REPÚBLICA DE COLOMBIA

GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XX - Nº 18 | Bogotá, D. C., lunes, 7 de febrero de 2011 | EDICIÓN DE 8 PÁGINAS

DIRECTORES: EMILIO RAMÓN OTERO DAJUD, SECRETARIO GENERAL DEL SENADO, www.secretariasenado.gov.co — JESÚS ALFONSO RODRÍGUEZ CAMARGO, 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 AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 138 DE 2010 SENADO

mediante la cual se crean Unidades de Cuidados Paliativos para el manejo integral de Pacientes Terminales y se prohíben para ellos los tratamientos extraordinarios o desproporcionados que no dan calidad de vida.

Bogotá, D. C., enero 17 de 2011

Doctora

TERESITA GARCÍA ROMERO

Vicepresidente

Comisión Séptima

Senado de la República

Ciudad

Referencia: Informe de ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 138 de 2010 Senado.

Señora Vicepresidente:

En cumplimiento de la designación que me fue encomendada, presento el informe para primer debate al Proyecto de ley número 138 de 2010 Senado, *mediante la cual se crean Unidades de Cuidados Paliativos para el manejo integral de Pacientes Terminales y se prohíben para ellos los tratamientos extraordinarios o desproporcionados que no dan calidad de vida* y para efectos de lo cual me permito hacer las siguientes consideraciones:

1. **Objeto y contenido de la iniciativa legislativa**

De conformidad con el articulado y la exposición de motivos del proyecto de ley, es preciso indicar que el objeto se concreta en la intención de reglamentar el derecho de las personas con enfermedades terminales a ser atendidos de manera integral y ante una enfermedad degenerativa e irreversible, reconocer la facultad, por expreso deseo del paciente, a desistir de la aplicación de medidas médicas extraordinarias con el fin de prolongar la vida y prohibir el enseñamiento terapéutico, entendida como el derecho de todo ser humano a experimentar una muerte en paz, de acuerdo a la dignidad trascendente de la persona humana, sin prolongar la existencia por medios extraordinarios o desproporcionados, sin entenderse en ningún momento que mediante este proyecto se autoriza al personal médico a practicar procedimientos encaminados a la interrupción de la vida del paciente.

2. **Marco jurídico del proyecto**

El proyecto de ley a que se refiere esta ponencia cumple con lo establecido en el artículo 140 numeral 1 de la Ley 5ª de 1992; debido a que se trata es una iniciativa Congresional presentada individualmente por el Senador Álvaro Ashton Giraldo, quien tiene la competencia para tal efecto.

Cumple además con los artículos 154, 157, y 158 de la Constitución Política, referentes a su origen, formalidades de publicidad y unidad de materia. Así mismo con el artículo 150 de la Carta que manifiesta que dentro de las funciones del Congreso está la de hacer las leyes.

3. **Antecedentes**

El proyecto de ley tiene origen en el Senado de la República, presentado a consideración del Congreso por el honorable Senador Álvaro Ashton Giraldo, radicado bajo el número 138 de 2010 Senado, correspondiéndole por el asunto de la materia a la Comisión Séptima del Senado,

para lo cual el señor Secretario de la Comisión me designó como Ponente del proyecto.

En ejercicio de la función legislativa, rindo ponencia a efecto de dar primer debate al Proyecto de ley número 138 de 2010 Senado, *mediante la cual se crean Unidades de Cuidados Paliativos para el manejo integral de Pacientes Terminales y se prohíben para ellos los tratamientos extraordinarios o desproporcionados que no dan calidad de vida*.

4. **Justificación del proyecto**

El propósito de este proyecto de ley, con las modificaciones que se presentan, es el de reglamentar y asegurar el derecho de las personas que padecen una enfermedad crónica o de alta complejidad, que ocasione grave pérdida de la calidad de vida y para la cual no exista un tratamiento curativo que permita esperar su resolución definitiva, a recibir atención paliativa idónea, la cual consiste en el control del dolor y otros síntomas, así como la atención en aspectos psicosociales y espirituales del paciente y su familia indispensable para reducir el sufrimiento. Se considera indispensable el suministro de la atención paliativa en casos donde exista una enfermedad crónica, avanzada, compleja y que ocasione grave pérdida de la calidad de vida y también en los casos de no existir un tratamiento curativo.

