoque complementará y no reemplazará los esfuerzos estatales respecto a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, y estará en armonía con la normatividad que protege a los niños, niñas y adolescentes del consumo de sustancias psicoactivas. La política de reducción de riesgos y daños deberá centrarse en el cuidado y la protección de la integridad física, mental y social del individuo, teniendo en cuenta los siguientes objetivos: a) Propender por el acceso a la información adecuada y oportuna sobre buenas prácticas de cuidado, herramientas e información para la reducción del riesgo y del daño. b) Monitorear y alertar eventuales riesgos químicos y de salud pública por el consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas que estén en circulación en territorios específicos. c) Garantizar el adecuado acceso a los servicios de salud para las personas que consumen sustancias	consumo con el fin de reducir las afectaciones asociados añ derivadas del consumo de sustancias psicoactivas <u>buscando el mejoramiento de la calidad de vida de las personas</u> . Su implementación considerará estrategias basadas en la evidencia científica, la concurrencia de esfuerzos estatales para la atención integral y enfoques interseccionales diferenciados de acuerdo con las necesidades y los contextos sociales, las dinámicas de consumo de sustancias psicoactivas y las necesidades sociales y de salud pública <u>en cada territorio</u> . Este enfoque complementará y no reemplazará los esfuerzos estatales respecto a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, y estará en armonía con la normatividad que protege a los niños, niñas y adolescentes del consumo de sustancias psicoactivas. La política de reducción de riesgos y daños deberá centrarse en el cuidado y la protección de la integridad física, mental y social del individuo <u>con en la intervención en su entorno comunitario y poblacional</u> , teniendo en cuenta los siguientes objetivos: a) Propender por el acceso a la información adecuada y oportuna sobre buenas prácticas de cuidado, herramientas e información para la reducción del riesgo y del daño. b) Monitorear y alertar eventuales riesgos químicos y de salud pública por el consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas que estén en circulación en territorios específicos. c) Garantizar el adecuado acceso a los servicios <u>sociales, sociosanitarios</u>	propuesto por el concepto de Ministerio de la Igualdad y la Equidad.	<table><tr><th>Texto definitivo Plenaria Cámara de Representantes</th><th>Texto propuesto para tercer debate</th><th>Justificación</th></tr><tr><td>psicoactivas en caso de ser requeridos. d) Desarrollar políticas, programas y/o estrategias diferenciadas para el cuidado y protección de la salud pública y la especial atención a problemas de consumo de sustancias psicoactivas teniendo en cuenta la perspectiva étnica, de género y poblaciones en condición de vulnerabilidad. e) Otorgar herramientas que expongan los riesgos y los daños del consumo de sustancias psicoactivas, y con ello avanzar en la disuasión y prevención del consumo y la educación para el cuidado de la integridad y salud. f) Coordinar acciones con el sector social del Estado para implementar la política y atender las poblaciones vulnerables y de especial atención. g) Los demás objetivos que la política pública define con base a la evidencia científica disponible. El enfoque adoptado se enmarca en las obligaciones internacionales asumidas por Colombia, particularmente los lineamientos y/o recomendaciones internacionales sobre derechos humanos y política de drogas, asegurando la protección de los derechos humanos y la salud pública como elementos fundamentales. La implementación de esta política estará sujeta a la definición y monitoreo de indicadores de impacto en salud pública, accesibilidad a servicios, reducción de riesgos químicos y disminución del estigma hacia las personas consumidoras, los cuales serán definidos por el Ministerio de Salud</td><td><u>integrales</u>, de salud y <u>salud mental</u> para las personas que consumen sustancias psicoactivas en caso de ser requeridos. d) Desarrollar políticas, programas y/o estrategias diferenciadas para el cuidado y protección de la salud pública y la especial atención al o <u>problemas de</u> consumo de sustancias psicoactivas teniendo en cuenta la perspectiva étnica, de género y poblaciones en condición de vulnerabilidad. e) Otorgar <u>Garantizar la creación de dispositivos y</u> herramientas que expongan los riesgos y los daños del consumo de sustancias psicoactivas, y con ello avanzar en la disuasión y prevención del consumo y la educación para el cuidado de la integridad y salud <u>del individuo y su entorno</u>. f) Coordinar acciones con el sector social del Estado para implementar la política y atender las poblaciones vulnerables y de especial atención. <u>g) Fortalecer capacidades y dispositivos comunitarios para la realización de acciones y estrategias de reducción de riesgos y daños en los territorios y poblaciones que más lo requieren</u> d) Los demás objetivos que la política pública define con base a la evidencia científica disponible. El enfoque adoptado se enmarca en las obligaciones internacionales asumidas por Colombia, particularmente los lineamientos y/o recomendaciones internacionales sobre derechos humanos y política de drogas, asegurando la protección de los derechos humanos y la salud pública como elementos fundamentales.</td><td></td></tr></table>	Texto definitivo Plenaria Cámara de Representantes	Texto propuesto para tercer debate	Justificación	psicoactivas en caso de ser requeridos. d) Desarrollar políticas, programas y/o estrategias diferenciadas para el cuidado y protección de la salud pública y la especial atención a problemas de consumo de sustancias psicoactivas teniendo en cuenta la perspectiva étnica, de género y poblaciones en condición de vulnerabilidad. e) Otorgar herramientas que expongan los riesgos y los daños del consumo de sustancias psicoactivas, y con ello avanzar en la disuasión y prevención del consumo y la educación para el cuidado de la integridad y salud. f) Coordinar acciones con el sector social del Estado para implementar la política y atender las poblaciones vulnerables y de especial atención. g) Los demás objetivos que la política pública define con base a la evidencia científica disponible. El enfoque adoptado se enmarca en las obligaciones internacionales asumidas por Colombia, particularmente los lineamientos y/o recomendaciones internacionales sobre derechos humanos y política de drogas, asegurando la protección de los derechos humanos y la salud pública como elementos fundamentales. La implementación de esta política estará sujeta a la definición y monitoreo de indicadores de impacto en salud pública, accesibilidad a servicios, reducción de riesgos químicos y disminución del estigma hacia las personas consumidoras, los cuales serán definidos por el Ministerio de Salud	<u>integrales</u> , de salud y <u>salud mental</u> para las personas que consumen sustancias psicoactivas en caso de ser requeridos . d) Desarrollar políticas, programas y/o estrategias diferenciadas para el cuidado y protección de la salud pública y la especial atención al o <u>problemas de</u> consumo de sustancias psicoactivas teniendo en cuenta la perspectiva étnica, de género y poblaciones en condición de vulnerabilidad. e) Otorgar <u>Garantizar la creación de dispositivos y</u> herramientas que expongan los riesgos y los daños del consumo de sustancias psicoactivas, y con ello avanzar en la disuasión y prevención del consumo y la educación para el cuidado de la integridad y salud <u>del individuo y su entorno</u> . f) Coordinar acciones con el sector social del Estado para implementar la política y atender las poblaciones vulnerables y de especial atención. <u>g) Fortalecer capacidades y dispositivos comunitarios para la realización de acciones y estrategias de reducción de riesgos y daños en los territorios y poblaciones que más lo requieren</u> d) Los demás objetivos que la política pública define con base a la evidencia científica disponible. El enfoque adoptado se enmarca en las obligaciones internacionales asumidas por Colombia, particularmente los lineamientos y/o recomendaciones internacionales sobre derechos humanos y política de drogas, asegurando la protección de los derechos humanos y la salud pública como elementos fundamentales.	
Texto definitivo Plenaria Cámara de Representantes	Texto propuesto para tercer debate	Justificación												
sociales y culturales del consumo con el fin de reducir las afectaciones derivadas del consumo de sustancias psicoactivas. Su implementación considerará estrategias basadas en la evidencia científica, la concurrencia de esfuerzos estatales para la atención integral y enfoques interseccionales diferenciados de acuerdo con las necesidades y los contextos sociales, las dinámicas de consumo de sustancias psicoactivas y las necesidades sociales y de salud pública. Este enfoque complementará y no reemplazará los esfuerzos estatales respecto a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, y estará en armonía con la normatividad que protege a los niños, niñas y adolescentes del consumo de sustancias psicoactivas. La política de reducción de riesgos y daños deberá centrarse en el cuidado y la protección de la integridad física, mental y social del individuo, teniendo en cuenta los siguientes objetivos: a) Propender por el acceso a la información adecuada y oportuna sobre buenas prácticas de cuidado, herramientas e información para la reducción del riesgo y del daño. b) Monitorear y alertar eventuales riesgos químicos y de salud pública por el consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas que estén en circulación en territorios específicos. c) Garantizar el adecuado acceso a los servicios de salud para las personas que consumen sustancias	consumo con el fin de reducir las afectaciones asociados añ derivadas del consumo de sustancias psicoactivas <u>buscando el mejoramiento de la calidad de vida de las personas</u> . Su implementación considerará estrategias basadas en la evidencia científica, la concurrencia de esfuerzos estatales para la atención integral y enfoques interseccionales diferenciados de acuerdo con las necesidades y los contextos sociales, las dinámicas de consumo de sustancias psicoactivas y las necesidades sociales y de salud pública <u>en cada territorio</u> . Este enfoque complementará y no reemplazará los esfuerzos estatales respecto a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, y estará en armonía con la normatividad que protege a los niños, niñas y adolescentes del consumo de sustancias psicoactivas. La política de reducción de riesgos y daños deberá centrarse en el cuidado y la protección de la integridad física, mental y social del individuo <u>con en la intervención en su entorno comunitario y poblacional</u> , teniendo en cuenta los siguientes objetivos: a) Propender por el acceso a la información adecuada y oportuna sobre buenas prácticas de cuidado, herramientas e información para la reducción del riesgo y del daño. b) Monitorear y alertar eventuales riesgos químicos y de salud pública por el consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas que estén en circulación en territorios específicos. c) Garantizar el adecuado acceso a los servicios <u>sociales, sociosanitarios</u>	propuesto por el concepto de Ministerio de la Igualdad y la Equidad.												
Texto definitivo Plenaria Cámara de Representantes	Texto propuesto para tercer debate	Justificación												
psicoactivas en caso de ser requeridos. d) Desarrollar políticas, programas y/o estrategias diferenciadas para el cuidado y protección de la salud pública y la especial atención a problemas de consumo de sustancias psicoactivas teniendo en cuenta la perspectiva étnica, de género y poblaciones en condición de vulnerabilidad. e) Otorgar herramientas que expongan los riesgos y los daños del consumo de sustancias psicoactivas, y con ello avanzar en la disuasión y prevención del consumo y la educación para el cuidado de la integridad y salud. f) Coordinar acciones con el sector social del Estado para implementar la política y atender las poblaciones vulnerables y de especial atención. g) Los demás objetivos que la política pública define con base a la evidencia científica disponible. El enfoque adoptado se enmarca en las obligaciones internacionales asumidas por Colombia, particularmente los lineamientos y/o recomendaciones internacionales sobre derechos humanos y política de drogas, asegurando la protección de los derechos humanos y la salud pública como elementos fundamentales. La implementación de esta política estará sujeta a la definición y monitoreo de indicadores de impacto en salud pública, accesibilidad a servicios, reducción de riesgos químicos y disminución del estigma hacia las personas consumidoras, los cuales serán definidos por el Ministerio de Salud	<u>integrales</u> , de salud y <u>salud mental</u> para las personas que consumen sustancias psicoactivas en caso de ser requeridos . d) Desarrollar políticas, programas y/o estrategias diferenciadas para el cuidado y protección de la salud pública y la especial atención al o <u>problemas de</u> consumo de sustancias psicoactivas teniendo en cuenta la perspectiva étnica, de género y poblaciones en condición de vulnerabilidad. e) Otorgar <u>Garantizar la creación de dispositivos y</u> herramientas que expongan los riesgos y los daños del consumo de sustancias psicoactivas, y con ello avanzar en la disuasión y prevención del consumo y la educación para el cuidado de la integridad y salud <u>del individuo y su entorno</u> . f) Coordinar acciones con el sector social del Estado para implementar la política y atender las poblaciones vulnerables y de especial atención. <u>g) Fortalecer capacidades y dispositivos comunitarios para la realización de acciones y estrategias de reducción de riesgos y daños en los territorios y poblaciones que más lo requieren</u> d) Los demás objetivos que la política pública define con base a la evidencia científica disponible. El enfoque adoptado se enmarca en las obligaciones internacionales asumidas por Colombia, particularmente los lineamientos y/o recomendaciones internacionales sobre derechos humanos y política de drogas, asegurando la protección de los derechos humanos y la salud pública como elementos fundamentales.													

