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 393 | Bogotá, D. C., miércoles, 8 de junio de 2011 | EDICIÓN DE 12 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

PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 111 DE 2010 SENADO

por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral de adictos a drogas lícitas e ilícitas y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C., junio de 2011

Senador

ARMANDO BENEDETTI VILLANEDA

Presidente

Senado de la República

Ciudad

Asunto: Ponencia para segundo debate al Proyecto de ley número 111 de 2010 Senado, *por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral de adictos a drogas lícitas e ilícitas y se dictan otras disposiciones.*

Señor Presidente:

En atención a la designación que nos fue encomendada en el trámite del **Proyecto de ley número 111 de 2010 Senado,** *por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral de adictos a drogas lícitas e ilícitas y se dictan otras disposiciones,* presentamos ante la honorable Plenaria del Senado el texto que contiene el informe para segundo debate al proyecto en mención.

I. **Origen y trámite**

El presente proyecto de ley tiene origen en el Senado de la República y fue presentado por el honorable Senador Juan Manuel Galán Pachón.

II. **Objeto de la iniciativa legislativa**

El presente proyecto de ley tiene por finalidad:

1. Reconocer la adicción al consumo de drogas psicoactivas como enfermedad.

2. Establecer lineamientos básicos sobre condiciones mínimas de atención para las instituciones que atienden a la población adicta, y

3. Promover normas y programas para prevenir y atender la adicción a drogas psicoactivas.

III. **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, ya que se trata de una iniciativa legislativa presentada individualmente por el honorable Senador Juan Manuel Galán Pachón quien tiene la competencia para tal efecto.

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

IV. **Antecedente de la iniciativa**

Durante la Legislatura 2008-2009 fue radicado por el honorable Senador Juan Manuel Galán Pachón el Proyecto de ley número 239 de 2008 Senado, *por la cual se califica la adicción a sustancias psicoactivas ilícitas como enfermedad ruinosa, catastrófica o de alto costo, se decretan disposiciones sobre la atención a drogadictos por el Sistema de Seguridad Social y se crea el certificado de conformidad 'Entidad Libre de Drogas'.*

El proyecto fue tramitado por el Senado de la República y cursó primer debate en la Cámara de Representantes, faltándole sólo un debate para su aprobación. Sin embargo, fue archivado por vencimiento de términos según lo dispuesto en el artículo 190 de la Ley 5ª.

El actual proyecto de ley presentado a consideración es el resultado del texto aprobado en las discusiones sostenidas en Senado y Cámara duran-

te las Legislaturas 2008-2009 y 2009-2010 por lo cual recoge las observaciones planteadas durante los tres debates sostenidos.

V. **Contenido del articulado aprobado en Primer Debate**

El Proyecto de ley número 111 de 2010 Senado, *por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral de adictos a drogas lícitas e ilícitas y se dictan otras disposiciones*, está integrado por 11 artículos de la siguiente forma:

Los artículos 1° y 2° reconocen la adición al consumo de drogas psicoactivas como enfermedad de alto costo y establecen el derecho a ser atendidas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Los artículos 3° a 5° designan como entidades responsables del tratamiento de las personas que sufren de adicción a los Centros de Atención en Drogadicción (CAD), instituciones prestadoras de servicios de salud de primero y segundo nivel, los servicios amigables para adolescentes y jóvenes de carácter público o privado, los centros de atención comunitaria, como componentes de una Política Pública Nacional de Prevención y Atención a la adicción de sustancias psicoactivas.

Los artículos 6° y 7° establecen la obligación del Ministerio de la Protección Social y la de las Administradoras de Riesgos Profesionales de diseñar e implementar programas de prevención al consumo de drogas psicoactivas. Además se crean obligaciones para las EPS y entidades territoriales para el desarrollo de acciones frente a la promoción y prevención del consumo de SPA.

El artículo 8° crea el certificado 'Entidad Libre de Drogas' y encarga al Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificaciones (Icontec) de establecer la norma técnica que avalará el presente certificado.

El artículo 9° faculta al Sena para diseñar y ejecutar programas de formación profesional en el manejo de pacientes con problemas de drogadicción.

Se crea un nuevo artículo 10 en el cual el Ministerio de la Protección Social creará una institución especializada la cual se encargará de hacer un seguimiento a la Política de Reducción de SPA.

Por último, el artículo 11 señala las derogatorias y vigencias.