El desarrollo y aseguramiento de la atención paliativa implica, entre otras cosas establecer un diagnóstico adecuado y oportuno de una enfermedad crónica o de alta complejidad, el suministro de información oportuna al paciente y a sus familiares, la prestación de un servicio paliativo integral, la disposición de talento humano idóneo, para atender este tipo de situaciones, y el desarrollo, dentro del Sistema General de Seguridad Social, de todos los instrumentos y orientaciones pertinentes; elementos que se desarrollarán más adelante en esta exposición de motivos.

La justificación de una ley en este tema proviene de la evidencia del aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas, degenerativas y oncológicas incurables, así como la tendencia demográfica que hace esperar una mayor proporción de pacientes ancianos. De acuerdo, a la información del DANE, en el 2007 murieron aproximadamente 30.000 personas por cáncer, dos tercios de ellas en cabeceras municipales y un tercio en regiones rurales. Por esta razón, se considera que esta sería la población que se beneficia de atención en cuidados paliativos, al lado de las demás personas que padece esta enfermedad.

Teniendo en cuenta que las enfermedades crónicas son un problema de salud pública, la Organización Mundial de la Salud ha sugerido implementar estrategias que tengan como pilares fundamentales el acceso a medicamentos, la educación del recurso humano en salud y la implementación de políticas que soporten los procesos.

Se hace necesario la garantía del derecho dentro del Sistema General de Seguridad Social, mediante la adopción de protocolos y guías terapéuticas, idoneidad de los prestadores, equipos y profesionales, definición de la prestación dentro de su red de servicios y garantía del acceso, vigilancia por parte del Gobierno Nacional con el cumplimiento de los protocolos y parámetros éticos por parte de los prestadores.

5. **Consideraciones**

Factores a implementar en la atención paliativa

a) **Diagnóstico adecuado y oportuno**

Un aspecto que resulta fundamental para la atención paliativa es un diagnóstico oportuno y profesional que permita dar cuenta del cambio de pronóstico, desde una expectativa de curación a una condición de una enfermedad crónica o de alta complejidad que ocasione grave pérdida de la calidad de vida y para la cual no exista un tratamiento curativo que permita esperar su resolución definitiva, desafortunadamente no es fácil hacer este tipo de diagnósticos. En algunas enfermedades las investigaciones conocidas permiten establecer, con un elevado nivel de confianza, las condiciones que indican estas circunstancias, otras veces la evolución del paciente se da de una manera que hace muy difícil señalar la pérdida del pronóstico y para ello puede requerirse de la discusión por grupos de expertos o de segundos evaluadores.

b) **El suministro de información oportuna al paciente y a sus familiares**

Los pacientes y sus familiares tienen derecho a conocer oportunamente del pronóstico y su condición de salud desde el punto de vista científico, de las diferentes alternativas terapéuticas que existan para su condición con sus respectivas posibilidades de éxito, derecho a ser informado de segunda opinión y comités de expertos para confirmar diagnostico.

c) **La prestación de un servicio paliativo integral**

La prestación efectiva de un servicio paliativo parte del hecho de ser diagnosticado de una enfermedad crónica o de alta complejidad que ocasione grave pérdida de la calidad de vida y para la cual no exista un tratamiento curativo que permita esperar su resolución definitiva y del derecho a tener atención integral y a ser informado.

Que los pacientes y sus familias puedan acceder a servicios prestados por personal idóneo, medicamentos, atención sicológica, que se desarrollen atenciones integrales para los síntomas físicos y problemas psicosociales y espirituales en todos los niveles de atención.

d) **La disposición de talento humano idóneo para atender este tipo de situaciones**

Se requiere que el personal que brinda sus servicios en las distintas unidades de atención cuente con la capacitación profesional suficiente y necesaria para la atención de este tipo de pacientes y sus familiares, al tanto que de igual manera se logre contar con profesionales especializados en cada área o disciplina de la salud que atiendan de manera oportuna y eficaz a los pacientes.