Texto definitivo Plenaria Cámara de Representantes	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
y Protección Social en un plazo de seis meses tras la entrada en vigencia de la ley.	La implementación de esta política estará sujeta a la definición y monitoreo de <u>metas</u> indicadores de impacto en salud pública, accesibilidad a servicios, reducción de riesgos químicos y disminución del estigma hacia las personas consumidoras, los cuales serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en un plazo de seis meses tras la entrada en vigencia de la ley.	
ARTÍCULO 3°. Modifíquese el parágrafo 3 del artículo 2° de la Ley 1566 del 2012, el cual quedará así: Parágrafo 3°. Sin perjuicio de otras fuentes de financiación, se utilizarán recursos del Fondo para la Rehabilitación, Inversión Social y Lucha contra el Crimen Organizado –FRISCO– para el fortalecimiento de los programas y estrategias de reducción de riesgos y daños, prevención en salud, mitigación, superación y desarrollo institucional, que se establezcan en el marco de la Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias estupefacientes o psicotrópicas y su impacto.	ARTÍCULO 3°. Modifíquese el parágrafo 3 del artículo 2° de la Ley 1566 del 2012, el cual quedará así: Parágrafo 3°. Sin perjuicio de otras fuentes de financiación, se utilizarán recursos del Fondo para la Rehabilitación, Inversión Social y Lucha contra el Crimen Organizado –FRISCO– para el fortalecimiento de los programas y estrategias de reducción de riesgos y daños, prevención en salud, mitigación, superación y desarrollo institucional, que se establezcan en el marco de la Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias <u>psicoactivas estupefacientes o psicotrópicas</u> y su impacto.	Se utiliza el concepto de sustancias psicoactivas en vez de psicotrópicas para mantener la coherencia conceptual acorde al término utilizado por la literatura actual y los acuerdos internacionales más recientes sobre la materia.
ARTÍCULO 4°. Adiciónese un artículo nuevo a la Ley 1566 del 2012, el cual quedará así: Artículo 3A. Acciones y estrategias de reducción de riesgos y daños en el consumo de sustancias psicoactivas. Las acciones y estrategias de reducción de riesgos y daños para las personas que consumen sustancias psicoactivas deberán enmarcarse en lineamientos de política de salud, salud pública e inclusión social	ARTÍCULO 4°. Adiciónese un artículo nuevo a la Ley 1566 del 2012, el cual quedará así: Artículo 3A. Acciones y estrategias de reducción de riesgos y daños en el consumo de sustancias psicoactivas. Las acciones y estrategias de reducción de riesgos y daños para las personas que consumen sustancias psicoactivas deberán enmarcarse en lineamientos de política de salud, salud pública e inclusión social <u>y la política de drogas</u> definidas por el	Se ajusta redacción y se elimina la autorización de los recursos del FRISCO pues estos ya tienen una destinación específica.

Texto definitivo Plenaria Cámara de Representantes	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
definida por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Justicia y del Derecho y quien dirija la política social del Estado. Estas acciones y estrategias, según corresponda, deberán incluirse dentro de los planes territoriales de salud y otros instrumentos de planeación y acción que aborden el fenómeno en su integralidad. Las acciones y estrategias encaminadas a la reducción de riesgos y daños deberán incluir un <u>factor</u> psicosocial que garantice la dignidad, el bienestar y la calidad de vida de las personas que consumen sustancias psicoactivas, para tal fin el Ministerio de Igualdad y la Equidad, el Departamento Administrativo de Prosperidad Social, el Ministerio del Deporte y el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes deberán colaborar en la elaboración e implementación de la política pública. Se autoriza el uso de recursos provenientes del Fondo FRISCO para la financiación de estas iniciativas. Parágrafo 1°. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, o quienes hagan sus veces, prestarán servicios de reducción de riesgos y daños derivados del consumo de sustancias psicoactivas a través de sus programas de promoción y prevención (PYP), de conformidad con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social con cargo a los recursos destinados al financiamiento del Plan de Beneficios en Salud –PBS–.	Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Justicia y del Derecho y quien dirija la política social del Estado. Estas acciones y estrategias, según corresponda, deberán incluirse dentro de los planes territoriales de salud y otros instrumentos de planeación y acción que aborden el fenómeno en su integralidad. Las acciones y estrategias encaminadas a la reducción de riesgos y daños deberán incluir un <u>factor</u> psicosocial que garantice la dignidad, el bienestar y la calidad de vida de las personas que consumen sustancias psicoactivas, para tal fin <u>quien dirija la política social del Estado, el Ministerio de Igualdad y la Equidad, el Departamento Administrativo de Prosperidad Social, el Ministerio de Educación Nacional</u> el Ministerio del Deporte y el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes deberán colaborar en la elaboración e implementación de <u>estas estrategias y acciones, de la política pública.</u> Se autoriza el uso de recursos provenientes del Fondo FRISCO para la financiación de estas iniciativas: Parágrafo 1°. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, o quienes hagan sus veces, <u>prestarán</u> contratarán servicios de reducción de riesgos y daños derivados del consumo de sustancias psicoactivas a través de sus programas de promoción y prevención (PYP), de conformidad con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social con cargo a los recursos destinados al	

Texto definitivo Plenaria Cámara de Representantes	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
Parágrafo 2°. La reglamentación de la presente ley definirá los lineamientos y autorizaciones para que particulares desarrollen e implementen acciones y/o estrategias de reducción de riesgos y daños en el consumo de sustancias psicoactivas. Estos lineamientos deberán reconocer y considerar prioritariamente a aquellos que acrediten experiencia en la materia y reglamentar el permiso contemplado en el artículo 376 de la Ley 599 del 2000 en los casos que sea pertinente.	financiamiento del Plan de Beneficios en Salud –PBS–. Parágrafo 2°. La reglamentación de la presente ley definirá los lineamientos y autorizaciones para que particulares desarrollen e implementen acciones y/o estrategias de reducción de riesgos y daños en el consumo de sustancias psicoactivas. Estos lineamientos deberán reconocer y considerar prioritariamente a aquellos que acrediten experiencia en la materia y reglamentar el permiso contemplado en el artículo 376 de la Ley 599 del 2000 en los casos que sea pertinente.	
ARTÍCULO 5°. Modifíquese el artículo 4° de la Ley 1566 del 2012, el cual quedará así: Artículo 4°. Consentimiento informado, confidencialidad y derecho a la dignidad. Las instituciones u organizaciones que presten el servicio de atención integral al consumidor de sustancias psicoactivas, los servicios de reducción de riesgos y daños o el servicio de farmacodependencia deberán informar a la persona sobre el tipo de servicio o tratamiento ofrecido por la institución, incluyendo los riesgos y beneficios de este tipo de atención, las alternativas de otros tratamientos si los hubiese, la eficacia del tratamiento ofrecido, la duración del tratamiento, las restricciones establecidas durante el proceso de atención, los derechos del paciente y toda aquella información relevante para la persona, su familia o red de apoyo social o institucional. El servicio de atención integral y la oferta de reducción de riesgos y daños	ARTÍCULO 5°. Modifíquese el artículo 4° de la Ley 1566 del 2012, el cual quedará así: Artículo 4°. Consentimiento informado, confidencialidad y derecho a la dignidad. Las instituciones u organizaciones que presten el servicio de atención integral a <u>las personas que consumen de</u> sustancias psicoactivas, los servicios de reducción de riesgos y daños o el servicio de farmacodependencia deberán informar a la persona sobre el tipo de servicio o tratamiento ofrecido por la institución, incluyendo los riesgos y beneficios de este tipo de atención, las alternativas de otros tratamientos si los hubiese, la eficacia del tratamiento ofrecido, la duración del tratamiento, las restricciones establecidas durante el proceso de atención, los derechos del paciente y toda aquella información relevante <u>para la toma de decisiones</u> la persona, su familia o red de apoyo social o institucional. El servicio de atención integral y la oferta de reducción de riesgos y daños garantizará el derecho a la confidencialidad, la autonomía, la	Se elimina el parágrafo dado que extralimita la unidad de materia y supone una obligación obvia ya contemplada en el ordenamiento jurídico, el código de seguridad y el código penal colombiano cuya materia debe ser discutida en las comisiones primeras constitucionales.

Texto definitivo Plenaria Cámara de Representantes	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
garantizará el derecho a la confidencialidad, la dignidad y la no criminalización de las personas que consumen sustancias psicoactivas. La persona podrá revocar en cualquier momento su consentimiento y podrá interponer las quejas a las que haya lugar ante las autoridades competentes. Parágrafo. Las personas que, bajo los efectos de sustancias psicoactivas cometan delitos tipificados en el código penal colombiano deberán ser conducidas a las autoridades competentes sin perjuicio del consentimiento informado, confidencialidad y derecho a la dignidad que trata en este artículo dentro de la atención integral y los servicios de reducción de riesgos y daños	dignidad y la no criminalización de las personas que consumen sustancias psicoactivas. La persona podrá revocar en cualquier momento su consentimiento y podrá interponer las quejas a las que haya lugar ante las autoridades competentes. Parágrafo. Las personas que, bajo los efectos de sustancias psicoactivas cometan delitos tipificados en el código penal colombiano deberán ser conducidas a las autoridades competentes sin perjuicio del consentimiento informado, confidencialidad y derecho a la dignidad que trata en este artículo dentro de la atención integral y los servicios de reducción de riesgos y daños	
ARTÍCULO 6°. Reducción de riesgos y daños para el consumo de alcohol. El Gobierno Nacional a través de la Mesa Intersectorial de Alcohol establecerá lineamientos de la política de reducción de riesgos y daños para el consumo de bebidas alcohólicas y embriagantes. Estos lineamientos deberán contener obligaciones y restricciones para los actores involucrados en la fabricación, distribución y comercialización de bebidas alcohólicas en el país con el fin de reducir los riesgos y daños de su consumo para el individuo y la sociedad. Estos lineamientos buscarán la actualización de las políticas sobre consumo de alcohol en el país. Parágrafo 1. Los lineamientos de reducción de riesgos y daños para el	ARTÍCULO 6°. Reducción de riesgos y daños para el consumo de alcohol. El Gobierno Nacional a través de la Mesa Intersectorial de Alcohol establecerá lineamientos de la política de reducción de riesgos y daños para el consumo de bebidas alcohólicas y embriagantes. Estos lineamientos deberán contener obligaciones y restricciones diferenciadas para los actores involucrados en la fabricación, distribución y comercialización de bebidas alcohólicas en el país con el fin de reducir los riesgos y daños de su consumo para el individuo y la sociedad. Estos lineamientos buscarán la actualización de las políticas sobre consumo de alcohol en el país. Parágrafo 1. Los lineamientos de reducción de riesgos y daños para el consumo de alcohol serán construidos con enfoques diferenciales de género,	

Texto definitivo Plenaria Cámara de Representanes	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
consumo de alcohol serán construidos con enfoques diferenciales para las poblaciones étnicas y raciales. Parágrafo 2. Las Entidades Territoriales, podrán implementar acciones de sensibilización y prevención, priorizando los sectores con mayor incidencia y riesgo de consumo de alcohol.	para las poblaciones étnics y poblacionales y raciales. Parágrafo 2. Las Entidades Territoriales, podrán implementar acciones de sensibilización, reducción <u>de riesgos y daños y prevención</u>, priorizando los sectores con mayor incidencia y riesgo de consumo de alcohol.	
ARTÍCULO 7°. Reducción de riesgos y daños en la salud de los asistentes a los establecimientos públicos nocturnos, festivales y conciertos para público mayor de edad. Las entidades territoriales competentes establecerán lineamientos para que los establecimientos nocturnos como bares y discotecas, festivales de gran formato, conciertos y eventos masivos para público mayor de edad implementen estrategias y protocolos de reducción de riesgos y daños en el consumo de sustancias psicoactivas incluyendo las bebidas alcohólicas y embriagantes. Estos lineamientos deberán enmarcarse en la política pública de reducción de riesgos y daños definida por el Gobierno Nacional e incluirán, entre otros, protocolos y rutas de atención temprana, zonas de descanso y atención, acceso mínimo a hidratación, <u>información sobre reducción de riesgos y daños y atención para</u> las personas que presenten una situación que amerite atención inmediata y/o de primeros auxilios. Parágrafo 1°. Los lineamientos a los que hace referencia este artículo deberán establecerse diferenciadamente de acuerdo con	ARTÍCULO 7°. Reducción de riesgos y daños—en la salud—de para los asistentes a los establecimientos públicos nocturnos, festivales y conciertos para público mayor de edad. Las entidades territoriales competentes establecerán lineamientos para que los establecimientos nocturnos como bares y discotecas, festivales de gran formato, conciertos y eventos masivos para público mayor de edad implementen estrategias y protocolos de reducción de riesgos y daños en el consumo de sustancias psicoactivas incluyendo las bebidas alcohólicas y embriagantes. Estos lineamientos deberán enmarcarse en la política pública de reducción de riesgos y daños definida por el Gobierno Nacional e incluirán, entre otros, protocolos y rutas de atención temprana, zonas de descanso y atención, acceso mínimo a hidratación, <u>información sobre reducción de riesgos y daños y atención para</u> las personas que presenten una situación que amerite atención inmediata y/o de primeros auxilios. <u>En ningún caso los establecimientos nocturnos u organizadores de eventos restringirán el acceso del agua potable para los asistentes so pena de sanciones por</u>	Se corrige la redacción y se establece la restricción a los establecimientos nocturnos de limitar el acceso de agua potable deliberadamente.

