

PROYECTO DE LEY No___ CÁMARA

“Por medio de la cual se eleva la edad a veintiún (21) años para consumo y venta de bebidas embriagantes y se dictan otras disposiciones”

El Congreso de Colombia

DECRETA:

CAPÍTULO I

OBJETO

Artículo 1°. Objeto: La presente ley tiene por objeto aumentar la edad a veintiún (21) años para consumo y venta de bebidas embriagantes y dictar otras disposiciones.

CAPÍTULO II

PROHÍBESE EL EXPENDIO Y CONSUMO DE BEBIDAS EMBRIAGANTES A MENORES DE VEINTIUN (21) AÑOS.

Artículo 2°. Sobre el expendio de bebidas alcohólicas a menores de edad. Modifíquese el artículo 1° de la Ley 124 de 1994, el cual quedará así:

ARTÍCULO 1o. Prohíbese el expendio y consumo de bebidas embriagantes a menores de veintiún (21) años.

La persona mayor que facilite las bebidas embriagantes o su adquisición, será sancionada de conformidad con las normas contempladas para los expendedores en los Códigos Nacional o Departamental de Policía.

Artículo 2. Vigencias y derogatorias: La presente Ley rige a partir de su promulgación y deroga cualquier norma que le sea contraria

Jack Housni Jaller
Representante a la Cámara

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El proyecto de Ley busca incrementar la edad de consumo de licor dieciocho (18) a veintiún (21) años en aras de proteger que los jóvenes inicien una ingesta de alcohol desde temprana edad.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el alcohol, es una sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia, se ha utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos.¹

Al respecto se precisan algunos datos y cifras²:

- Cada año se producen 3,3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones.
- El uso nocivo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos.
- En general, el 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones es atribuible al consumo de alcohol, calculado en términos de la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad (EVAD).³
- El consumo de alcohol provoca defunción y discapacidad a una edad relativamente temprana. En el grupo etario de 20 a 39 años, un 25% de las defunciones son atribuibles al consumo de alcohol.
- Existe una relación causal entre el consumo nocivo de alcohol y una serie de trastornos mentales y comportamentales, además de las enfermedades no transmisibles y los traumatismos.
- Recientemente se han determinado relaciones causales entre el consumo nocivo y la incidencia de enfermedades infecciosas tales como la tuberculosis y el VIH/sida.
- Más allá de las consecuencias sanitarias, el consumo nocivo de alcohol provoca pérdidas sociales y económicas importantes, tanto para las personas como para la sociedad en su conjunto.

¹ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>

² <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>

Es evidente como esta clase de sustancia afecta de forma definitiva al ser humano en su esfera física y emocional, circunstancia que repercute a su vez en su núcleo familiar, en la convivencia, en el desempeño profesional, en la productividad, en el desarrollo como ser humano y en la sociedad en general.

Una proporción considerable de las muertes que causa el alcohol corresponde a personas jóvenes. El consumo de bebidas alcohólicas ocupa el tercer lugar entre los principales factores de riesgo de mala salud en el mundo.

Tan solo en Colombia la información disponible indica que cerca de una tercera parte de las personas que consumen bebidas alcohólicas con alguna frecuencia presentan señales de consumo riesgoso o perjudicial. La problemática afecta mayormente a jóvenes entre 18 y 24 años, seguidos por el grupo etario de 25 a 34 años, y en tercer lugar los menores con edades entre 12 y 17 años. Son alarmantes las cifras de muertos en accidentes de tránsito y otras formas de accidentalidad asociadas al consumo de alcohol, así como las estadísticas de trastornos mentales relacionados con el alcohol³.

Lo anterior repercute en circunstancias graves para la salud de los colombianos, como lo muestra la siguiente gráfica producto de un estudio realizado por la Asociaciones Colombianas de Gastroenterología⁴:

³ *ESTRATEGIA NACIONAL DE RESPUESTA INTEGRAL FRENTE AL CONSUMO DE ALCOHOL EN COLOMBIA*. Ministerio de Salud de Colombia. Documento elaborado en el Marco del Convenio Interadministrativo 080 de 2011 entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Universidad Nacional de Colombia y revisado y retroalimentado en el marco del Convenio Interadministrativo 479 de 2013 Ministerio de Salud y Protección Social - Universidad Nacional de Colombia.