Es también necesario que en una atención holística se cuente con equipos especializados e interdisciplinarios.

e) **Desarrollo de todos los instrumentos y orientaciones pertinentes**

El Gobierno Nacional a través Ministerio de la Protección Social reglamentará la materia acerca de los parámetros que se seguirán para la atención en cuidados paliativos, y para ello debe establecer los Protocolos y Guías Terapéuticas, estimularán la integración de Comités de Expertos para confirmar la enfermedad del paciente según protocolos y las entidades e instituciones prestadoras de los servicios de salud implementarán dichas medidas conforme con la reglamentación que se expida al respecto.

f) **Garantizar el derecho dentro del Sistema General de Seguridad Social: prestadores, equipos y profesionales idóneos**

La EPS debe garantizar el acceso a los cuidados paliativos a través de sus profesionales y de grupos especializados e interdisciplinarios en cuidados paliativos, dentro de su Red de servicios de acuerdo a parámetros técnicos fijados por el Ministerio de la Protección Social dentro de la reglamentación, estas definiciones se incluirán dentro de los criterios que la Superintendencia de Salud aplica a la autorización y renovación de las licencias de funcionamiento, esta reglamentación debe incluir criterios de referencia y contrarreferencia y acceso por niveles de complejidad.

Prestadores: El Ministerio de la Protección Social incluirá dentro de los criterios de habilitación de los prestadores la disposición de profesionales capacitados. Las EPS y las entidades territoriales además de lo anterior deben asegurar que el comité de ética evalúe este tipo de situaciones y que se disponga de Unidades de Cuidados Paliativos Interdisciplinarias.

"De acuerdo a un estudio desarrollado por Wilson Astudillo A., Elías Díaz-Albo H. y Carmen Mendinueta A., los pacientes susceptibles de formar parte del programa de cuidados paliativos son los siguientes:

1. **Paciente oncológico:**

• Presencia de enfermedad oncológica documentada, progresiva y avanzada.

• Escasa o nula posibilidad de respuesta al tratamiento.

• Pronóstico de vida limitado.

2. **Pacientes con SIDA terminal en las siguientes categorías**

• Patología tumoral asociada en progresión.

• Patología neurológica en progresión: LMP o encefalopatía – VIH.

• Síndrome debilitante en progresión.

• Karnofsky inferior al 40% fuera de crisis aguda.

• Pacientes con SIDA con esperanza de vida inferior a seis meses.

3. **Pacientes con procesos crónicos en estados avanzados**

• Enfermos con insuficiencia renal crónica terminal.

• Con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, con insuficiencia respiratoria hipoxémica.

• Con insuficiencia cardiaca en los que se han descartado intervenciones quirúrgicas o transplante.

• Con hepatopatía crónica sin posibilidad de tratamiento radical.

• Algunas enfermedades neurológicas, progresivas e irreversibles.

4. **Ancianos con pluripatología y gran limitación funcional**

Dadas estas circunstancias, surge la necesidad de generar un ambiente de solidaridad internacional que inste al desarrollo de programas y políticas de cuidado paliativo, en los cuales se eduque y se entrene al personal médico sobre el tema; de acuerdo a las necesidades de cada país. De esta manera, varias instituciones y ONG españolas han encontrado posible ayudar la moviendo paliativo latinoamericano a través de apoyo a las entidades afines en esos países, con la presentación de proyectos y programas de promoción, formación, creación de Unidades de Cuidados Paliativos, albergues para enfermos terminales, asistencia domiciliaria paliativa, apoyo en el duelo, voluntariado paliativo, envío de medicamentos paliativos genéricos, entre otras, estas acciones con muchas posibilidades de crecimiento futuro, requieren la creación de una red de cooperación paliativa en España dentro de las diversas asociaciones de paliativos constituida por profesionales con formación docente o asistencial y dispuesta a colaborar en cooperación exterior y en la promoción de estos proyectos en las distintas autonomías y Gobierno central así como realizar diversas acciones de concientización en España sobre la importancia de los Cuidados Paliativos, Día del Movimiento Paliativo, etc., que resalten su importancia para el mundo"[1].

1 Wilson Astudillo A, Elías Díaz-Albo H. y Carmen Mendinueta A. Los Cuidados Paliativos, una nueva forma de solidad internacional.

6. **Consideración final**

Teniendo en cuenta la implicación del deterioro de la calidad de vida en pacientes que sufren enfermedades crónicas degenerativas e irreversibles, este proyecto de ley permitirá dar condiciones de atención que dignifique tal estado.