Texto definitivo Plenaria Cámara de Representanes	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
los tipos de establecimiento público nocturno, festivales, conciertos y eventos masivos para público mayor de edad, considerando capacidad, dimensión y tipo de establecimiento, duración de la actividad, riesgos y prácticas de consumo y otras características que la reglamentación defina. Parágrafo 2°. Las entidades territoriales competentes establecerán estos lineamientos con participación de los integrantes del sector económico correspondiente. Parágrafo 3°. Los promotores de eventos públicos podrán promocionar y apoyar la realización de estrategias, iniciativas y/o acciones de reducción de riesgos y daños en el consumo de sustancias sicoactivas durante el desarrollo de sus eventos.	<u>incumplimiento de condiciones sanitarias y de bioseguridad establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y vigiladas por los entes territoriales.</u> Parágrafo 1°. Los lineamientos a los que hace referencia este artículo deberán establecerse diferenciadamente de acuerdo con los tipos de establecimiento público nocturno, festivales, conciertos y eventos masivos para público mayor de edad, considerando capacidad, dimensión y tipo de establecimiento, duración de la actividad, riesgos y prácticas de consumo y otras características que la reglamentación defina. Parágrafo 2°. Las entidades territoriales competentes establecerán estos lineamientos con participación de los integrantes del sector económico correspondiente. Parágrafo 3°. Los promotores de eventos públicos y <u>las entidades territoriales</u> podrán promocionar y apoyar la realización de estrategias, iniciativas y/o acciones de reducción de riesgos y daños del consumo de sustancias psicoactivas durante el desarrollo de sus eventos,	
ARTÍCULO 8°. Generación de conocimiento. El Gobierno Nacional, en cabeza del Observatorio de Drogas de Colombia del Ministerio de Justicia y del Instituto Nacional de Salud, publicará cada año un informe sobre el uso y consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas. Este informe tendrá como fin conocer los patrones de los usos	ARTÍCULO 8°. Generación de conocimiento. El Gobierno Nacional, en cabeza del Observatorio de Drogas de Colombia del Ministerio de Justicia <u>y con la concurrencia de insumos y esfuerzos</u> del Instituto Nacional de Salud, publicará cada año un informe sobre el uso y consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas. Este informe tendrá como fin conocer los patrones de los usos y consumos, e	

Texto definitivo Plenaria Cámara de Representanes	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
y consumos, e impactos de las sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas, alertar sobre los posibles riesgos químicos que estén en circulación, monitorear y actualizar información sobre nuevas sustancias psicoactivas, revisar los avances en materia de prevención, atención y reducción de riesgos y daños, entre otros. Parágrafo 1. Los informes garantizarán la inclusión de métricas consistentes y de recolección de información sistemática, periódica y epidemiológicamente estandarizada que permitan las comparaciones intertemporales y la caracterización de la población en términos de magnitud y prevalencia. Así mismo, deberán considerar, según la metodología y objetivos establecidos, información relevante de otras fuentes de información como los reportes del Sistema de Salud, Medicina Legal y las entidades territoriales, entre otras Parágrafo 2. El informe objeto del presente artículo estará fundamentado en evidencia e insumos libres de conflicto de interés en concordancia con la normatividad aplicable.	impactos de las sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas, alertar sobre los posibles riesgos químicos que estén en circulación, monitorear y actualizar información sobre nuevas sustancias psicoactivas, revisar los avances en materia de prevención, atención y reducción de riesgos y daños, entre otros. Parágrafo 1. Los informes garantizarán la inclusión de métricas consistentes y de recolección de información sistemática, periódica y epidemiológicamente estandarizada que permitan las comparaciones intertemporales y la caracterización de la población en términos de magnitud y prevalencia. Así mismo, deberán considerar, según la metodología y objetivos establecidos, información relevante de otras fuentes de información como los reportes del Sistema de Salud, Medicina Legal y las entidades territoriales, entre otras Parágrafo 2. El informe objeto del presente artículo estará fundamentado en evidencia e insumos libres de conflicto de interés en concordancia con la normatividad aplicable.	
ARTÍCULO 9°. Sistema de Alertas Tempranas (SAT). Fortalezcase el Sistema de Alertas Tempranas (SAT) del Ministerio de Justicia como mecanismo de intercambio de información que brinde apoyo con el fin de mitigar y reducir el impacto del consumo de sustancias psicoactivas de uso lícito e ilícito a partir de la oportuna detección, evaluación del riesgo y generación	ARTÍCULO 9°. Sistema de Alertas Tempranas (SAT). Fortalezcase el Sistema de Alertas Tempranas (SAT) del Ministerio de Justicia y del Derecho como mecanismo de intercambio de información que brinde apoyo con el fin de mitigar y reducir el impacto del consumo de sustancias psicoactivas de uso lícito e ilícito a partir de la oportuna detección, evaluación del riesgo y	

Texto definitivo Plenaria Cámara de Representanes	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
de información confiable dirigida a las autoridades responsables y la comunidad en general. El Sistema de Alertas Tempranas (SAT) deberá coordinar la recolección de información con las organizaciones de la sociedad civil, secretarías de salud territoriales, entidades prestadoras de salud, la academia y demás actores que representan importantes fuentes de información territorial y descentralizada sobre el fenómeno de las sustancias psicoactivas, su comportamiento en las prácticas de consumo y los riesgos químicos emergentes en el territorio nacional. El Sistema de Alertas Tempranas (SAT) deberá contar con mecanismos de actualización de información eficaces que permitan la toma oportuna de decisiones por parte de las entidades territoriales y el intercambio de conocimiento e información sobre nuevas sustancias psicoactivas y riesgos químicos emergentes con la red multidisciplinaria territorial y descentralizada de organizaciones de la sociedad civil y demás instituciones interesadas.	generación de información confiable dirigida a las autoridades responsables y la comunidad en general. El Sistema de Alertas Tempranas (SAT) deberá coordinar la recolección de información con las organizaciones de la sociedad civil, secretarías de salud territoriales, entidades prestadoras de salud, la academia y demás actores que representan importantes fuentes de información territorial y descentralizada sobre el fenómeno de las sustancias psicoactivas, su comportamiento en las prácticas de consumo y los riesgos químicos emergentes en el territorio nacional. El Sistema de Alertas Tempranas (SAT) deberá contar con mecanismos de actualización de información eficaces que permitan la toma oportuna de decisiones por parte de las entidades territoriales y el intercambio de conocimiento e información sobre nuevas sustancias psicoactivas y riesgos químicos emergentes con la red multidisciplinaria territorial y descentralizada de organizaciones de la sociedad civil y demás instituciones interesadas. Parágrafo. El Gobierno Nacional, en cabeza del Observatorio de Drogas de Colombia y <u>y con la concurrencia de insumos del</u> Instituto Nacional de Salud, realizará un análisis—reporte sobre las alertas tempranas que será incluido al informe anual sobre los usos y consumos de sustancias psicoactivas. <u>presentado El Ministerio de Justicia y el Ministerio de Salud presentarán un informe anual sobre los resultados</u> a las Comisiones Séptimas Constitucionales	
Parágrafo. El Gobierno Nacional, en cabeza del Observatorio de Drogas de Colombia y el Instituto Nacional de Salud, realizará un análisis sobre las alertas tempranas que será incluido al informe anual sobre los usos y consumos de sustancias psicoactivas y presentado a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Congreso de la República.		

Texto definitivo Plenaria Cámara de Representantes	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
	Permanentes del Congreso de la República.	
ARTÍCULO 10°. Investigación científica. El Gobierno Nacional fomentará la investigación médica y científica sobre el fenómeno de las sustancias psicoactivas legales e ilegales, su impacto en la salud y en la salud pública, las poblaciones vulnerables, la evaluación de políticas públicas y los usos médicos y científicos de sustancias con potencial. El Ministerio de Ciencia, Tecnología y la Innovación establecerá líneas de investigación y otorgamiento de becas y/o modalidades de financiamiento según su plan de acción y de acuerdo con la disponibilidad presupuestal. El Ministerio de Justicia y del Derecho o quien dirija la política de drogas, establecerá mecanismos para agilizar los trámites y permisos requeridos por parte de las universidades, centros de estudio y organizaciones que estén interesados en realizar estas investigaciones.	ARTÍCULO 10°. Investigación científica. El Gobierno Nacional fomentará la investigación médica, científica y social sobre los fenómenos <u>asociados al consumo</u> de las sustancias psicoactivas legales e ilegales, su impacto en la salud y en la salud pública, las poblaciones vulnerables, la evaluación de políticas públicas y los usos médicos y científicos de sustancias con potencial. El Ministerio de Ciencia, Tecnología y la Innovación establecerá líneas de investigación y otorgamiento de becas y/o modalidades de financiamiento según su plan de acción y de acuerdo con la disponibilidad presupuestal. El Ministerio de Justicia y del Derecho o quien dirija la política de drogas, establecerá mecanismos para agilizar los trámites y permisos requeridos por parte de las universidades, centros de estudio y organizaciones que estén interesados en realizar estas investigaciones.	
ARTÍCULO 11°. Acompañamiento de la sociedad civil y la academia. El Gobierno Nacional y las entidades territoriales competentes convocarán, por lo menos una vez al año, a las organizaciones de la sociedad civil y a la academia para que acompañen y asesoren la formulación, implementación y evaluación de políticas y estrategias de prevención, atención y reducción del riesgo y daño en el consumo de sustancias psicoactivas.	ARTÍCULO 11°. Participación Acompañamiento de la sociedad civil y la academia. El Gobierno Nacional y las entidades territoriales competentes convocarán, por lo menos una vez al año, a las organizaciones de la sociedad civil y a la academia para que <u>participen</u> , acompañen y asesoren la formulación, implementación y evaluación de políticas y estrategias de prevención, atención y reducción	

Texto definitivo Plenaria Cámara de Representantes	Texto propuesto para tercer debate	Justificación
Parágrafo. Las disposiciones contenidas en el presente artículo se aplicarán con acompañamiento técnico y recolección de evidencia científica libre de conflicto de interés. Lo dispuesto en este artículo se dará atendiendo los mandatos de normas y convenios internacionales aplicables en lo atinente a la interferencia de terceros con conflictos de interés en la formulación de política pública.	del riesgo y daño en el consumo de sustancias psicoactivas. Parágrafo. Las disposiciones contenidas en el presente artículo se aplicarán con acompañamiento técnico y recolección de evidencia científica libre de conflicto de interés. Lo dispuesto en este artículo se dará atendiendo los mandatos de normas y convenios internacionales aplicables en lo atinente a la interferencia de terceros con conflictos de interés en la formulación de política pública.	
ARTÍCULO 12°. Reglamentación y financiación. El Ministerio de Justicia y del Derecho, el Ministerio de Salud y Protección Social y la cabeza del sector social del Estado deberán expedir la reglamentación necesaria para la correcta implementación de lo contenido en la presente ley en un término no mayor a doce (12) meses contados a partir de su promulgación. Dicha reglamentación deberá definir las fuentes de financiación pertinentes para la implementación de los objetivos de la presente ley.	sin modificaciones	
ARTÍCULO NUEVO. El Ministerio de Educación deberá establecer la Cátedra de Prevención al Consumo de Sustancias Psicoactivas en todas las instituciones educativas en los niveles básica y media del país, como una asignatura independiente. En las instituciones educativas de nivel superior será optativa su implementación. Parágrafo. El desarrollo de la Cátedra de Prevención al Consumo de Sustancias Psicoactivas se ceñirá	ARTÍCULO NUEVO. El Ministerio de Educación deberá establecer la Cátedra de Prevención al Consumo de Sustancias Psicoactivas en todas las instituciones educativas en los niveles básica y media del país, como una asignatura independiente. En las instituciones educativas de nivel superior será optativa su implementación. Parágrafo. El desarrollo de la Cátedra de Prevención al Consumo de Sustancias Psicoactivas se ceñirá a un	Se elimina para mantener la unidad de materia

PROPOSICIÓN

Con fundamento en las anteriores consideraciones, presentamos **ponencia positiva** y solicitamos a los Honorables Senadores que integran la Comisión Séptima del Senado de la República dar primer debate (tercero en su trámite) al Proyecto de Ley número 356 de 2023 Senado - 225 de 2023 Cámara “Por medio del cual se modifica la Ley 1566 del 2012, se dan lineamientos para una política de reducción de riesgos y daños para personas que consumen sustancias psicoactivas y se dictan otras disposiciones”.