VI. **Primer debate en Comisión Séptima Constitucional Permanente Senado:**

El pasado 12 de abril del año en curso en sesión ordinaria de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, se rindió informe de ponencia para Primer Debate y el Texto Propuesto al **Proyecto de ley número 111 de 2010 Senado**, *por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a drogadictos y se crea el certificado de conformidad "entidad libre de drogas"*[1].

En este debate la Senadora Gloria Inés Ramírez del Polo Democrático Alternativo, presentó cinco proposiciones modificatorias a los artículos 1°, 2°, 3°, 5°, 6° y un artículo nuevo, en donde se puso a consideración de los miembros de la Comisión Séptima, los cuales fueron aprobados en su totalidad. Adicionalmente, fue puesto a consideración el cambio de título del proyecto de ley, aprobado de igual manera.

Las proposiciones aprobadas, presentadas por la Senadora Gloria Inés Ramírez, fueron las siguientes:

En el artículo 1°, tuvo adiciones y modificaciones, quedando de la siguiente manera:

"**Artículo 1°.** Reconózcase que la adicción al consumo de drogas psicoactivas, **lícitas o ilícitas es un asunto de salud pública, bienestar y seguridad de la familia, la comunidad y los individuos y, por lo tanto, debe ser tratada como** una enfermedad de **alto costo** que requiere atención integral por parte del Estado, conforme a la normatividad vigente y la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto adoptada por el Ministerio de la Protección Social".

El artículo 2° se modificó, quedando de la siguiente manera: "**Artículo 2°. Toda persona que sufra trastornos de adicción o cualquier otra consecuencia derivada del consumo de sustancias psicoactivas lícitas o ilícitas, tendrá derecho a ser atendida en forma integral por las Entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud e instituciones públicas o privadas especializadas para el tratamiento de dicha enfermedad".**

En el artículo 3° tuvo adiciones y modificaciones en su parágrafo, quedando de la siguiente manera: "**Artículo 3°.** La atención de las personas que sufran de adicción a las sustancias psicoactivas, **a las cuales se refiere** el artículo 1° de la presente ley, se realizará a través de los Centros de Atención en Drogadicción (CAD), o Servicios de Farmacodependencia debidamente habilitados, **instituciones prestadoras de servicios de salud de primero y segundo nivel, los servicios amigables para adolescentes y jóvenes de carácter público o privado, los centros de atención comunitaria, como componente de una Política Pública Nacional de Prevención y Atención a la adicción de sustancias psicoactivas.**

Parágrafo 1°. Las instituciones que ofrezcan programas de atención a personas con adicción a

[1] Comisión VII Senado Constitucional Permanente. Acta número 24, abril 12 de 2011.

las sustancias indicadas en el artículo 1° de la presente ley, cualquiera que sea su naturaleza jurídica u objeto social, deberán cumplir con las condiciones de habilitación establecidas en relación con los respectivos servicios ofrecidos".

En el artículo 5° tuvo adiciones, quedando de la siguiente manera: **"Artículo 5°.** Los Centros de Atención en Drogadicción (CAD), y Servicios de Farmacodependencia **y demás instituciones que presten servicios de atención integral a las personas que sufren de adicción** que incumplan las condiciones de habilitación y auditoría, se harán acreedores a la aplicación de las medidas y sanciones establecidas **por el Ministerio de la Protección Social para tal efecto".**

El artículo 6° tuvo adiciones, quedando de la siguiente manera: "**Artículo 6°. El Ministerio de la Protección Social reglamentará los programas, acciones y procedimientos para prevenir el consumo** de las sustancias mencionadas en el artículo 1° de la presente ley, **que asegure un ambiente y un estilo de vida saludable, impulsando y fomentando el desarrollo de programas de prevención, tratamiento y control del consumo de sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas al interior del lugar de trabajo.**

Así mismo, las EPS y las entidades territoriales deben cumplir con la obligación de desarrollar acciones de promoción y prevención frente al consumo de sustancias psicoactivas en el marco del Plan de Salud Territorial, **de conformidad con sus competencias**, conforme a lo contemplado en la Resolución 0425 de 2008 y sus anexos, requiriendo para su construcción la participación activa de todos los sectores productivos, educativos y comunitarios en las respectivas entidades territoriales".

El artículo nuevo fue aprobado de la siguiente manera: "**Artículo 10. El Ministerio de la Protección Social creará una institución especializada para realizar seguimiento a la Política de Reducción de Sustancias Psicoactivas que regule y supervise la calidad de las instituciones de carácter público o privado a nivel nacional y territorial que ofrezcan tratamientos psicoterapéuticos, a fin de garantizar la integralidad, los criterios de calidad y el respeto de la dignidad y los Derechos Humanos de los pacientes. Dicha institución deberá estar integrada por personas especializadas en el tema".** Esta última frase se le adicionó, de acuerdo a lo propuesto por el Senador Fernando Tamayo.