7. **Pliego de modificaciones**

Toda vez que este proyecto de ley se había presentado y discutido en la legislatura anterior, sin contar con la suerte de haber sido aprobado, a continuación se incluyen algunas modificaciones que habían sido objeto de discusión y consenso entre los Senadores de la Comisión Séptima:

• **Título del proyecto de ley.** Con el fin de armonizar el objeto y propósito del proyecto de ley conforme con las modificaciones que se presentan a la iniciativa legislativa se modifica el título de la ley al siguiente: "Mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida".

• **Artículo 1º.** Se presenta como artículo 1°. El objeto de la ley, que integra los artículos 2° y 3° del proyecto radicado, realizando algunas modificaciones que tienen como fin aclarar y precisar, conservando la intención de la iniciativa, entre las precisiones se presenta la claridad de que el paciente debe padecer de una enfermedad crónica, irreversible de alto impacto en la calidad de vida o en una enfermedad terminal. La propuesta acoge también la inclusión en el tratamiento paliativo aspectos psicopatológicos, físicos, emocionales, sociales y espirituales.

• **Artículos 2°, 3° y 4°.** Se presentan definiciones de enfermedad en fase terminal, enfermedad crónica irreversible de alto impacto en la calidad de vida y en el artículo 4°. Se toma el artículo 1° del proyecto con la definición de cuidados paliativos.

• **Artículo 5º. Numeral 2.** Se incluye en el Derecho a la Información que el desistimiento que se plantea no se debe entender como una excusa para negar la prestación de los cuidados paliativos o la atención debida a los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas e irreversibles de alto impacto en la calidad de vida. En todo momento la familia del paciente estará igualmente informada.

Numeral 3. Se modifica la denominación del derecho por derecho a una segunda opinión.

Numeral 4. Se incluye un nuevo numeral 4. Derecho a suscribir el testamento vital, en él se indicará sus decisiones frente a una enfermedad terminal, crónica o la muerte. El testamento vital podrá incluir aspectos tales como su autorización o rechazo frente a determinados tratamientos médicos o quirúrgicos, su disposición ó no a donar órganos.

Numeral 6. Se incluye este nuevo numeral como el derecho a participar de forma activa en el proceso de atención y la toma de decisiones en el cuidado paliativo.

• **Artículo 9°.** Este artículo del texto radicado fue eliminado en consideración a que la propuesta presentada en la ponencia se refiere a la obligación de las EPS de incorporar a su red de atención, IPS con personal capacitado en cuidado paliativo y no exigir la creación de unidades de cuidados paliativos como un sobrecosto al Sistema. En tal razón se eliminan los artículos referentes a dichas Unidades.

• **Artículos Nuevos: 7° – 8° – 9° y 10** Se incluye un nuevo artículo 7°: Obligación de las Entidades Promotoras de Salud y los Entes Territoriales, artículo 8°. Talento Humano, artículo 9°. Acceso a medicamentos opioides y artículo 10. Cooperación internacional.

Proposición:

Solicito a la Comisión Séptima del Senado de la República se dé primer debate al Proyecto de ley número 138 de 2010 Senado, *mediante la cual se regulan los servicios de Cuidados Paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida***,** conforme al pliego de modificaciones que se presentó.

Dilian Francisca Toro Torres,

Senadora Ponente.

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los dos (2) días del mes de febrero año dos mil once (2011).

En la presente fecha se autoriza la publicación en la ***Gaceta del Congreso*** de la República, el informe de ponencia para primer y texto propuesto para primer debate, en doce (12) folios, al Proyecto de ley número 138 de 2010 Senado, *mediante la cual se crean Unidades de Cuidados Paliativos para el manejo integral de pacientes terminales y se prohíben para ellos los tratamientos extraordinarios o desproporcionados que no dan calidad de vida.* Autoría del proyecto de ley del honorable Senador: *Álvaro Ahston Giraldo*.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 138 DE 2010 SENADO

mediante la cual se regulan los servicios de Cuidados Paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1º. *Objeto*. Esta ley reglamenta el derecho de las personas, con enfermedades crónicas, degenerativas e irreversibles que ocasionen graves pérdidas en la calidad de vida a recibir un tratamiento paliativo integral y digno, teniendo en cuenta los aspectos psicopatológicos, físicos, emocionales, sociales y espirituales, y a desistir de procedimientos terapéuticos extraordinarios y obstinados, que no cumplan con los principios de proporcionalidad terapéutica, y de mejorar la calidad de la misma, estando de por medio un diagnóstico de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, de acuerdo con las guías de atención integral que establezca el Ministerio de la Protección Social para cada patología.