Cordialmente,

 MARTHA PERÁLTA EPIEYÚ Senadora de la República Coordinadora Ponente	 BERENICE BEDOYA PEREZ Senadora de la República Ponente
 WILSON ARIAS Senador de la República Ponente	 FABIAN DIAZ PLATA Senador de la República Ponente

TEXTOS PROPUESTOS PARA TERCER DEBATE PROYECTO DE LEY N.º. 356 DE 2024 SENADO - 225 DE 2023 CÁMARA Por medio del cual se modifica la Ley 1566 del 2012, se dan lineamientos para una política de reducción de riesgos y daños para personas que consumen sustancias psicoactivas y se dictan otras disposiciones *** El Congreso de Colombia DECRETA ARTÍCULO 1°. Objeto. La presente tiene por objeto modificar la Ley 1566 del 2012 y establecer lineamientos y acciones para una política de reducción de riesgos y daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Estos lineamientos y acciones complementarán la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas y la Política Nacional de Drogas, la cual estará basada en los derechos humanos, la salud pública, la participación y la inclusión social, garantizando un enfoque sociosanitario integral y diferencial para poblaciones en especial condición de vulnerabilidad. También deberá incluir el fortalecimiento de capacidades institucionales y comunitarias para la prevención y atención oportuna al consumo de sustancias psicoactivas. ARTÍCULO 2°. Reducción del riesgo y del daño. La reducción de riesgos y daños en el uso y consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas se reconocerá como un enfoque de salud pública transversal y de atención integral necesario para preservar la salud e integridad de los habitantes de la nación, abordando los aspectos sociales y culturales del consumo con el fin de reducir las afectaciones del consumo de sustancias psicoactivas buscando el mejoramiento de la calidad de vida de las personas. Su implementación considerará estrategias basadas en la evidencia científica, la concurrencia de esfuerzos estatales para la atención integral y enfoques interseccionales diferenciados de acuerdo con las necesidades y los contextos sociales, las dinámicas de consumo de sustancias psicoactivas y las necesidades sociales y de salud pública en cada territorio. Este enfoque complementará y no reemplazará los esfuerzos estatales respecto a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, y estará en armonía con la normatividad que protege a los niños, niñas y adolescentes del consumo de sustancias psicoactivas. La política de reducción de riesgos y daños deberá centrarse en el cuidado y la protección de la integridad física, mental y social del individuo con la intervención en su entorno comunitario y poblacional, teniendo en cuenta los siguientes objetivos: a) Propender por el acceso a la información adecuada y oportuna sobre buenas prácticas de cuidado, herramientas e información para la reducción del riesgo y del daño. b) Monitorear y alertar eventuales riesgos químicos y de salud pública por el consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas que estén en circulación en territorios específicos.	c) Garantizar el adecuado acceso a los servicios sociales, sociosanitarios integrales, de salud y salud mental para las personas que consumen sustancias psicoactivas. d) Desarrollar políticas, programas y/o estrategias diferenciadas para el cuidado y protección de la salud pública y la especial atención al consumo de sustancias psicoactivas teniendo en cuenta la perspectiva étnica, de género y poblaciones en condición de vulnerabilidad. e) Garantizar la creación de dispositivos y herramientas que expongan los riesgos y los daños del consumo de sustancias psicoactivas, y con ello avanzar en la prevención del consumo y la educación para el cuidado de la integridad y salud del individuo y su entorno. f) Coordinar acciones con el sector social del Estado para implementar la política y atender las poblaciones vulnerables y de especial atención. g) Fortalecer capacidades y dispositivos comunitarios para la realización de acciones y estrategias de reducción de riesgos y daños en los territorios y poblaciones que más lo requieren g) Los demás objetivos que la política pública define con base a la evidencia científica disponible. El enfoque adoptado se enmarca en las obligaciones internacionales asumidas por Colombia, particularmente los lineamientos y/o recomendaciones internacionales sobre derechos humanos y política de drogas, asegurando la protección de los derechos humanos y la salud pública como elementos fundamentales. La implementación de esta política estará sujeta a la definición y monitoreo de metas indicadores de impacto en salud pública, accesibilidad a servicios, reducción de riesgos químicos y disminución del estigma hacia las personas consumidoras, los cuales serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en un plazo de seis meses tras la entrada en vigencia de la ley. ARTÍCULO 3°. Modifíquese el parágrafo 3 del artículo 2° de la Ley 1566 del 2012, el cual quedará así: <i>Parágrafo 3°. Sin perjuicio de otras fuentes de financiación, se utilizarán recursos del Fondo para la Rehabilitación, Inversión Social y Lucha contra el Crimen Organizado –FRISCO– para el fortalecimiento de los programas y estrategias de reducción de riesgos y daños, prevención en salud, mitigación, superación y desarrollo institucional, que se establezcan en el marco de la Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto.</i> ARTÍCULO 4°. Adiciónese un artículo nuevo a la Ley 1566 del 2012, el cual quedará así: Artículo 3A. Acciones y estrategias de reducción de riesgos y daños en el consumo de sustancias psicoactivas. Las acciones y estrategias de reducción de riesgos y daños para las personas que consumen sustancias psicoactivas deberán enmarcarse en lineamientos de política de salud, salud pública e inclusión social y la política de drogas definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Justicia y del Derecho y quien dirija la política social del Estado. Estas acciones y estrategias, según corresponda, deberán incluirse dentro de los planes territoriales de salud y otros instrumentos de planeación y acción que aborden el fenómeno en su integralidad. Las acciones y estrategias encaminadas a la reducción de riesgos y daños deberán incluir un factor psicosocial que garantice la dignidad, el bienestar y la calidad de vida de las personas que consumen sustancias psicoactivas, para tal fin quien dirija la política social del Estado, el Departamento Administrativo de Prosperidad Social, el Ministerio de Educación Nacional el
Ministerio del Deporte y el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes deberán colaborar en la elaboración e implementación de estas estrategias y acciones. Parágrafo 1°. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, o quienes hagan sus veces, contratarán servicios de reducción de riesgos y daños derivados del consumo de sustancias psicoactivas a través de sus programas de promoción y prevención (PYP), de conformidad con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social con cargo a los recursos destinados al financiamiento del Plan de Beneficios en Salud –PBS–. Parágrafo 2°. La reglamentación de la presente ley definirá los lineamientos y autorizaciones para que particulares desarrollen e implementen acciones y/o estrategias de reducción de riesgos y daños en el consumo de sustancias psicoactivas. Estos lineamientos deberán reconocer y considerar prioritariamente a aquellos que acrediten experiencia en la materia y reglamentar el permiso contemplado en el artículo 376 de la Ley 599 del 2000 en los casos que sea pertinente. ARTÍCULO 5°. Modifíquese el artículo 4° de la Ley 1566 del 2012, el cual quedará así: Artículo 4°. Consentimiento informado, confidencialidad y derecho a la dignidad. Las instituciones u organizaciones que presten el servicio de atención integral a las personas que consumen sustancias psicoactivas, los servicios de reducción de riesgos y daños o el servicio de farmacodependencia deberán informar a la persona sobre el tipo de servicio o tratamiento ofrecido por la institución, incluyendo los riesgos y beneficios de este tipo de atención, las alternativas de otros tratamientos si los hubiese, la eficacia del tratamiento ofrecido, la duración del tratamiento, las restricciones establecidas durante el proceso de atención, los derechos del paciente y toda aquella información relevante para la toma de decisiones la persona, su familia o red de apoyo social o institucional. El servicio de atención integral y la oferta de reducción de riesgos y daños garantizará el derecho a la confidencialidad, la autonomía, la dignidad y la no criminalización de las personas que consumen sustancias psicoactivas. La persona podrá revocar en cualquier momento su consentimiento y podrá interponer las quejas a las que haya lugar ante las autoridades competentes. ARTÍCULO 6°. Reducción de riesgos y daños para el consumo de alcohol. El Gobierno Nacional a través de la Mesa Intersectorial de Alcohol establecerá lineamientos de la política de reducción de riesgos y daños para el consumo de bebidas alcohólicas y embriagantes. Estos lineamientos deberán contener obligaciones y restricciones diferenciadas para los actores involucrados en la fabricación, distribución, patrocinio y comercialización de bebidas alcohólicas en el país con el fin de reducir los riesgos y daños de su consumo para el individuo y la sociedad. Estos lineamientos buscarán la actualización de las políticas sobre consumo de alcohol en el país. Parágrafo 1. Los lineamientos de reducción de riesgos y daños para el consumo de alcohol serán construidos con enfoques diferenciales de género, étnicos y poblacionales. Parágrafo 2. Las Entidades Territoriales, podrán implementar acciones de sensibilización, reducción de riesgos y daños y prevención, priorizando los sectores con mayor incidencia y riesgo de consumo de alcohol. ARTÍCULO 7°. Reducción de riesgos y daños para los asistentes a los establecimientos públicos nocturnos, festivales y conciertos para público mayor de edad. Las entidades territoriales competentes	establecerán lineamientos para que los establecimientos nocturnos como bares y discotecas, festivales de gran formato, conciertos y eventos masivos para público mayor de edad implementen estrategias y protocolos de reducción de riesgos y daños en el consumo de sustancias psicoactivas incluyendo las bebidas alcohólicas y embriagantes. Estos lineamientos deberán enmarcarse en la política pública de reducción de riesgos y daños definida por el Gobierno Nacional e incluirán, entre otros, protocolos y rutas de atención temprana, zonas de descanso y atención, acceso mínimo a hidratación, información de reducción de riesgos y daños y atención para las personas que presenten una situación que amerite atención inmediata y/o de primeros auxilios. En ningún caso los establecimientos nocturnos u organizadores de eventos restringirán el acceso del agua potable para los asistentes so pena de sanciones por incumplimiento de condiciones sanitarias y de bioseguridad establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y vigiladas por los entes territoriales. Parágrafo 1°. Los lineamientos a los que hace referencia este artículo deberán establecerse diferenciadamente de acuerdo con los tipos de establecimiento público nocturno, festivales, conciertos y eventos masivos para público mayor de edad, considerando capacidad, dimensión y tipo de establecimiento, duración de la actividad, riesgos y prácticas de consumo y otras características que la reglamentación defina. Parágrafo 2°. Las entidades territoriales competentes establecerán estos lineamientos con participación de los integrantes del sector económico correspondiente. Parágrafo 3°. Los promotores de eventos públicos y las entidades territoriales podrán promocionar y apoyar la realización de estrategias, iniciativas y/o acciones de reducción de riesgos y daños del consumo de sustancias psicoactivas durante el desarrollo de sus eventos. ARTÍCULO 8°. Generación de conocimiento. El Gobierno Nacional, en cabeza del Observatorio de Drogas de Colombia del Ministerio de Justicia y con la concurrencia de insumos y esfuerzos del Instituto Nacional de Salud, publicará cada año un informe sobre el uso y consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas. Este informe tendrá como fin conocer los patrones de los usos y consumos, e impactos de las sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas, alertar sobre los posibles riesgos químicos que estén en circulación, monitorear y actualizar información sobre nuevas sustancias psicoactivas, revisar los avances en materia de prevención, atención y reducción de riesgos y daños, entre otros. Parágrafo 1. Los informes garantizarán la inclusión de métricas consistentes y de recolección de información sistemática, periódica y epidemiológicamente estandarizada que permitan las comparaciones intertemporales y la caracterización de la población en términos de magnitud y prevalencia. Así mismo, deberán considerar, según la metodología y objetivos establecidos, información relevante de otras fuentes de información como los reportes del Sistema de Salud, Medicina Legal y las entidades territoriales, entre otras Parágrafo 2. El informe objeto del presente artículo estará fundamentado en evidencia e insumos libres de conflicto de interés en concordancia con la normatividad aplicable. ARTÍCULO 9°. Sistema de Alertas Tempranas (SAT). Fortalezcase el Sistema de Alertas Tempranas (SAT) del Ministerio de Justicia y del Derecho como mecanismo de intercambio de información que brinde apoyo con el fin de mitigar y reducir el impacto del consumo de sustancias psicoactivas de uso lícito e ilícito a partir de la oportuna detección, evaluación del riesgo y generación de información confiable dirigida a las autoridades responsables y la comunidad en general.

El Sistema de Alertas Tempranas (SAT) deberá coordinar la recolección de información con las organizaciones de la sociedad civil, secretarías de salud territoriales, entidades prestadoras de salud, la academia y demás actores que representan importantes fuentes de información territorial y descentralizada sobre el fenómeno de las sustancias psicoactivas, su comportamiento en las prácticas de consumo y los riesgos químicos emergentes en el territorio nacional.

El Sistema de Alertas Tempranas (SAT) deberá contar con mecanismos de actualización de información eficaces que permitan la toma oportuna de decisiones por parte de las entidades territoriales y el intercambio de conocimiento e información sobre nuevas sustancias psicoactivas y riesgos químicos emergentes con la red multidisciplinaria territorial y descentralizada de organizaciones de la sociedad civil y demás instituciones interesadas.

Parágrafo. El Gobierno Nacional, en cabeza del Observatorio de Drogas de Colombia y el Instituto Nacional de Salud, realizará un reporte sobre las alertas tempranas que será incluido al informe anual sobre los usos y consumos de sustancias psicoactivas. El Ministerio de Justicia y el Ministerio de Salud presentarán un informe anual sobre los resultados a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Congreso de la República.

ARTÍCULO 10°. Investigación científica. El Gobierno Nacional fomentará la investigación médica, científica y social sobre el fenómeno asociados al consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales, su impacto en la salud y en la salud pública, las poblaciones vulnerables, la evaluación de políticas públicas y los usos médicos y científicos de sustancias con potencial.

El Ministerio de Ciencia, Tecnología y la Innovación establecerá líneas de investigación y otorgamiento de becas y/o modalidades de financiamiento según su plan de acción y de acuerdo con la disponibilidad presupuestal.

El Ministerio de Justicia y del Derecho o quien dirija la política de drogas, establecerá mecanismos para agilizar los trámites y permisos requeridos por parte de las universidades, centros de estudio y organizaciones que estén interesados en realizar estas investigaciones.

ARTÍCULO 11°. Participación de la sociedad civil y la academia. El Gobierno Nacional y las entidades territoriales competentes convocarán, por lo menos una vez al año, a las organizaciones de la sociedad civil y a la academia para que participen, acompañen y asesoren la formulación, implementación y evaluación de políticas y estrategias de prevención, atención y reducción del riesgo y daño en el consumo de sustancias psicoactivas.

Parágrafo. Las disposiciones contenidas en el presente artículo se aplicarán con acompañamiento técnico y recolección de evidencia científica libre de conflicto de interés. Lo dispuesto en este artículo se dará atendiendo los mandatos de normas y convenios internacionales aplicables en lo atinente a la interferencia de terceros con conflictos de interés en la formulación de política pública.