⁴ *Venta de alcohol y tasa de enfermedad hepática alcohólica por departamentos en Colombia*. Estudiantes de Medicina. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. Profesor Asociado. Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Medicina. Bogotá, Colombia.

Tabla 1. Ventas de alcohol per cápita y tasa de enfermedad hepática alcohólica por departamento en Colombia en el año 2012.

Departamento	Venta de alcohol per cápita (litros)	Tasas de cirrosis (por 100 000 habitantes)
Antioquia	4,42	10,47
Arauca	2,78	9,93
Atlántico	3,49	10,05
Bolívar	4,43	5,45
Boyacá	3,84	15,04
Caldas	3,65	8,15
Caquetá	4,52	5,88
Casanare	10,32	8,14
Cauca	2,69	4,54
Cesar	2,89	3,75
Chocó	2,01	0,76
Córdoba	3,20	7,30
Cundinamarca (con Bogotá)	5,67	14,80
Huila	4,02	5,27
La Guajira	1,64	1,80
Magdalena	4,08	5,91
Meta	6,21	8,69
Nariño	2,30	4,61
Norte de Santander	4,00	10,51
Quindío	3,42	7,50
Risaralda	5,68	19,84
Santander	5,11	27,70
Sucre	3,28	4,03
Tolima	0,74	10,34
Valle del Cauca	3,26	9,61
Total nacional	4,15	10,67

De la anterior tabla se colige que en los departamentos de Antioquia, Atlántico, Caldas, Cauca, Córdoba, Nariño, Norte de Santander, Quindío y Valle del Cauca fueron en los que se evidenció una correlación más directa entre las ventas per cápita de alcohol y los casos diagnosticados en los RIPS⁵ para el 2012; en tanto que Santander, Boyacá, Risaralda y Tolima presentan muy altos reportes de enfermedad hepática alcohólica en los RIPS con relación a sus ventas de alcohol legales. El caso de Meta es atípico ya que presenta las ventas de alcohol per cápita más altas del

⁵ Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS, se define como el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control y como soporte de la venta de servicios, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades a que hace referencia el artículo segundo de la resolución 3374 de 2000 (las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), de los profesionales independientes, o de los grupos de práctica profesional, las entidades administradoras de planes de beneficios y los organismos de dirección, vigilancia y control del SGSSS.)

territorio colombiano, sin embargo, las tasas de enfermedad hepática alcohólica en 2012 están por debajo del promedio nacional.⁶

Es decir, es claro el vínculo que existe entre la venta de bebidas alcohólicas y las enfermedades hepáticas desarrollan las personas, en la mayoría de Departamentos que registraron mayores ventas así también reportaron mayores casos de pacientes con esta clase de enfermedades.

El estudio también afirma que en Colombia el consumo de alcohol está ampliamente difundido en el país; las cifras señalan que entre 70% y 90% de la población lo ha probado, lo que conlleva un consumo inadecuado de alcohol.⁷

Para el año 2012 se atendieron en Colombia en total 3285 adultos (848 mujeres y 2437 hombres) con uno de los diagnósticos en estudio (cirrosis hepática alcohólica, hígado graso alcohólico, hepatitis alcohólica, fibrosis y esclerosis alcohólica del hígado, fallo hepático alcohólico y enfermedad hepática alcohólica sin especificar). La mayor parte de estos pacientes fueron vistos en Cundinamarca (1046), Antioquia (451), Santander (387), Valle del Cauca (301) y Atlántico (160).⁸

Es decir, existe por cada 100.000 habitantes existe una tasa de 10,7 que padecen enfermedades hepáticas por consumo de alcohol.