Artículo 2º. *Enfermo en fase terminal.* Se define como enfermo en fase terminal a todo aquel que es portador de una enfermedad o condición patológica grave, que haya sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto, que demuestre un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente breve, que no sea susceptible de un tratamiento curativo y de eficacia comprobada, que permita modificar el pronóstico de muerte próxima; o cuando los recursos terapéuticos utilizados con fines curativos han dejado de ser eficaces.

Parágrafo. Cuando exista controversia sobre el diagnóstico de la condición de enfermedad terminal se podrá requerir una segunda opinión o la opinión de un grupo de expertos.

Artículo 3º. *Enfermedad crónica irreversible de alto impacto en la calidad de vida.* Se define como enfermedad crónica irreversible de alto impacto en la calidad de vida aquella que es de larga duración, que ocasione grave pérdida de la calidad de vida, que demuestre un carácter progresivo e irreversible que impida esperar su resolución definitiva o curación y que haya sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto, de acuerdo con el tratamiento paliativo que se estipule en las guías de atención integral establecidas por el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 4°. *Cuidados paliativos.* Son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad avanzada y progresiva donde el control del dolor y otros síntomas, así como los aspectos psicosociales y espirituales cobran la mayor importancia. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal. Los cuidados paliativos no adelantan ni retrasan la muerte, sino que constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte para el paciente y su familia.

Artículo 5º. *Derechos de los pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas e irreversibles de alto impacto en la calidad de vida:*

Derechos: El paciente que padezca de una enfermedad crónica irreversible y, degenerativa de alto impacto en la calidad de vida tendrá los siguientes derechos, además de los consagrados para todos los pacientes:

1. **Relación Médico-Paciente:** Vínculo que se establece entre médico y paciente, con ocasión de la solicitud libre y espontánea de la prestación del servicio. Este derecho implica el cuidado y recibir la dedicación de los esfuerzos y conocimientos médicos del tiempo y por supuesto a la información.

2. **Derecho a la información:** Todo paciente que sea diagnosticado de una enfermedad crónica degenerativa irreversible tiene derecho a conocer su diagnóstico, estado y pronóstico, y a decidir con información clara y detallada sobre las alternativas terapéuticas disponibles, especialmente de la atención paliativa, siempre y cuando esté en uso de sus facultades mentales. Los pacientes tendrán también el derecho a desistir del derecho a la información. Este desistimiento no puede ser excusa para negar cuidados paliativos o la debida atención a los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas e irreversibles de alto impacto en la calidad de vida. En todo momento la familia del paciente igualmente tendrá derecho a la información del paciente y a decidir sobre las alternativas terapéuticas disponibles en caso de incapacidad total del paciente que le impida la toma de decisiones.

3. **Derecho a una segunda opinión:** El paciente afectado por una enfermedad a las cuales se refiere esta ley, podrá solicitar un segundo diagnóstico dentro de la red de servicios que disponga su EPS o entidad territorial.

4. **Derecho a suscribir el testamento vital:** Toda persona capaz, sana o en estado de enfermedad, en uso de sus facultades con total conocimiento de las implicaciones que acarrea, podrá suscribir su testamento vital. En este, quien lo suscriba, indicará sus decisiones frente a una enfermedad terminal, crónica o la muerte. El testamento vital podrá incluir aspectos tales como su autorización o rechazo frente a determinados tratamientos médicos o quirúrgicos, su disposición o no a donar órganos. En caso de inconsciencia o muerte del paciente sus familiares tendrán la facultad de tomar las decisiones relacionadas con estos aspectos.

Quien suscriba el testamento vital podrá cambiarlo en cualquier momento, conforme a la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social sobre la materia.