ARTÍCULO 12°. Reglamentación y financiación. El Ministerio de Justicia y del Derecho, el Ministerio de Salud y Protección Social y la cabeza del sector social del Estado deberán expedir la reglamentación necesaria para la correcta implementación de lo contenido en la presente ley en un término no mayor a doce (12) meses contados a partir de su promulgación. Dicha reglamentación deberá definir las fuentes de financiación pertinentes para la implementación de los objetivos de la presente ley.

ARTÍCULO 13°. Vigencia. La presente ley rige a partir de su promulgación.

Atentamente,

 MARTHA PERALTA EPIYÚ Senadora de la República Coordinadora Ponente	 BERENICE BEDOYA PEREZ Senadora de la República Ponente
 WILSON ARIAS Senador de la República Ponente	 FABIAN DIAZ PLATA Senador de la República Ponente

Comisión Séptima Constitucional Permanente

LA COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA. - Bogotá D.C., a los nueve (09) días del mes de abril del año dos mil veinticinco (2025) - En la presente fecha se autoriza la publicación en Gaceta del Congreso de la República. Informe de Ponencia para primer debate, y texto propuesto, así:

INFORME DE PONENCIA PARA: PRIMER DEBATE

NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: 356 DE 2024 SENADO

TITULO: “POR MEDIO DEL CUAL SE MODIFICA LA LEY 1566 DEL 2012, SE DAN LINEAMIENTOS PARA UNA POLÍTICA DE REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS PARA PERSONAS QUE CONSUMEN SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.

INICIATIVA H.S.JORGE ENRIQUE BENEDETTI MARTELO , H.S.SOR BERENICE BEDOYA PÉREZ , H.S.MARTHA ISABEL PERALTA EPIEYU , H.S.ALFREDO RAFAEL DELUQUE ZULETA H.R.DANIEL CARVALHO MEJÍA , H.R.DUVALIER SÁNCHEZ ARANGO , H.R.JUAN CARLOS LOZADA VARGAS , H.R.CATHERINE JUVINAO CLAVIJO , H.R.MARÍA DEL MAR PIZARRO GARCÍA , H.R.JUAN CAMILO LONDOÑO BARRERA , H.R.CRISTIAN DANILO AVENDAÑO FINO , H.R.JENNIFER DALLEY PEDRAZA SANDOVAL , H.R.JULIÁN PEINADO RAMÍREZ , H.R.ALEJANDRO GARCÍA RÍOS , H.R.AGMETH JOSÉ ESCAF TJERINO

RADICADO: EN SENADO: 12-12-2024 EN COMISIÓN: 12-12-2024 EN CÁMARA: 12-09-2023

PUBLICACIONES – GACETAS								
TEXTO ORIGINAL	PONENCIA 1º DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO COM VII SENADO	PONENCIA 2º DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA SENADO	PONENCIA 1º DEBATE CAMARA	TEXTO DEFINITIVO COM VII CAMARA	PONENCIA 2º DEBATE CAMARA	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA CAMARA

PONENTES PRIMER DEBATE		
HH.SS. PONENTES	ASIGNADO (A)	PARTIDO
MARTHA PERALTA EPIEYÚ	COORDINADORA	MAIS
BERENICE BEDOYA PEREZ	PONENTE	ASI
WILSON NEBER ARIAS	PONENTE	POLO DEMOCRATICO
FABIAN DIAZ PLATA	PONENTE	ALIANZA VERDE

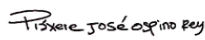
NÚMERO DE FOLIOS: VEINTICUATRO (24)

RECIBIDO EL DÍA: 08 DE ABRIL DE 2025

HORA: 11:41

Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5º del artículo 2º de la Ley 1431 de 2011.

El secretario,



PRAXERE JOSÉ OSPINO REY

Secretario General Comisión Séptima

INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE DEL PROYECTO DE LEY
NÚMERO 292 DE 2024 SENADO

por medio de la cual se establecen medidas para dignificar el periodo de vida de las personas diagnosticadas con esclerosis lateral amiotróficas y otras enfermedades catalogadas como huérfanas y se dictan otras disposiciones (¡Ley muévete por mí!).

Bogotá, D. C. 08 de abril de 2025. PRAXERE JOSÉ OSPINO REY Secretario General. Comisión VII Senado de la República Ciudad ASUNTO: INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE DEL PROYECTO DE LEY No 292 DE 2024 SENADO “Por medio de la cual se establecen medidas para dignificar el periodo de vida de las personas diagnosticadas con esclerosis lateral amiotróficas y otras enfermedades catalogadas como huérfanas y se dictan otras disposiciones” (¡Ley muévete por mí!).” Estimado secretario, Atendiendo la designación realizada por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima del Senado de la República y en cumplimiento del mandato constitucional y de lo dispuesto en el artículo 156 de la Ley 5ª de 1992, rindo informe de ponencia positivo para segundo debate del Proyecto de Ley de la referencia. <table><tr><td>Número proyecto de ley</td><td>292 DE 2024 SENADO.</td></tr><tr><td>Título</td><td>Por medio de la cual se establecen medidas para dignificar el periodo de vida de las personas diagnosticadas con esclerosis lateral amiotróficas y otras enfermedades catalogadas como huérfanas y se dictan otras disposiciones” (¡Ley muévete por mí!).”</td></tr><tr><td>Autor</td><td>H.S. NADIA BLEL SCAFF H.S PEDRO HERNANDO FLOREZ H.S JULIO ELIAS VIDAL</td></tr><tr><td>Ponentes</td><td>H.S. NADYA GEORGETTE BLEL SCAFF – PONENTE UNICA</td></tr><tr><td>Ponencia</td><td>POSITIVA</td></tr></table>	Número proyecto de ley	292 DE 2024 SENADO.	Título	Por medio de la cual se establecen medidas para dignificar el periodo de vida de las personas diagnosticadas con esclerosis lateral amiotróficas y otras enfermedades catalogadas como huérfanas y se dictan otras disposiciones” (¡Ley muévete por mí!).”	Autor	H.S. NADIA BLEL SCAFF H.S PEDRO HERNANDO FLOREZ H.S JULIO ELIAS VIDAL	Ponentes	H.S. NADYA GEORGETTE BLEL SCAFF – PONENTE UNICA	Ponencia	POSITIVA	Bogotá, D.C, 08 de abril de 2025. PRAXERE JOSÉ OSPINO REY. Secretario General Comisión VII Senado de la República Ciudad ASUNTO: INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE DEL PROYECTO DE LEY No 292 DE 2024 SENADO “Por medio de la cual se establecen medidas para dignificar el periodo de vida de las personas diagnosticadas con esclerosis lateral amiotróficas y otras enfermedades catalogadas como huérfanas y se dictan otras disposiciones” (¡Ley muévete por mí!).” Estimado Secretario, Atendiendo la designación realizada por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima del Senado de la República y en cumplimiento del mandato constitucional y de lo dispuesto en el artículo 156 de la Ley 5ª de 1992, dentro del término establecido para tal efecto, rindo informe de ponencia para segundo debate en Senado, de la siguiente manera: - Antecedentes. - Objeto - Justificación de la iniciativa - Pliego de modificaciones. - Impacto Fiscal - Conflicto de Interés. - Proposición. - Texto propuesto para segundo debate.
Número proyecto de ley	292 DE 2024 SENADO.										
Título	Por medio de la cual se establecen medidas para dignificar el periodo de vida de las personas diagnosticadas con esclerosis lateral amiotróficas y otras enfermedades catalogadas como huérfanas y se dictan otras disposiciones” (¡Ley muévete por mí!).”										
Autor	H.S. NADIA BLEL SCAFF H.S PEDRO HERNANDO FLOREZ H.S JULIO ELIAS VIDAL										
Ponentes	H.S. NADYA GEORGETTE BLEL SCAFF – PONENTE UNICA										
Ponencia	POSITIVA										
1. ANTECEDENTES La iniciativa objeto de estudio es de origen congresional, radicada el 22 de octubre de 2024 en la Secretaría General del Senado de la República, por los, H.S. NADIA BLEL SCAFF, PEDRO HERNANDO FLORES Y JULIO ELIAS VIDAL., tal como consta en Gaceta N° 1811/2024. La Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la Republica recibió el expediente del Proyecto de Ley el día 29 de octubre de 2024, y mediante oficio CSP-CS-1320 – 2024 del 30 de octubre de 2024 se designó como ponente única a la H.S. NADIA BLEL SCAFF como Coordinadora Ponente. Puesto en conocimiento de la Comisión Séptima Constitucional fue aprobado por unanimidad tal como consta en el Acta: No. 26 correspondiente a la sesión ordinaria de fecha martes veinticinco (25) de febrero de 2025 de la legislatura 2024-2025. 2. OBJETO. La presente iniciativa tiene por objeto establecer medidas de protección especial para dignificar el periodo de vida de las personas diagnosticadas con Esclerosis Lateral Amiotrófica – E.L.A., y demás enfermedades catalogadas como huérfanas en el país. CONTENIDO DE LA INICIATIVA. Respuesta rápida en trámites: Las solicitudes de los pacientes deberán ser resueltas en los términos perentorios definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Protocolos especializados de atención: El Ministerio de Salud establecerá rutas de atención rápida para estas enfermedades. Programas de capacitación específicos dirigidos a los funcionarios públicos, que buscan asegurar una comprensión profunda de los derechos y necesidades de las personas diagnosticadas con E.L.A. y otras enfermedades huérfanas. Apoyo psicológico y social: Se garantiza acceso preferente a programas de asistencia psicológica y apoyo social tanto para pacientes como para sus familias.	- Medidas afirmativas: Se establecen políticas públicas para asegurar derechos laborales, educativos, culturales y recreativos para estos pacientes. - Instancia Revisión Rápida: Será creado para garantizar que no haya retrasos en la atención de los pacientes con enfermedades huérfanas. 3. JUSTIFICACIÓN Tal como lo indica la exposición de motivos presentada por el autor, la Esclerosis Lateral Amiotrófica (E.L.A.), también conocida como enfermedad de Lou Gehrig, es una enfermedad neurodegenerativa progresiva que afecta a las neuronas motoras en el cerebro y la médula espinal. Esta condición lleva a la pérdida de la capacidad de iniciar y controlar el movimiento muscular, resultando en debilidad y atrofia muscular, lo que finalmente conduce a la parálisis total. La E.L.A. no tiene cura y la esperanza de vida tras el diagnóstico es limitada, generalmente de dos a cinco años. El diagnóstico de E.L.A. representa no solo un reto médico, sino también un desafío social y económico para las personas diagnosticadas y sus familias. La progresión rápida de la enfermedad y su impacto devastador sobre la capacidad laboral y la calidad de vida requieren una respuesta adecuada y efectiva por parte del Estado. Es imperativo que se implementen medidas que garanticen una vida digna y el acceso a derechos fundamentales para aquellos que padecen esta condición. Este proyecto de ley tiene como objetivo principal establecer un marco legal que dignifique el periodo de vida de las personas diagnosticadas con E.L.A. y otras enfermedades huérfanas de rápida evolución y afectación, a través de medidas específicas que permitan mejorar la calidad de vida de las personas que presentan estas afecciones. Argumentos principales: La Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) ha sido seleccionada como enfermedad visible en esta legislación debido a su severidad y el profundo impacto que tiene en la vida de quienes la padecen. La ELA es una enfermedad neurodegenerativa que avanza rápidamente, afectando gravemente la movilidad, el control motor, la respiración y la deglución principalmente, lo que subraya la necesidad urgente de un apoyo integral y especializado. La naturaleza debilitante de la ELA facilita la										

sensibilización pública y refuerza la necesidad de medidas legislativas que mejoren las condiciones de vida de los pacientes.

En primer lugar, la dignidad humana es un principio fundamental consagrado en la Constitución Política de Colombia. Las personas con ELA merecen vivir sus últimos años con la mayor calidad de vida posible, lo cual incluye el acceso rápido y efectivo a los beneficios de seguridad social y garantías de locomoción que les corresponden. La naturaleza progresiva y debilitante de la ELA impone una carga significativa sobre las personas diagnosticadas, quienes enfrentan una pérdida gradual de su independencia y funcionalidad. Por lo tanto, es esencial que el Estado garantice un acceso sin trabas a los servicios y beneficios que pueden aliviar, aunque sea en parte, los efectos devastadores de esta enfermedad.

En segundo lugar, no se cuenta con pruebas específicas para realizar un diagnóstico temprano y eficaz de enfermedades huérfanas como la ELA, pues la sintomatología puede ser similar a la de enfermedades comunes, dificultando dar tratamiento integral en etapas tempranas de la enfermedad, retrasando el tratamiento, empeorando la condición del paciente y dando lugar a diagnósticos erróneos o tardíos que deterioran la salud física y emocional de los pacientes y sus familiares. Estudios han demostrado que pacientes que tuvieron un diagnóstico tardío de enfermedades huérfanas requieren mayor atención psicológica que los pacientes que fueron diagnosticados en menos de un año, pues presentan mayor irritabilidad, frustración y baja concentración en las actividades que desarrollan en la vida cotidiana.

Ahora bien, las enfermedades huérfanas no solo afectan las condiciones de vida de quienes la padecen, sino que, además, deterioran el bienestar de los familiares y cuidadores de estos, pues enfermedades como ELA ocasionan una pérdida progresiva de la autonomía del paciente que conlleva a mayor dependencia de sus cuidadores, que deben estar disponibles tiempo completo, sobrecargando al cuidador y desmejorando su calidad de vida. Debido a lo anterior, en este proyecto de ley se garantiza que tanto los pacientes con ELA u otras enfermedades huérfanas, como sus cuidadores y familiares, tengan acceso oportuno a los servicios de apoyo psicológico y social.