Este artículo nuevo quedó como el número 10 y la vigencia como número 11.

Los artículos números 4° 7°, 8°, 9° y 10, no tuvieron modificaciones y quedaron tal como fueron presentados en el texto propuesto.

VII. **Consideraciones**

Las siguientes consideraciones fueron expuestas en la ponencia para primer debate y que consideramos mantienen su vigencia:

a) Estado Actual del Consumo de Drogas en Colombia

Según el Ministro del Interior, Germán Vargas Lleras, en declaraciones entregadas al diario *El Espectador "se ha venido incrementando la cifra de consumidores a tal punto que 320 mil ciudadanos presentan síntomas de adicción permanente. Según él, este ya se convirtió en un problema de salud pública"*[1].

Así mismo, *el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008*[2] estima que en el país 541.020 personas habían consumido en el último año algún tipo de sustancia ilícita[3]. Este mismo reporte considera que "*En el país habría aproximadamente 300 mil personas que pueden ser consideradas en las categorías de abuso o dependencia de alguna droga ilícita como marihuana, cocaína o basuco".* En efecto, como se aprecia en el cuadro 1, el principal grupo poblacional afectado son los jóvenes de 18 a 24 años con 103.720 personas, seguido por los adultos de 25 a 34 años (102.720 personas) y por los niños de 12 a 17 años.

CUADRO 1

Porcentaje y número de personas con abuso o dependencia a cualquier sustancia ilícita según edad

Porcentaje y número de personas con abuso o dependencia a cualquier sustancia ilícita según edad		
Edad	**%**	**Número de personas**
12 a 17	1,71	54.285
18 a 24	2,95	103.720
25 a 34	2,37	102.173
35 a 44	0,63	25.018
45 a 65	0,27	12.744
Total	**1,51**	**297.940**

Fuente: Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008.

Según este estudio, la principal droga consumida en Colombia es la marihuana con 254.418 personas que abusan o son adictas a dicha droga. Así mismo, según el estudio en mención, la cocaína es la segunda sustancia con mayor número de personas en situación de abuso o dependencia con el 0,72% de la población.

CUADRO 2

Número de casos de abuso y dependencia por tipo de droga

Número de casos de abuso y dependencia			
Edad / Tipo de Droga	**Marihuana**	**Cocaína**	**Basuco**
12 a 17	50.996	24.733	3.137
18 a 24	94.291	42.037	3.367
25 a 34	82.018	58.582	8.454
35 a 44	19.646	13.768	5.723
45 a 65	7.467	2.492	5.790
Total	**254.418**	**141.612**	**26.471**

Fuente: Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008.

2 Ministerio de la Protección Social, Dirección Nacional de Estupefacientes, UNODC, CICAD, Embajada de Estados Unidos, Estudio Nacional de Consumo de SPA en Colombia, 2008 acceso en http://www.descentralizadrogas.gov.co/09/Estudio%20Nal%20Completo.pdf.

3 Incluyen sustancias como: marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, heroína, LSD, hongos e inhalables.

Así mismo, el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008 considera que *el consumo de inhalables se concentra en los dos grupos de menor de edad, con una marcada diferencia a los grupos restantes.* En efecto, se estima que el 0,53% de los niños y jóvenes de 12 a 24 años han consumido al menos una vez inhalantes[4] en el último año mientras que en el resto de la población el consumo reciente de esa sustancia es sólo del 0,07%.

CUADRO 3

Consumo reciente de inhalables

Consumo reciente de inhalables (prevalencia último año)		
Edad	**%**	**%**
12 a 17	0,46	0,53
18 a 24	0,59	
25 a 34	0,17	0,07
35 a 44	0,02	
45 a 65	0,01	
Promedio	0,22	

Fuente: Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008.

Esta misma tendencia se repite con las drogas sintéticas como el éxtasis de la que más del 80% de los consumidores son niños y jóvenes entre 12 a 24 años.

Consumo reciente de éxtasis (prevalencia último año)				
Edad	**%**	**%**	**Número de Consumidores**	**Número de Consumidores**
12 a 17	0,43	0,66	13.749 (/span)	44.804
18 a 24	0,88		31.055	
25 a 34	0,18	0,08	7.952	10.455
35 a 44	0,06		2.503	
45 a 65	0		0	
Promedio	0,28		55.259	55.259

Fuente: Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008.

b) **Fundamento jurídico de la drogadicción como enfermedad**

De acuerdo con los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, la salud es un derecho constitucional, así como un servicio público esencial, cuya prestación se encuentra a cargo del Estado, y que debe orientarse por los principios de solidaridad, universalidad y eficiencia.