5. **Derecho a la asistencia:** El diagnóstico de enfermedad crónica, degenerativa, irreversible y de alto impacto en la calidad de vida o terminal no debe acarrear la negación de servicios de cuidado paliativo. Todo paciente afectado por estas enfermedades tendrá derecho a recibir el conjunto de actividades y servicios integrales propios del cuidado paliativo. Las actividades y servicios integrales del cuidado paliativo se deberán prestar de acuerdo al Manual de Actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud y las guías de manejo que adopten el Ministerio de la Protección Social y la CRES.

6. **Derecho a participar de forma activa en el proceso de atención y la toma de decisiones en el cuidado paliativo:** Los pacientes tendrán el derecho a participar de forma activa frente a la toma de decisiones sobre a los planes terapéuticos del cuidado paliativo.

Parágrafo. El Ministerio de la Protección Social reglamentará la materia.

Artículo 6º. *Queda totalmente prohibido el Enseñamiento Terapéutico.* Conjunto de tratamientos médicos y quirúrgicos, encaminados a sostener la vida y que ocasionan prolongación precaria y penosa de la existencia sin lograr mejoría alguna en las condiciones de salud del paciente Terminal, la aplicación de tecnología en Unidades de Cuidados Intensivos que no permite al enfermo ningún tipo de comunicación con su familia y obstruye de tal forma la autonomía de la persona que esta no pueda manifestar su voluntad, gracias a la aplicación de medios científicos que lo imposibilitan. De esta forma se aleja al enfermo del amor de sus seres queridos y del calor humano sin esperanza ninguna de recuperación.

Artículo 7°. *Obligación de las Entidades Promotoras de Salud y los Entes Territoriales.* Los Entes Territoriales y todas las entidades aseguradoras de salud públicas y privadas desarrollarán la atención de cuidados paliativos dentro de su red de servicios en todos los niveles de atención de acuerdo a la pertinencia médica, cuando sea por indicación médica o a través de su talento humano en salud, en diferentes niveles de atención por niveles de complejidad, de acuerdo al Manual de Actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud.

Parágrafo 1°. El Ministerio de la Protección Social reglamentará la materia, estableciendo entre otras el tipo de profesionales que debe ofrecer este servicio y los requisitos mínimos por niveles de atención; y desarrollará las guías de práctica clínica de atención integral de cuidados paliativos.

Parágrafo 2°. La Superintendencia Nacional de Salud exigirá, entre los requisitos solicitados para la aprobación y renovación de funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud - EPS, la inclusión en sus redes de atención de Cuidados Paliativos y de criterios de referencia y contrarreferencia que garanticen el acceso a este tipo de cuidados de forma especializada o a través de sus profesionales, sus Unidades de Atención.

Artículo 8°. *Talento humano.* Las Entidades Promotoras de Salud, EPS, garantizarán el acceso a la atención de servicios de cuidado paliativo, incorporando a su Red de atención, Instituciones Prestadoras de Salud, IPS, con personal capacitado en cuidado paliativo y asegurando educación continuada en este tema para que el Talento Humano adquiera las competencias para brindar la atención.

Artículo 9°. *Acceso a medicamentos opioides.* El Ministerio de la Protección Social y Fondo Nacional de Estupefacientes, garantizará la distribución las 24 horas al día y los siete días a la semana, la accesibilidad, disponibilidad y otorgará las autorizaciones necesarias para garantizar la suficiencia y la oportunidad para el acceso a los medicamentos opioides de control especial para el manejo del dolor.

Artículo 10. *Cooperación Internacional.* El Gobierno Nacional podrá establecer estrategias de Cooperación Internacional, para facilitar el logro de los fines de la presente ley, a través del desarrollo de programas de cuidado paliativo, que permitan la capacitación del personal de la salud para promover la prestación de los servicios de Cuidados Paliativos.

Artículo 11. El Ministerio de la Protección Social reglamentará la materia en el término de seis meses a partir de la promulgación de esta ley.

Artículo 12. *Vigencia*. La presente ley rige a partir de su sanción.

Dilian Francisca Toro Torres,

Senadora de la República.

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los dos (2) días del mes de febrero año dos mil once (2011).