Finalmente, la implementación de estas medidas tendrá un impacto positivo significativo en la calidad de vida de los pacientes con ELA u otras enfermedades huérfanas y en sus familias, al asegurar un acceso más rápido y sencillo a los recursos necesarios para su cuidado y bienestar, que aliviará la carga económica y emocional que actualmente recae sobre ellos, y se estará garantizando la libertad de goce de esta población.

E.L.A. en Colombia

La prevalencia de ELA en el mundo varía entre 1.6 y 8.5 por cada 100,000 habitantes –la cual aumenta con la edad y alcanza el máximo pico entre los 60 y 75 años–, con una incidencia de 0.6 a 2.6 por 100,000 habitantes, mostrando un leve predominio en la población masculina¹. Aunque es una enfermedad rara, su impacto en los individuos afectados y sus familias es significativo, ya que el 70% de los pacientes fallecen dentro de los primeros tres años tras el diagnóstico.

En Colombia, no hay estudios epidemiológicos sobre la enfermedad, pero según cifras del Instituto Roosevelt, que cuenta con un grupo interdisciplinario en E.L.A., se presentan cerca de 4 casos nuevos cada mes. Sin embargo, la fuente oficial de información sobre enfermedades huérfanas de Colombia (Registro Nacional de Pacientes con Enfermedades Huérfanas) reportó para el 10 de abril de 2024, 84.175 personas con enfermedades raras, donde al menos 3000 son pacientes que presentan ELA y requieren de atención en salud centrada que tenga en cuenta las condiciones sociales, económicas y financieras de cada paciente.

Figura 1. Rango de edad y género de 117 personas con ELA en Colombia

¹ La E.L.A es la tercera enfermedad neurodegenerativa más frecuente, después del Alzheimer y el Parkinson. El 70% de los pacientes mueren dentro de los primeros tres años de evolución de la enfermedad.

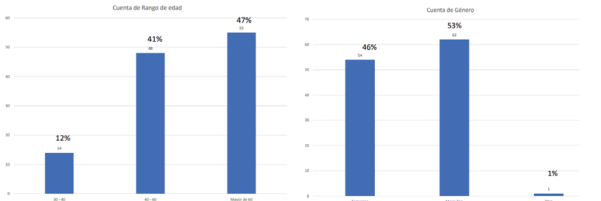
Por otro lado, los largos tiempos de espera para los servicios públicos de atención en salud ocasiona ineficiencia en los tratamientos de diversas enfermedades huérfanas y disminuyen la calidad de la atención, imposibilitando mejorar la calidad de vida y pone en riesgo la salud de los pacientes con enfermedades huérfanas como ELA.

El cumplimiento de los plazos estipulados es vital para la eficacia de esta ley. Por esta razón, se conformará un Comité Nacional de Revisión Rápida que permita dar solución y respuesta a los casos de personas con ELA u otras enfermedades huérfanas que han presentado retrasos en la atención integral de salud. Esto es esencial para asegurar que las disposiciones de la ley se implementen de manera efectiva y oportuna, protegiendo así los derechos de las personas diagnosticadas con ELA.

Por otro lado, la atención centrada en la persona permite comprender al paciente como un ser humano único, pues tiene en cuenta la realidad social, económica y cultural de cada uno, permitiendo que el personal de salud entre al mundo del paciente para ver la enfermedad a través de sus ojos con el fin de brindar una atención en salud priorizada y eficiente. Por lo tanto, en este proyecto se pretende capacitar a funcionarios públicos sobre los derechos de las personas con enfermedades huérfanas con el fin de garantizarles un tratamiento diferenciado.

La selección de la ELA como enfoque principal permite establecer un modelo representativo para otras enfermedades huérfanas, proporcionando un marco detallado para desarrollar protocolos especializados y medidas de apoyo. Este enfoque no solo mejora la atención para la ELA, sino que también sienta las bases para extender estos beneficios a una gama más amplia de enfermedades raras, creando una estructura efectiva que puede ser adaptada a otras condiciones similares.

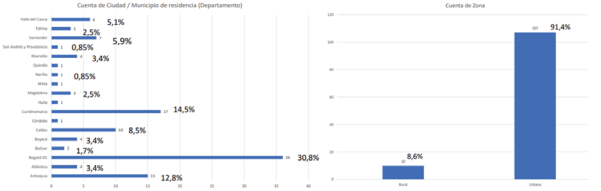
La visibilidad de ELA facilita la evaluación del impacto de la ley, permitiendo medir los beneficios y ajustar las medidas conforme a datos concretos. Aunque ELA es el punto focal, esta legislación busca garantizar que todas las personas con enfermedades huérfanas reciban el apoyo necesario, utilizando la ELA como un caso de referencia para implementar y expandir medidas de atención especializada e integral.



1. Fuente: Encuesta realizada por ACELA

En 2023, la Asociación Colombiana de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ACELA) realizó una encuesta de caracterización a 117 personas que sufren esta enfermedad en Colombia², encontrando que 12% se encuentra entre 30 y 40 años de edad; el 41% entre 40 y 60 años; y, el 47% es mayor de 60 años, siendo 55 la edad promedio al momento del diagnóstico; adicionalmente, la E.L.A. es ligeramente más común en hombres que en mujeres, con una relación de 1.5 a 2 hombres afectados por cada mujer.

Figura 2. Ciudad o municipio y zona de residencia de 117 personas con ELA en Colombia.

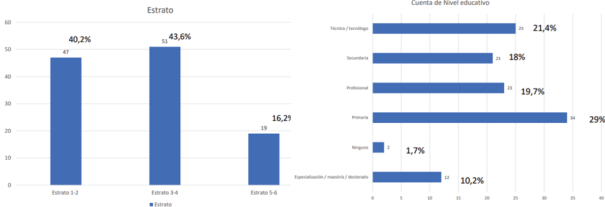


Fuente: Encuesta realizada por ACELA

² Disponible en: <https://www.acelaweb.org/wp-content/uploads/2023/06/Datos-epidemiologicos-ELA.pdf>

En relación con la distribución geográfica de los pacientes la encuesta muestra que Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca son las regiones con mayor número de casos, representando el 30,8%, 14,5% y 12,8% respectivamente. Esto podría estar relacionado con la disponibilidad de centros de referencia y especialistas en estas áreas. Es importante mencionar que la gran mayoría de los pacientes (91,4%) reside en zonas urbanas, mientras que solo el 8,6% vive en áreas rurales. Esto puede implicar desafíos adicionales para los pacientes rurales en términos de acceso a cuidados especializados y apoyo médico.

Figura 3. Estrato y nivel educativo de 117 personas con ELA en Colombia.



Fuente: Encuesta realizada por ACELA

El análisis socioeconómico revela que el 40,2% de los pacientes pertenecen a los estratos 1 y 2, el 43,6% a los estratos 3 y 4, y el 16,2% a los estratos 5 y 6. En términos de educación, un 29% de los pacientes tienen educación secundaria, un 21,4% poseen títulos profesionales, y un 19,7% han completado estudios primarios. Estos datos sugieren que la enfermedad no discrimina por nivel socioeconómico o educativo, afectando a personas de diversos trasfondos.

Frente al acceso a tratamientos, se encuentra que el uso de tratamientos como Riluzole es relativamente alto, con un 85,5% de los encuestados reportando su uso. Además, el 44,5% ha utilizado o utiliza ventilación no invasiva (BiPAP), lo que refleja la gravedad de la afectación respiratoria en estos pacientes y la importancia de la intervención temprana y adecuada.

Finalmente es importante mencionar que, siendo esta una enfermedad difícil de diagnosticar y debido a su poca incidencia, es considerada una enfermedad Huérfana en Colombia³ y se encuentra cobijada bajo la Ley 1392 de 2010⁴. Los datos expuestos anteriormente subrayan la necesidad urgente de políticas públicas que faciliten el acceso rápido y efectivo a los servicios de salud y beneficios de seguridad social para las personas con E.L.A. La implementación de un marco legal que automatice la calificación de invalidez desde el diagnóstico, como se propone en el proyecto de ley, es crucial para reducir las barreras administrativas y proporcionar un alivio inmediato a los pacientes y sus familias.

4. CONCEPTOS TECNICOS

Con miras a promover la construcción de textos legislativos con el apoyo técnico de las carteras Ministeriales relacionadas con el objeto de la iniciativa, la ponente solicitó concepto del Ministerio de Salud y Protección Social con el fin de revisar, estudiar y /o acoger las observaciones, sugerencias o modificaciones a que haya lugar, en el trámite de la misma

No obstante, a la fecha de presentación de esta ponencia no hemos recibido respuesta a dicha solicitud.

³ En Colombia una enfermedad huérfana es aquella crónicamente debilitante, grave, que amenaza la vida y con una prevalencia (la medida de todos los individuos afectados por una enfermedad dentro de un periodo particular de tiempo) menor de 1 por cada 5.000 personas, comprenden, las enfermedades raras, las ultra huérfanas y olvidadas.

⁴ Esta Ley reconoce que las enfermedades huérfanas representan un problema de especial interés en salud dado que, por su baja prevalencia en la población, pero su elevado costo de atención, requieren dentro del SGSSS un mecanismo de aseguramiento diferente al utilizado para las enfermedades generales, dentro de las que se que incluyen las de alto costo; y unos procesos de atención altamente especializados y con gran componente de seguimiento administrativo. Para tal efecto el Gobierno Nacional debe implementar las acciones necesarias para la atención en salud de los enfermos que padecen este tipo de patologías, con el fin de mejorar la calidad y expectativa de vida de los pacientes, en condiciones de disponibilidad, equilibrio financiero, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación e inclusión social, así como incorporar los demás componentes de la protección social, más allá de los servicios de salud, para pacientes, cuidadores y familias, dándole un enfoque integral al abordaje y manejo de estas patologías.

5. PLIEGO DE MODIFICACIONES

TEXTO APROBADO EN COMISIÓN SÉPTIMA	TEXTO PROPUESTO SEGUNDO DEBATE
ARTÍCULO 6. Medidas afirmativas para la garantía de los derechos de personas con ELA y otras enfermedades huérfanas. El Gobierno Nacional implementará, en un término no mayor a seis meses (6) a partir de entrada en vigencia de la presente ley, políticas públicas, planes, programas y proyectos, que prioricen y garanticen de forma efectiva el goce de los derechos para las personas con enfermedades huérfanas, que deberán incluir, pero no limitarse a al derecho al trabajo, derecho al acceso a la información y las comunicaciones, derecho a la cultura, derecho a la recreación y el deporte, acceso al turismo, derecho de acceso a la justicia y derecho a participación política y pública. En la implementación de estas medidas, el Gobierno deberá asegurar la participación ciudadana activa de las personas diagnosticadas con enfermedades huérfanas y sus familias, así como de las organizaciones de pacientes, para garantizar que las políticas y acciones respondan a sus necesidades reales. Adicionalmente, las medidas deberán estar alineadas con los objetivos	ARTÍCULO 6. Medidas afirmativas para la garantía de los derechos de personas con ELA y otras enfermedades huérfanas. El Gobierno Nacional implementará, en un término no mayor a seis meses (6) a partir de entrada en vigencia de la presente ley, políticas públicas, planes, programas y proyectos, que prioricen y garanticen de forma efectiva el goce de los derechos para las personas con enfermedades huérfanas, que deberán incluir, pero no limitarse a al derecho al trabajo, derecho al acceso a la información y las comunicaciones, derecho a la cultura, derecho a la recreación y el deporte, acceso al turismo, derecho de acceso a la justicia y derecho a participación política y pública. En la implementación de estas medidas, el Gobierno deberá asegurar la participación ciudadana activa de las personas diagnosticadas con enfermedades huérfanas y sus familias, así como de las organizaciones de pacientes, para garantizar que las políticas y acciones respondan a sus necesidades reales.

establecidos en el Plan Nacional de Gestión de Enfermedades Huérfanas/Raras, integrando componentes de educación, monitoreo y evaluación que permitan asegurar una atención integral. El PNG-EHR será el marco de referencia para coordinar y supervisar el cumplimiento de estas políticas, planes y programas. Parágrafo 1. Lo estipulado en el presente artículo deberá complementar de manera articulada y contribuir a la efectividad de lo dispuesto en los artículos 13, 16, 17, 18, 19, 21 y 22 de la ley 1618 de 2013, dando un énfasis diferencial a las personas diagnosticadas con enfermedades huérfanas. Parágrafo 2. En atención a lo establecido en el artículo 3 de la ley 1392 de 2010 y el artículo 11 de la ley 1751 de 2015, el Gobierno nacional, en el mismo término establecido en el presente artículo, creará un plan de incentivos con el fin de estimular la habilitación de los centros de referencia de diagnóstico, tratamiento y farmacias para la atención integral de las enfermedades huérfanas establecidas en la resolución 651 de 2018.	Adicionalmente, Las medidas adoptadas en cumplimiento de la presente ley deberán estar alineadas con los objetivos establecidos en el Plan Nacional de Gestión de Enfermedades Huérfanas/Raras, integrando componentes de educación, monitoreo y evaluación que permitan asegurar una atención integral. El PNG-EHR será el marco de referencia para coordinar y supervisar el cumplimiento de estas políticas, planes y programas. Parágrafo 1. Lo estipulado en el presente artículo deberá complementar de manera articulada y contribuir a la efectividad de lo dispuesto en los artículos 13, 16, 17, 18, 19, 21 y 22 de la ley 1618 de 2013 o la disposición que haga sus veces, dando un énfasis diferencial a las personas diagnosticadas con enfermedades huérfanas. Parágrafo 2. El Gobierno Nacional, en el término establecido en el presente artículo, creará un plan de incentivos con el fin de estimular la habilitación de los centros de referencia de diagnóstico, tratamiento y farmacias para la atención integral de las enfermedades huérfanas establecidas en la resolución 651 de 2018
---	--