De igual forma la Corte Constitucional por medio de la Sentencia T-814 de 2008 ha reiterado que la drogadicción es una enfermedad:

"En distintas ocasiones, esta Corporación ha expuesto que la drogadicción crónica es una enfermedad psiquiátrica que requiere tratamiento médico en tanto afecta la autodeterminación y autonomía de quien la padece, dejándola en un estado de debilidad e indefensión que hace necesaria la intervención del Estado en aras de mantener incólumes los derechos fundamentales del afectado".

[4] Sustancias inhalables: pegantes (bóxer, sacol), disolventes y combustibles (thinner, gasolina), nitritos de alquilo (popper, rush), elementos de escritorio (corrector líquido, resaltantes, marcadores), pintura.

En el mismo sentido en esta sentencia la Corte Constitucional reafirmó el deber del Estado por atender esta enfermedad:

"En consecuencia, es dable afirmar que quien sufre de farmacodependencia es un sujeto de especial protección estatal, pues a la luz de la Carta Política y de la jurisprudencia constitucional, se trata de una persona que padece una enfermedad que afecta su autonomía y autodeterminación, pone en riesgo su integridad personal y perturba su convivencia familiar, laboral y social. Así las cosas la atención en salud que se requiera para tratar efectivamente un problema de drogadicción crónica, debe ser atendida por el Sistema Integral de Seguridad Social en Salud, bien a través de empresas promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado o mediante instituciones públicas o privadas que tengan convenio con el Estado".

c) **Tratamiento de la adicción del Consumo de Sustancias**

Según el Directorio Nacional de Centros de Drogadicción publicado por el Ministerio de la Protección Social en enero de 2005 *"En la actualidad la atención a la drogadicción se realiza por intermedio de 282 instituciones y 357 programas que ofrecen servicios de desintoxicación, deshabituación, tratamiento, rehabilitación y reincorporación social y laboral a personas consumidoras de sustancias psicoactivas".*

Este mismo informe revela que sólo existen Centros de Atención en 23 de los 32 departamentos del país.

El Gobierno Nacional por medio, a través de la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, estableció tres ejes operativos para mejorar la gestión de los riesgos y reducir las condiciones de vulnerabilidad los cuales son:

Eje Prevención: Busca evitar/prevenir el inicio y uso indebido de sustancias psicoactivas en cualquier momento del ciclo vital.

Eje Mitigación: Busca reducir los efectos negativos de los riesgos priorizando la intervención en los grupos en los que el impacto y riesgo puede ser mayor.

Eje Mitigación: Busca ofrecer los medios que permitan afrontar la situación de consumo y transitar hacia la búsqueda de una salida.

VII. **Texto propuesto para segundo debate**

Se propone para el segundo debate el articulado aprobado en primer debate.

AL PROYECTO DE LEY 111 DE 2010 SENADO

por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral de adictos a drogas lícitas o ilícitas y se dictan otras disposiciones.

Artículo 1°. Reconózcase que la adicción al consumo de drogas psicoactivas, lícitas o ilícitas

es un asunto de salud pública, bienestar y seguridad de la familia, la comunidad y los individuos y, por lo tanto, debe ser tratada como una enfermedad de alto costo que requiere atención integral por parte del Estado, conforme a la normatividad vigente y la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto adoptada por el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 2°. Toda persona que sufra trastornos de adicción o cualquier otra consecuencia derivada del consumo de sustancias psicoactivas lícitas o ilícitas, tendrá derecho a ser atendida en forma integral por las Entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud e instituciones públicas o privadas especializadas para el tratamiento de dicha enfermedad.

Artículo 3°. La atención de las personas que sufran de adicción a las sustancias psicoactivas, a las cuales se refiere el artículo 1° de la presente ley, se realizará a través de los Centros de Atención en Drogadicción (CAD), o Servicios de Farmacodependencia debidamente habilitados, instituciones prestadoras de servicios de salud de primero y segundo nivel, los servicios amigables para adolescentes y jóvenes de carácter público o privado, los centros de atención comunitaria, como componente de una Política Pública Nacional de Prevención y Atención a la adicción de sustancias psicoactivas.