En la presente fecha se autoriza la publicación en la ***Gaceta del Congreso*** de la República, el informe de ponencia para primer y texto propuesto para primer debate, en doce (12) folios, al Proyecto de ley número 138 de 2010 Senado, *mediante la cual se crean Unidades de Cuidados Paliativos para el manejo integral de pacientes terminales y se prohíben para ellos los tratamientos extraordinarios o desproporcionados que no dan calidad de vida.* Autoría del proyecto de ley del honorable Senador: *Álvaro Ahston Giraldo*.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

TEXTOS APROBADOS EN PLENARIA

TEXTO APROBADO EN SESIÓN PLENARIA DEL SENADO DE LA REPÚBLICA EL DÍA 16 DE DICIEMBRE DE 2010 AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 12 DE 2010 SENADO, 40 DE 2010 SENADO, 90 DE 2010 SENADO

por la cual se modifican los artículos 236, 239, 57 y 58 del Código Sustantivo del Trabajo, y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. Modifíquese el artículo 236 del Código Sustantivo del Trabajo, el cual quedará así:

Artículo 236. *Descanso remunerado en la época del parto.*

1. Toda trabajadora en estado de embarazo tiene derecho a una licencia de catorce (14) semanas en la época de parto, remunerada con el salario que devengue al entrar a disfrutar del descanso.

2. Si se tratare de un salario que no sea fijo, como en el caso de trabajo a destajo o por tarea, se toma en cuenta el salario promedio devengado por la trabajadora en el último año de servicios, o en todo el tiempo si fuere menor.

3. Para los efectos de la licencia de que trata este artículo, la trabajadora debe presentar al empleador un certificado médico, en el cual debe constar:

a) El estado de embarazo de la trabajadora;

b) La indicación del día probable del parto, y

c) La indicación del día desde el cual debe empezar la licencia, teniendo en cuenta que, por lo menos, ha de iniciarse dos semanas antes del parto.

4. Todas las provisiones y garantías establecidas en el presente capítulo para la madre biológica se hacen extensivas, en los mismos términos y en cuanto fuere procedente, para la madre adoptante asimilando la fecha del parto a la de la entrega oficial del menor que se adopta. La licencia se extiende al padre adoptante sin cónyuge o compañera permanente.

Estos beneficios no excluyen al trabajador del sector público.

5. La licencia de maternidad para madres de niños prematuros, tendrá en cuenta la diferencia entre la fecha gestacional y el nacimiento a término, las cuales serán sumadas a las 14 semanas que se establecen en la presente ley.

Cuando se trate de madres con Parto Múltiple, se tendrá en cuenta lo establecido en el inciso anterior sobre niños prematuros, ampliando la licencia en dos (2) semanas más.

6. En caso de fallecimiento de la madre antes de terminar la licencia por maternidad, el empleador del padre del niño le concederá una licencia de duración equivalente al tiempo que falte para expirar el período de la licencia posterior al parto concedida a la madre.

Parágrafo 1°. La trabajadora que haga uso del descanso remunerado en la época del parto tomará las 14 semanas de licencia a que tiene derecho de acuerdo a la ley. El esposo o compañero permanente tendrá derecho a ocho (8) días hábiles de licencia remunerada de paternidad.

Esta licencia remunerada es incompatible con la licencia de calamidad doméstica y en caso de haberse solicitado esta última por el nacimiento del hijo, estos días serán descontados de la licencia remunerada de paternidad.

La licencia remunerada de paternidad opera por los hijos nacidos de la cónyuge o de la compañera.

El único soporte válido para el otorgamiento de licencia remunerada de paternidad es el Registro Civil de Nacimiento, el cual deberá presentarse a la EPS a más tardar dentro de los 30 días siguientes a la fecha del nacimiento del menor.

La licencia remunerada de paternidad será a cargo de la EPS, para lo cual se requerirá que el padre haya estado cotizando efectivamente durante las semanas previas al reconocimiento de la licencia remunerada de paternidad.

Se autorizará al Gobierno Nacional para que en el caso de los niños prematuros y adoptivos se aplique lo establecido en el presente parágrafo.

Parágrafo 2°. De las catorce (14) semanas de licencia remunerada, las dos (2) semanas antes del probable parto serán de obligatorio goce.

Parágrafo 3°. Para efecto de la aplicación del numeral 5 del presente artículo, se deberá anexar al certificado de nacido vivo y la certificación expedida por el médico tratante en la cual se identifique diferencia entre la edad gestacional y el nacimiento a término, con el fin de determinar en cuántas semanas se debe ampliar la licencia de maternidad.