<table><tr><td data-bbox="173 401 479 741"></td><td data-bbox="479 401 787 741"> <u>reconocidas en los términos de la normatividad vigente.</u> Lo anterior, en virtud del artículo 3 de la ley 1392 de 2010 y el artículo 11 de la ley 1751 de 2015 o las disposiciones que hagan sus veces. <u>Parágrafo 3. Los reembolsos y pagos a las EPS o IPS por atenciones a los pacientes de que trata la presente ley, tendrán prelación en el orden de gasto del Ministerio de Salud, la ADRES o la entidad correspondiente.</u> </td></tr><tr><td data-bbox="173 741 479 1166"> ARTÍCULO 7. Instancia Nacional de revisión rápida. Las Superintendencias Nacionales, conformarán una instancia de Revisión Rápida para solicitudes elevadas por personas con enfermedades huérfanas, encargada de atender, resolver y acelerar los casos en los que se presenten demoras administrativas injustificadas; cuya reglamentación tendrá un término no mayor a seis meses (6) a partir de entrada en vigencia de la presente ley. Esta instancia contará con plazos perentorios de acuerdo a la naturaleza del caso, para emitir una respuesta y deberá contar con una plataforma en línea que facilite los procesos de radicación, seguimiento y respuesta </td><td data-bbox="479 741 787 1166"> ARTÍCULO 7. Instancia Nacional de revisión rápida. Las Superintendencias Nacionales <u>en el ámbito de su competencia,</u> conformarán una instancia de Revisión Rápida para solicitudes elevadas por personas con enfermedades huérfanas, encargada de atender, resolver y acelerar los casos en los que se presenten demoras administrativas injustificadas; cuya reglamentación tendrá un término no mayor a seis meses (6) a partir de entrada en vigencia de la presente ley. Esta instancia contará con plazos perentorios de acuerdo a la naturaleza del caso, para emitir una respuesta y deberá contar con una plataforma en línea que facilite los </td></tr></table>		<u>reconocidas en los términos de la normatividad vigente.</u> Lo anterior, en virtud del artículo 3 de la ley 1392 de 2010 y el artículo 11 de la ley 1751 de 2015 o las disposiciones que hagan sus veces. <u>Parágrafo 3. Los reembolsos y pagos a las EPS o IPS por atenciones a los pacientes de que trata la presente ley, tendrán prelación en el orden de gasto del Ministerio de Salud, la ADRES o la entidad correspondiente.</u>	ARTÍCULO 7. Instancia Nacional de revisión rápida. Las Superintendencias Nacionales, conformarán una instancia de Revisión Rápida para solicitudes elevadas por personas con enfermedades huérfanas, encargada de atender, resolver y acelerar los casos en los que se presenten demoras administrativas injustificadas; cuya reglamentación tendrá un término no mayor a seis meses (6) a partir de entrada en vigencia de la presente ley. Esta instancia contará con plazos perentorios de acuerdo a la naturaleza del caso, para emitir una respuesta y deberá contar con una plataforma en línea que facilite los procesos de radicación, seguimiento y respuesta	ARTÍCULO 7. Instancia Nacional de revisión rápida. Las Superintendencias Nacionales <u>en el ámbito de su competencia,</u> conformarán una instancia de Revisión Rápida para solicitudes elevadas por personas con enfermedades huérfanas, encargada de atender, resolver y acelerar los casos en los que se presenten demoras administrativas injustificadas; cuya reglamentación tendrá un término no mayor a seis meses (6) a partir de entrada en vigencia de la presente ley. Esta instancia contará con plazos perentorios de acuerdo a la naturaleza del caso, para emitir una respuesta y deberá contar con una plataforma en línea que facilite los	<table><tr><td data-bbox="834 422 1123 607"> para las personas diagnosticadas con enfermedades huérfanas en el país. Parágrafo. Lo anterior, no cubre los términos de ley que se han definido para algunos trámites en particular como ocurre con el derecho de petición, la tutela o los contenidos en la ley 1996 de 2019, entre otros. </td><td data-bbox="1123 422 1409 747"> procesos de radicación, seguimiento y respuesta para las personas diagnosticadas con enfermedades huérfanas en el país. Parágrafo. Lo anterior, no cubre los términos de ley que se han definido para algunos trámites en particular como ocurre con el derecho de petición, la tutela o los contenidos en la ley 1996 de 2019, entre otros. Se exceptúan de lo dispuesto en el presente artículo aquellos tramites cuyos términos se regulen de manera especial en las leyes vigentes. </td></tr></table> 6. IMPACTO FISCAL. Frente al artículo 7º Análisis del impacto fiscal de las normas de la Ley 819 de 2003 Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones, la Honorable Corte Constitucional se pronunció sobre su interpretación de la siguiente manera en la Sentencia C-502 de 2007: <i>“36. Por todo lo anterior, la Corte considera que los primeros tres incisos del art. 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. Esto significa que ellos constituyen instrumentos para mejorar la labor legislativa. 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</i> 7. CONFLICTO DE INTERÉS. Contrastado lo ordenado en el artículo 1º y 3º de la Ley 2003 de 2019, los artículos 286 y 291 de la Ley 5 de 1992 (Reglamento del Congreso), y conforme con el objetivo de la presente iniciativa, se puede concluir que no hay motivos que puedan generar un conflicto de interés para presentar esta iniciativa de ley. Esto, tomando en consideración que no existe situación que pueda resultar en un beneficio particular, actual y directo a favor del congresista. 8. PROPOSICIÓN. Por las anteriores consideraciones y haciendo uso de la facultad conferida por el artículo 153 de la ley 5 de 1992, se rinde Ponencia Positiva y se solicita a los Honorables Senadores de la Plenaria de Senado dar segundo debate al PROYECTO DE LEY No 292 DE 2024 SENADO “Por medio de la cual se establecen medidas para dignificar el periodo de vida de las personas diagnosticadas con esclerosis lateral amiotrófica y otras enfermedades catalogadas como huérfanas y se dictan otras disposiciones” (¡Ley muévete por mí!)”.  NADIA BELL SCAFF Senadora de la República	para las personas diagnosticadas con enfermedades huérfanas en el país. Parágrafo. Lo anterior, no cubre los términos de ley que se han definido para algunos trámites en particular como ocurre con el derecho de petición, la tutela o los contenidos en la ley 1996 de 2019, entre otros.	procesos de radicación, seguimiento y respuesta para las personas diagnosticadas con enfermedades huérfanas en el país. Parágrafo. Lo anterior, no cubre los términos de ley que se han definido para algunos trámites en particular como ocurre con el derecho de petición, la tutela o los contenidos en la ley 1996 de 2019, entre otros. Se exceptúan de lo dispuesto en el presente artículo aquellos tramites cuyos términos se regulen de manera especial en las leyes vigentes.
	<u>reconocidas en los términos de la normatividad vigente.</u> Lo anterior, en virtud del artículo 3 de la ley 1392 de 2010 y el artículo 11 de la ley 1751 de 2015 o las disposiciones que hagan sus veces. <u>Parágrafo 3. Los reembolsos y pagos a las EPS o IPS por atenciones a los pacientes de que trata la presente ley, tendrán prelación en el orden de gasto del Ministerio de Salud, la ADRES o la entidad correspondiente.</u>						
ARTÍCULO 7. Instancia Nacional de revisión rápida. Las Superintendencias Nacionales, conformarán una instancia de Revisión Rápida para solicitudes elevadas por personas con enfermedades huérfanas, encargada de atender, resolver y acelerar los casos en los que se presenten demoras administrativas injustificadas; cuya reglamentación tendrá un término no mayor a seis meses (6) a partir de entrada en vigencia de la presente ley. Esta instancia contará con plazos perentorios de acuerdo a la naturaleza del caso, para emitir una respuesta y deberá contar con una plataforma en línea que facilite los procesos de radicación, seguimiento y respuesta	ARTÍCULO 7. Instancia Nacional de revisión rápida. Las Superintendencias Nacionales <u>en el ámbito de su competencia,</u> conformarán una instancia de Revisión Rápida para solicitudes elevadas por personas con enfermedades huérfanas, encargada de atender, resolver y acelerar los casos en los que se presenten demoras administrativas injustificadas; cuya reglamentación tendrá un término no mayor a seis meses (6) a partir de entrada en vigencia de la presente ley. Esta instancia contará con plazos perentorios de acuerdo a la naturaleza del caso, para emitir una respuesta y deberá contar con una plataforma en línea que facilite los						
para las personas diagnosticadas con enfermedades huérfanas en el país. Parágrafo. Lo anterior, no cubre los términos de ley que se han definido para algunos trámites en particular como ocurre con el derecho de petición, la tutela o los contenidos en la ley 1996 de 2019, entre otros.	procesos de radicación, seguimiento y respuesta para las personas diagnosticadas con enfermedades huérfanas en el país. Parágrafo. Lo anterior, no cubre los términos de ley que se han definido para algunos trámites en particular como ocurre con el derecho de petición, la tutela o los contenidos en la ley 1996 de 2019, entre otros. Se exceptúan de lo dispuesto en el presente artículo aquellos tramites cuyos términos se regulen de manera especial en las leyes vigentes.						
<i>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 experticia 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> <i>Por otra parte, es preciso reiterar que, si el Ministerio de Hacienda no participa en el curso del proyecto durante su formación en el Congreso de la República, mal puede ello significar que el proceso legislativo se encuentra viciado por no haber tenido en cuenta las condiciones establecidas en el art. 7º de la Ley 819 de 2003. Puesto que la carga principal en la presentación de las consecuencias fiscales de los proyectos reside en el Ministerio de Hacienda, la omisión del Ministerio en informar a los congresistas acerca de los problemas que presenta el proyecto no afecta la validez del proceso legislativo ni vicia la ley correspondiente.”</i> 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 aquel, 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. En consecuencia, sin perjuicio de que el Proyecto de Ley continúe su trámite en el Senado de la Republica el ponente coordinador solicitó concepto de la presente iniciativa legislativa al Ministerio de Hacienda, el cual deberá adjuntarse al Proyecto una vez llegue la respuesta al mismo.							

TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE PROYECTO DE LEY NÚMERO 292 DE 2024 SENADO <i>POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECEN MEDIDAS PARA DIGNIFICAR EL PERIODO DE VIDA DE LAS PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICAS Y OTRAS ENFERMEDADES CATALOGADAS COMO HUÉRFANAS Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES” (¡LEY MUÉVETE POR MÍ!)</i> EL CONGRESO DE COLOMBIA DECRETA: ARTÍCULO 1. Objeto. La presente ley tiene por objeto establecer medidas de protección especial para dignificar el periodo de vida de las personas diagnosticadas con Esclerosis Lateral Amiotrófica - E.L.A., y demás enfermedades catalogadas como huérfanas en el país. ARTÍCULO 2. Tiempos de respuesta prioritarios para las personas diagnosticadas con enfermedades huérfanas. Los trámites adelantados por personas diagnosticadas con ELA u otras enfermedades catalogadas como huérfanas, deberán gozar de especial celeridad, por parte de las entidades encargadas de atenderlos y resolverlos. Por lo cual, a partir del momento en que se realiza la solicitud por los canales oficiales dispuestos para iniciar su gestión, deberán gozar de plazos perentorios para su resolución de acuerdo a la naturaleza de los mismos. Estos procesos incluirán, pero no se limitarán a: Registro y certificado de calificación de discapacidad; Procesos de calificación de pérdida de capacidad laboral; Exigencia a los fondos de pensiones para agilizar reconocimiento y pago de pensión por invalidez; Estabilidad laboral reforzada para personas con ésta discapacidad; Todos los procedimientos, medicamentos, órdenes y atención,	adjudicación de personal de cuidado o enfermería en materia de salud, así como, los requerimientos en materia de discapacidad, pensiones, donde el solicitante sea una persona diagnosticada con ELA o cualquiera de las enfermedades huérfanas contenidas en la resolución 023 del 4 de enero de 2023, proferida por el Ministerio de Salud y Protección Social o documento que la adicione o reemplace. Parágrafo: Para la garantía de la prestación de servicios de salud, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá crear en un plazo no mayor a 6 meses, un estándar que establezca el tiempo adecuado por diagnóstico, para la atención integral de dicha población, teniendo en cuenta como criterios de priorización, el grado de progresividad de la enfermedad, además de otros que se consideren vitales, además de la dispersión geográfica. Con base al estándar elaborado, y a fin de garantizar dignidad en los diferentes trámites de la protección social, tanto el Ministerio de Salud y Protección Social como el Ministerio del Trabajo garantizarán celeridad en los procesos del Sistema General de Riesgos Laborales y del Sistema General de Pensiones, a fin de garantizar una atención integral a las personas catalogadas con enfermedades catalogadas como huérfanas. ARTÍCULO 3. Protocolos, guías y rutas especializadas de atención. El Ministerio de Salud y Protección Social desarrollará protocolos, guías y rutas de atención diferenciados para pacientes con enfermedades huérfanas, que incluyan medidas para priorizar sus solicitudes y necesidades clínicas, garantizando la atención preferente de sus necesidades médicas, entre las que se incluyan medicamentos, citas, exámenes especializados, entre otros, y en los casos de urgencia. Parágrafo 1. En un plazo no mayor a seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá establecer los protocolos, las guías y las rutas de atención y diagnóstico de aquellas enfermedades huérfanas que hoy no cuentan con vías de atención específicas. Parágrafo 2. Sin perjuicio de las disposiciones del presente artículo, los protocolos, guías y rutas de atención diferenciados, integrarán aquellos que se están implementando actualmente y cuyo desarrollo haya demostrado eficacia en su implementación.
De manera complementaria y como parte de las guías y rutas, se conformará un directorio de red institucional de apoyo, que incluya especialistas, entidades públicas y privadas, organizaciones no lucrativas, entre otros, que permita a los usuarios y pacientes conocer a la comunidad de expertos con que cuenta el país para la atención de enfermedades huérfanas. Asimismo, se promoverá el tránsito a herramientas digitales que permitan y faciliten el acceso de los usuarios, así como el tránsito a nuevos procesos y propender por la mejora continua en la atención y acompañamiento de los pacientes con enfermedades huérfanas. Parágrafo 3. En aras de garantizar el acceso a los servicios y atenciones en salud a los pacientes, la Superintendencia de Salud establecerá un protocolo especial, que permita adelantar el debido seguimiento, evaluación y auditoría al cumplimiento de los contenidos dispuestos en los protocolos, las guías y las rutas de atención y diagnóstico de enfermedades huérfanas. ARTÍCULO 4. Educación en materia de derechos de las personas con discapacidad y enfermedades huérfanas. El Gobierno Nacional implementará, en un término no mayor a seis meses (6) a partir de entrada en vigencia de la presente ley, un programa de educación, sensibilización y capacitación en materia de derechos de las personas con discapacidad, especialmente de las enfermedades huérfanas y sus necesidades particulares, sus cuidadores y red de apoyo, dirigido a funcionarios públicos con el fin de garantizar un tratamiento diferenciado necesario para las personas con enfermedades huérfanas y los criterios interseccionales que les sean aplicables. El programa deberá incluir las obligaciones de las instituciones públicas para el tratamiento de las personas con discapacidad, incluyendo, además, los criterios de interseccionalidad, rutas de atención, derechos y deberes de sus cuidadores y red de apoyo, entre otros. Parágrafo: Adicionalmente, el programa deberá incluir una especificación clara de los tipos de discapacidad que pueden presentarse, tanto visibles como invisibles. En los casos en que la discapacidad no sea visible a simple vista, se deberá proporcionar	información adecuada para sensibilizar a los participantes sobre la posibilidad de su existencia, promoviendo un enfoque inclusivo y comprensivo. ARTÍCULO 5. Asistencia psicológica y apoyo social. El Gobierno Nacional garantizará de forma preferente y célere, el acceso a programas de apoyo psicológico y social para las personas diagnosticadas con enfermedades huérfanas y sus familias, cuidadores y red de apoyo, considerando el impacto emocional y financiero que estas enfermedades pueden generar. Estos programas deberán estar disponibles en todos los centros de referencia a nivel nacional. Parágrafo: En desarrollo de la asistencia, el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección social, deberá definir el rol específico de los centros de referencia, en la planeación, operación y evaluación de estos servicios, asegurando una cobertura integral y efectiva. Así mismo deberá establecer los debidos protocolos que permitan derivar las atenciones a otros centros de referencia, cuando no sea posible la atención directa en el mismo centro, y disponer adicionalmente de diferentes canales para el Servicio de Atención Psicológica y apoyo social, de manera que no se constituyan barreras de acceso a la atención prioritaria que se requiere. ARTÍCULO 6. Medidas afirmativas para la garantía de los derechos de personas con ELA y otras enfermedades huérfanas. El Gobierno Nacional implementará, en un término no mayor a seis meses (6) a partir de entrada en vigencia de la presente ley, políticas públicas, planes, programas y proyectos, que prioricen y garanticen de forma efectiva el goce de los derechos para las personas con enfermedades huérfanas, que deberán incluir, pero no limitarse a al derecho al trabajo, derecho al acceso a la información y las comunicaciones, derecho a la cultura, derecho a la recreación y el deporte, acceso al turismo, derecho de acceso a la justicia y derecho a participación política y pública. En la implementación de estas medidas, el Gobierno deberá asegurar la participación ciudadana activa de las personas diagnosticadas con enfermedades huérfanas y sus familias, así como de las organizaciones de pacientes, para garantizar que las políticas y acciones respondan a sus necesidades reales.

Las medidas adoptadas en cumplimiento de la presente ley deberán estar alineadas con los objetivos establecidos en el Plan Nacional de Gestión de Enfermedades Huérfanas/Raras, integrando componentes de educación, monitoreo y evaluación que permitan asegurar una atención integral.

El PNG-EHR será el marco de referencia para coordinar y supervisar el cumplimiento de estas políticas, planes y programas.

Parágrafo 1. Lo estipulado en el presente artículo deberá complementar de manera articulada y contribuir a la efectividad de lo dispuesto en los artículos 13, 16, 17, 18, 19, 21 y 22 de la ley 1618 de 2013, dando un énfasis diferencial a las personas diagnosticadas con enfermedades huérfanas.

Parágrafo 2. En atención a lo establecido en el artículo 3 de la ley 1392 de 2010 y el artículo 11 de la ley 1751 de 2015, el Gobierno nacional, en el mismo término establecido en el presente artículo, creará un plan de incentivos con el fin de estimular la habilitación de los centros de referencia de diagnóstico, tratamiento y farmacias para la atención integral de las enfermedades huérfanas establecidas en la resolución 651 de 2018.

Parágrafo 3. Los reembolsos y pagos a las EPS o IPS por atenciones a los pacientes de que trata la presente ley, tendrán prelación en el orden de gasto del Ministerio de Salud, la ADRES o la entidad correspondiente.

ARTÍCULO 7. Instancia Nacional de revisión rápida. Las Superintendencias Nacionales en el ámbito de su competencia, conformarán una instancia de Revisión Rápida para solicitudes elevadas por personas con enfermedades huérfanas, encargada de atender, resolver y acelerar los casos en los que se presenten demoras administrativas injustificadas; cuya reglamentación tendrá un término no mayor a seis meses (6) a partir de entrada en vigencia de la presente ley.

Esta instancia contará con plazos perentorios de acuerdo a la naturaleza del caso, para emitir una respuesta y deberá contar con una plataforma en línea que facilite los procesos de radicación, seguimiento y respuesta para las personas diagnosticadas con enfermedades huérfanas en el país.

Parágrafo. Se exceptúan de lo dispuesto en el presente artículo aquellos trámites cuyos términos se regulen de manera especial en las leyes vigentes.

ARTÍCULO 8. Prohibiciones. En ningún caso, se podrá restringir el ejercicio de los derechos de las personas con enfermedades huérfanas, incluidos el derecho a la libertad de locomoción, trabajo, deporte, educación, y en general, todos los escenarios individuales, sociales, culturales y económicos, bajo ningún pretexto, en razón y con ocasión de la discapacidad. El hacerlo constituye una discriminación y acarreará las consecuencias legales y disciplinarias a que haya lugar.

ARTÍCULO 9. Vigencia. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial y deroga todas las disposiciones normativas que le sean contrarias.



NADIA B. EL SCAFF
Senadora de la República

Comisión Séptima Constitucional Permanente

LA COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA. - Bogotá D.C., a los nueve (9) días del mes de abril del año dos mil veinticinco (2025) - En la presente fecha se autoriza la publicación en Gaceta del Congreso de la República. Informe de Ponencia para segundo debate, y texto propuesto, así:

INFORME DE PONENCIA PARA: SEGUNDO DEBATE

NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: 292/2024 SENADO

TÍTULO: "POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECEN MEDIDAS PARA DIGNIFICAR EL PERIODO DE VIDA DE LAS PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA Y OTRAS ENFERMEADES CATALOGADAS COMO HUÉRFANAS Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES (LEY ¡MUÉVETE POR MÍ!)"

INICIATIVA: H.S. PEDRO HERNANDO FLÓREZ PORRAS, NADIA GEORGETTE BLEL SCAFF, JULIO ALBERTO ELÍAS VIDAL.

RADICADO: EN SENADO: 22-10-2024 EN COMISIÓN: 29-10-2024 EN CÁMARA: XX-XX-202X

PUBLICACIONES – GACETAS								
TEXTO ORIGINAL	PONENCIA 1º DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO COM VII SENADO	PONENCIA 2º DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA SENADO	PONENCIA 1º DEBATE CAMARA	TEXTO DEFINITIVO COM VII CAMARA	PONENCIA 2º DEBATE CAMARA	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA CAMARA
09 Art 1811/2024	09 Art 2010/2024							

PONENTES SEGUNDO DEBATE		
HH.SS. PONENTES	ASIGNADO (A)	PARTIDO
NADYA BLEL SCAFF	UNICA	CONSERVADOR

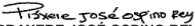
NÚMERO DE FOLIOS: VEITIDOS (22)

RECIBIDO EL DÍA: 08 DE ABRIL DE 2025

HORA: 15:20 PM

Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5º del artículo 2º de la Ley 1431 de 2011.

El secretario,



PRAXERE JOSÉ OSPINO REY
Secretario General Comisión Séptima

TEXTOS DE PLENARIA

TEXTO DEFINITIVO APROBADO EN SESIÓN PLENARIA DEL SENADO DE LA REPÚBLICA DEL DÍA 7 DE ABRIL DE 2025 AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 275 DE 2024 SENADO

por medio del cual se adopta el “Protocolo Facultativo de la Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad”, adoptado en Nueva York, el 13 de diciembre de 2006.

TEXTO DEFINITIVO APROBADO EN SESIÓN PLENARIA DEL SENADO DE LA REPÚBLICA DEL DÍA 07 DE ABRIL DE 2025 AL PROYECTO DE LEY No. 275 DE 2024 SENADO “POR MEDIO DEL CUAL SE ADOPTA EL “PROTOCOLO FACULTATIVO DE LA CONVENCIÓN SOBRE DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD”, ADOPTADO EN NUEVA YORK, EL 13 DE DICIEMBRE DE 2006”. El Congreso de Colombia DECRETA. ARTÍCULO PRIMERO: Apruébese el «Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad», adoptado en Nueva York, el 13 de diciembre de 2006. ARTÍCULO SEGUNDO: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 1º de la Ley 7 de 1944, el «Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad», adoptado en Nueva York, el 13 de diciembre de 2006, que por el artículo primero de esta ley se aprueba, obligará a la República de Colombia a partir de la fecha en que se perfeccione el vínculo internacional respecto del mismo. ARTÍCULO TERCERO: La presente Ley rige a partir de la fecha de su publicación. Con el propósito de dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 182 de la Ley 5ª de 1992, me permito presentar el texto definitivo aprobado en Sesión Plenaria del Senado de la República del día 07 de abril de 2025 al PROYECTO DE LEY No. 275 DE 2024 SENADO “POR MEDIO DEL CUAL SE ADOPTA EL “PROTOCOLO FACULTATIVO DE LA CONVENCIÓN SOBRE DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD”, ADOPTADO EN NUEVA YORK, EL 13 DE DICIEMBRE DE 2006”.	Cordialmente, JOSÉ LUIS PÉREZ OYUELA Senador Ponente LIDIO ARTURO GARCÍA TURBAY Senador Ponente El presente Texto Definitivo, fue aprobado sin modificaciones en Sesión Plenaria del Senado de la República del día 07 de abril de 2025, de conformidad con el texto propuesto para segundo debate. DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ Secretario General
---	--

CONTENIDO

Gaceta número 505 - Viernes, 11 de abril de 2025

SENADO DE LA REPÚBLICA
PONENCIAS

	Págs.
Informe de ponencia para primer debate, pliego de modificaciones y texto propuesto del Proyecto de Ley número 356 de 2024 Senado, 225 de 2023 Cámara, por medio del cual se modifica la Ley 1566 del 2012, se dan lineamientos para una política de reducción de riesgos y daños para personas que consumen sustancias psicoactivas y se dictan otras disposiciones.....	1
Informe de ponencia para segundo debate, pliego de modificaciones y texto propuesto del Proyecto de Ley número 292 de 2024 Senado, por medio de la cual se establecen medidas para dignificar el periodo de vida de las personas diagnosticadas con esclerosis lateral amiotrófica y otras enfermedades catalogadas como huérfanas y se dictan otras disposiciones (¡Ley muévete por mí!)	14
TEXTOS DE PLENARIA	
Texto definitivo aprobado en sesión plenaria del Senado de la República del día 7 de abril de 2025 al Proyecto de Ley número 275 de 2024 Senado, por medio del cual se adopta el “Protocolo Facultativo de la Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad”, adoptado en Nueva York, el 13 de diciembre de 2006	20