Desde los ochenta la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha liderado diferentes estrategias respecto del consumo del alcohol, con el aval o por mandato de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS), en 2008 la OMS formuló la Estrategia Mundial para la Reducción Mundial del Uso Nocivo de Alcohol (EMRUNA), aprobada y promulgada con carácter mandatario para todos los Estados Miembros

⁶ ESTRATEGIA NACIONAL DE RESPUESTA INTEGRAL FRENTE AL CONSUMO DE ALCOHOL EN COLOMBIA. Ministerio de Salud de Colombia. Documento elaborado en el Marco del Convenio Interadministrativo 080 de 2011 entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Universidad Nacional de Colombia y revisado y retroalimentado en el marco del Convenio Interadministrativo 479 de 2013 Ministerio de Salud y Protección Social - Universidad Nacional de Colombia.

Venta de alcohol y tasa de enfermedad hepática alcohólica por departamentos en Colombia. Estudiantes de Medicina. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. Profesor Asociado, Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Medicina. Bogotá, Colombia. EN <http://www.gastrocol.com/file/Revista/v30n4a04.pdf>

⁷ *Ibidem*

⁸ ESTRATEGIA NACIONAL DE RESPUESTA INTEGRAL FRENTE AL CONSUMO DE ALCOHOL EN COLOMBIA. Ministerio de Salud de Colombia. Documento elaborado en el Marco del Convenio Interadministrativo 080 de 2011 entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Universidad Nacional de Colombia y revisado y retroalimentado en el marco del Convenio Interadministrativo 479 de 2013 Ministerio de Salud y Protección Social - Universidad Nacional de Colombia

por la AMS a comienzos de 2010. Consecuentemente, el gobierno colombiano a través del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) tomó la decisión de formular e implementar la Estrategia Nacional de Prevención y Reducción del Consumo Nocivo de Alcohol.⁹

La estrategia nacional se sustenta en las políticas y las acciones desplegadas previamente en Colombia, así como en los lineamientos de la EMRUNA, adaptados a la realidad del país, definiendo su aplicación y su alcance en el marco de las exigencias y las posibilidades que se derivan de dicha realidad.

El objetivo general de la estrategia nacional es contar con una respuesta integral frente al consumo de alcohol en Colombia, que permita prevenir el consumo y disminuir los efectos sociales y de salud pública asociados al consumo nocivo. Esta iniciativa comprende los siguientes objetivos específicos: (i) Reducir la vulnerabilidad al consumo de alcohol en la población; (ii) reducir el impacto social y de salud pública del consumo nocivo de alcohol, y (iii) fortalecer la respuesta institucional y comunitaria frente al consumo de alcohol y sus consecuencias.¹⁰

De manera que actualmente Colombia, acorde a los parámetros internacionales, cuenta con una política pública enfocada a la etapa preventiva y de disminución de las consecuencias asociadas al consumo del alcohol enfocada primero en disminuir el estado en que las personas pueden ser afectadas por la ingesta de alcohol, segundo aminorar el efecto en la sociedad y el problema de salud público que genera el consumo de esta clase de sustancias y tercero consolidar una contestación oportuna y articulada desde el sector público como desde el sector privado.

Es así como la presente iniciativa pretende contribuir con la reducción de la vulnerabilidad al consumo de alcohol de la población en Colombia; constituyéndose como una herramienta que proporciona mejores situaciones para la salud y el bienestar social de toda la población y mitigar las cargas de morbilidad y mortalidad asociadas al alcohol.¹¹

⁹ Íbidem

¹⁰ Íbidem

¹¹ Íbidem

Una gran preocupación respecto del consumo de riesgo o perjudicial de alcohol es respecto de los consumidores de 18 a 24 años de edad puesto que asciende al 41%, entre los consumidores de 25 a 34 años asciende a un 35%, entre los consumidores de 35 a 44 años asciende a un 33%, entre los consumidores de 12 a 17 años asciende a 31%, y entre los consumidores de 45 a 65 años asciende 30%.¹²

En cifras globales, el consumo de riesgo o perjudicial de alcohol en Colombia afecta a 673 mil jóvenes entre 18 y 24 años, lo que equivale a casi 20% de la población en esa franja de edad; 645 mil personas entre 25 y 34 años, equivalentes a 15% de la población en esa franja de edad; 495 mil personas entre 35 y 44 años, o 12% de la población en esa franja de edad; 394 mil personas entre 45 y 65 años (8%), y 195 mil personas con edades entre 12 y 17 años (6% de los menores en esa franja).¹³