Artículo 2°. Modifíquese el artículo 239 del Código Sustantivo del Trabajo, el cual quedará así:

Artículo 239. *Prohibición de despido*.

1. Ninguna trabajadora puede ser despedida por motivo de embarazo o lactancia.

2. Se presume que el despido se ha efectuado por motivo de embarazo o lactancia, cuando ha tenido lugar dentro del período del embarazo dentro de los tres meses posteriores al parto y sin autorización de las autoridades de que trata el artículo siguiente.

3. Las trabajadoras de que trata el numeral uno (01) de este artículo que sean despedidas sin autorización de las autoridades competentes, tienen derecho al pago de una indemnización equivalente a los salarios de sesenta (60) días, fuera de las indemnizaciones y prestaciones a que hubiere lugar de acuerdo con el contrato de trabajo.

4. En el caso de la mujer trabajadora además, tendrá derecho al pago de las catorce (14) semanas de descanso remunerado a que hace referencia la presente ley, si no ha disfrutado de su licencia por maternidad; en caso de parto múltiple tendrá el derecho al pago de dos (2) semanas adicionales y, en caso de que el hijo sea prematuro, al pago de la diferencia de tiempo entre la fecha del alumbramiento y el nacimiento a término.

Artículo 3°. Adiciónase al artículo 57 del Código Sustantivo del Trabajo, el siguiente numeral:

Artículo 57. *Obligaciones especiales del empleador*: Son obligaciones especiales del empleador:

1. Conceder en forma oportuna a la trabajadora en estado de embarazo, la licencia remunerada consagrada en el numeral 1 del artículo 236, de forma tal que empiece a disfrutarla de manera obligatoria dos (2) semanas antes de la fecha probable del parto o dos semanas antes del mismo por decisión de la madre o prescripción médica, conforme al certificado médico a que se refiere el numeral 3 del citado artículo 236.

Artículo 4°. Adiciónase al artículo 58 del Código Sustantivo del Trabajo, el siguiente numeral:

Artículo 58. *Obligaciones especiales del trabajador*: Son obligaciones especiales del trabajador:

8. La trabajadora en estado de embarazo debe empezar a disfrutar la licencia remunerada consagrada en el numeral 1 del artículo 236, al menos dos (2) semanas antes de la fecha probable del parto.

Artículo 5°. ***Vigencias y derogatorias***. La presente ley rige a partir de su sanción y publicación, y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Con el propósito de dar cumplimiento a lo establecido al artículo 182 de la Ley 5ª de 1992, me permito presentar el texto definitivo aprobado en sesión Plenaria del Senado de la República el día 16 de diciembre de 2010, al Proyecto de ley número 12 de 2010 Senado, 40 de 2010 Senado y 90 de 2010 Senado, *por la cual se modifican los artículos 236, 239, 57 y 58 del Código Sustantivo del Trabajo, y se dictan otras disposiciones*, y de esta manera continúe su trámite legal y reglamentario en la honorable Cámara de Representantes.

Dilian Francisca Toro Torres, Claudia Wilches S., Antonio José Correa, Jorge Ballesteros B., Ponentes.

El presente texto fue aprobado en Plenaria de Senado el 16 de diciembre de 2010 según texto propuesto para segundo debate y con modificaciones.

El Secretario General,

Emilio Otero Dajud.

CONTENIDO

Gaceta número 18 - Lunes, 7 de febrero de 2011
SENADO DE LA REPÚBLICA

Pág.

PONENCIAS

Informe de ponencia para primer debate y texto propuesto al Proyecto de ley número 138 de 2010 Senado, mediante la cual se crean Unidades de Cuidados Paliativos para el manejo integral de Pacientes Terminales y se prohíben para ellos los tratamientos extraordinarios o desproporcionados que no dan calidad de vida 1

TEXTOS APROBADOS EN PLENARIA

Texto aprobado en sesión plenaria del Senado de la República el día 16 de diciembre de 2010 al Proyecto de ley número 12 de 2010 Senado, 40 de 2010 Senado, 90 de 2010 Senado, por la cual se modifican los artículos 236, 239, 57 y 58 del Código Sustantivo del Trabajo, y se dictan otras disposiciones 7

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA - 2011