Según cifras del 2008 en términos del territorio, las mayores prevalencias de consumo de alcohol en el último mes se registran en Boyacá (47%), San Andrés y Providencia (43,5%), Cundinamarca (42%), Medellín y el área metropolitana (41%), Caldas (39%), Bogotá D.C. (38%) y Orinoquia y Amazonia (37%).¹⁴

El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en Colombia y en el resto del mundo. En el país, cerca de siete millones de personas con edades entre 12 y 65 años son consumidores de alcohol, lo que equivale a 35% de la población en ese rango de edades, lo que se quiere con esta medida es reducir la vulnerabilidad que tienen los jóvenes colombianos a la ingesta de bebidas alcohólicas, lo que por ende conllevaría reducción en los índices de muertes, de violencias, de problemas escolares, de convivencia y un sinnúmero de beneficios para la integridad y bienestar del ser humano.¹⁵

FUNDAMENTOS CONSTITUCIONALES Y LEGALES

CONSTITUCION POLITICA

ARTICULO 150. Corresponde al Congreso hacer las leyes. Por medio de ellas ejerce las siguientes funciones:

1. Interpretar, reformar y derogar las leyes.

[...]

¹² Íbidem

¹³ Íbidem

¹⁴ Íbidem

El numeral en mención determina la Cláusula General de Competencia Legislativa, la cual establece que “el Poder Legislativo está facultado para dictar leyes en todos aquellos asuntos que puedan ser materia de legislación y cuya regulación no haya sido atribuida a otra rama u órgano independiente, incluso cuando esos temas no están comprendidos dentro de las funciones que han sido asignadas expresamente al Congreso en la Carta. [...] la cual ha sido derivada, en el marco de la actual Constitución, de la interpretación de los apartes de los artículos 114 y 150 que expresan que al Congreso le corresponde "hacer las leyes".

Por lo anterior, es evidente que las funciones del Congreso que se especifican en el artículo 150 de la Constitución no son taxativas sino descriptivas y que es a este órgano que le corresponde la responsabilidad de dictar reglas en todas aquellas materias no confiadas a otras esferas estatales. Así las cosas, el Congreso sí puede entrar a regular materias que no le han sido específicamente atribuidas por la Constitución. [...]”¹⁶

Así mismo el artículo 49 de la Constitución Política, contempla:

CONSTITUCION POLITICA

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

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

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

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

¹⁶ Corte Constitucional. sentencia c-473/97. m.p. Eduardo Cifuentes Muñoz

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

Por su parte los artículos 1 y 2 de la Ley 1751 del 2015, refieren:

Artículo 1º. Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.

Artículo 2º. Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado

Según la Corte Constitucional ¹⁷ la salud puede ser entendida desde dos concepciones:

4.- Según el artículo 49 de la Constitución Nacional, la salud tiene una doble connotación –derecho constitucional y servicio público^[1]. En tal sentido, todas las personas deben poder acceder al servicio de salud y al Estado le corresponde organizar, dirigir, reglamentar y garantizar su prestación de conformidad con los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad^[2].

(...)

5.- La protección que le otorga el ordenamiento constitucional al derecho a la salud se complementa y fortalece por lo dispuesto en el ámbito internacional. Son varios los instrumentos internacionales que reconocen el derecho de las personas a la salud^[3]. El artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos afirma en su párrafo 1º que

¹⁷ Corte Constitucional. Sentencia T-016/07

'toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios'.

El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales contiene una de las disposiciones más completas y exhaustivas sobre el derecho a la salud. En su párrafo 1º determina que los Estados partes reconocen

"el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental", mientras que en el párrafo 2 del artículo 12 se indican, a título de ejemplo, diversas 'medidas que deberán adoptar los Estados Partes a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho.'"

La Observación General 14 del Comité de Naciones Unidas sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales con fundamento en la cual el Comité fijó el sentido y los alcances de los derechos y obligaciones derivados del Pacto, recordó que:

"la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente." (Subrayas fuera de texto) [4]."

La Observación 14 del Comité enfatizó, de otro lado, la necesidad de realizar una interpretación amplia del concepto de salud contenida en el párrafo 1º, artículo 12 del Pacto sobre Derechos Sociales, Económicos y Culturales. Recomendó el Comité prestar atención al precepto contenido en el párrafo segundo del mismo artículo pues sólo de ese modo era posible reconocer que:

"la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como

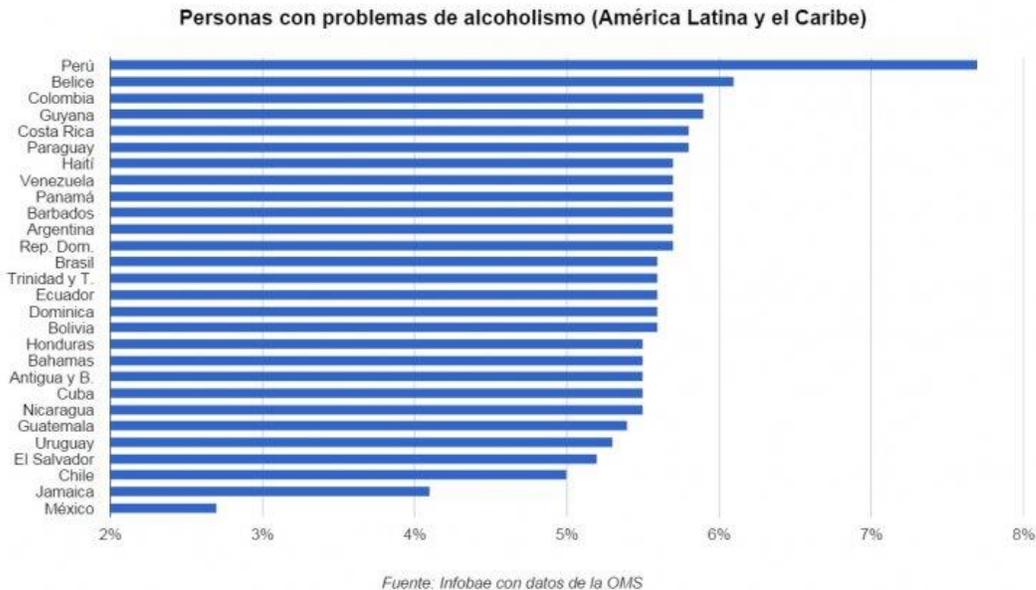
la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano¹⁵¹.”

De manera que, puede entenderse la salud con una doble connotación si bien es un servicio público que debe ser garantizado por el Estado así también se considera como un derecho fundamental inalienable a cada ser humano.

La salud como derecho fundamental fue desarrollado inicialmente vía jurisprudencia de la Corte Constitucional y posteriormente se consagro en la Ley Estatutaria Ley 1751 del 2015.

Para que un ser humano tenga salud debe contar con todas las condiciones que garanticen su integridad física y mental, el consumo de sustancias como el alcohol se consideran como factores de riesgo que pueden afectar gravemente el desarrollo de su vida, especialmente en la etapa de la juventud donde se considera que la mayor tasa de consumo de alcohol actualmente oscila entre los 18 a 24 años de edad, siendo que el uso perjudicial de bebidas alcohólicas tiene mayor impacto entre los jóvenes de las edades mencionadas.

Por ello a través de la presente iniciativa se quiere proteger el derecho a la salud de los colombianos y ser un elemento que complemente la política pública de reducción de la vulnerabilidad al consumo de alcohol en la población.



<http://www.infobae.com/2014/10/18/1602549-los-10-paises-mas-problemas-alcoholismo-el-mundo/>

Con base en la gráfica anterior podemos ver que Colombia es uno de los países con más altos índices de problemas de alcoholismo a nivel de América latina y del Caribe. Un dato preocupante, el cual influye negativamente en los diferentes espacios de una sociedad (laboral, familiar, social, salud entre otros).

Jack Housni Jaller
Representante a la Cámara