Parágrafo 1°. Las instituciones que ofrezcan programas de atención a personas con adicción a las sustancias indicadas en el artículo 1° de la presente ley, cualquiera que sea su naturaleza jurídica u objeto social, deberán cumplir con las condiciones de habilitación establecidas en relación con los respectivos servicios ofrecidos.

Artículo 4°. Para realizar el proceso de atención será necesario que el Centro de Atención en Drogadicción (CAD), o el servicio de farmacodependencia haya informado al usuario sobre el tipo de tratamiento ofrecido por la institución, incluyendo los riesgos y beneficios de este tipo de atención, las alternativas de otros tratamientos, la eficacia del tratamiento ofrecido, las restricciones establecidas durante el proceso de atención y toda aquella información relevante para el usuario. El usuario podrá revocar en cualquier momento su consentimiento.

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

Artículo 5°. Los Centros de Atención en Drogadicción (CAD), y Servicios de Farmacodependencia y demás instituciones que presten servicios de atención integral a las personas que sufren de adicción que incumplan las condiciones de habilitación y auditoría, se harán acreedores a la aplicación de las medidas y sanciones establecidas por el Ministerio de la Protección Social para tal efecto.

Artículo 6°. El Ministerio de la Protección Social reglamentará los programas, acciones y procedimientos para prevenir el consumo de las sustancias mencionadas en el artículo 1° de la presente ley, que asegure un ambiente y un estilo de vida saludable, impulsando y fomentando el desarrollo de programas de prevención, tratamiento y control del consumo de sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas al interior del lugar de trabajo.

Así mismo, las EPS y las entidades territoriales deben cumplir con la obligación de desarrollar acciones de promoción y prevención frente al consumo de sustancias psicoactivas en el marco del Plan de Salud Territorial, de conformidad con sus competencias, conforme a lo contemplado en la Resolución 0425 de 2008 y sus anexos, requiriendo para su construcción la participación activa de todos los sectores productivos, educativos y comunitarios en las respectivas entidades territoriales.

Artículo 7°. Las Administradoras de Riesgos Profesionales, a través de los programas de salud ocupacional, implementarán el proyecto institucional preventivo del consumo, abuso y dependencia de sustancias mencionadas en el artículo 1° de la presente ley, en el ámbito laboral.

Así mismo, apoyará la ejecución de programas, proyectos y actividades de prevención del consumo indebido de dichas sustancias, mediante la entrega de información, formación y capacitación de sus recursos humanos en todos los niveles.

Artículo 8°. Créase el certificado de conformidad "Entidad Libre de Drogas", el cual será otorgado por organismos de certificación acreditados en Colombia.

Tal certificación se fundamenta en el cumplimiento de la norma técnica sobre la materia elaborada por la Unidad Sectorial de Normalización en Salud y aprobada por el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (Icontec) teniendo en cuenta los lineamientos sobre tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas de la Organización Internacional del Trabajo y la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto adoptada por el Ministerio de la Protección Social.

La certificación tendrá carácter temporal. La norma técnica precisará su término de duración.

Parágrafo 1°. Acogerse al procedimiento de certificación es voluntario, salvo para aquellas entidades públicas o privadas que determine el Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo 2°. La primera versión de la norma técnica colombiana para el certificado de conformidad "Entidad Libre de Drogas" deberá ser adoptada por el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (Icontec), a más tardar el 26 de junio del año inmediatamente siguiente a la vigencia de la presente ley, fecha del Día Internacional de la Lucha contra el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas.

Parágrafo 3°. Para la expedición del certificado de conformidad "Entidad Libre de Drogas" se prohíbe el que las entidades públicas o privadas que aspiren a obtenerlo obliguen a realizar exámenes

de detección de consumo de drogas a los empleados, trabajadores, contratistas o aspirantes a empleos o contratos, con excepción de aquellas actividades o cargos que determine el Ministerio de la Protección Social en consideración a la mayor probabilidad de causar daños graves a la vida o integridad personal de terceros en ejercicio de tales actividades bajo el efecto de las sustancias mencionadas en el artículo 1° de la presente ley.

Artículo 9°. El Servicio Nacional de Aprendizaje (Sena) diseñará, promoverá y ejecutará programas de formación profesional integral en el manejo de pacientes con problemas de drogadicción y métodos o terapias de rehabilitación.

Artículo 10. El Ministerio de la Protección Social creará una institución especializada para realizar seguimiento a la Política de Reducción de Sustancias Psicoactivas que regule y supervise la calidad de las instituciones de carácter público o privado a nivel nacional y territorial que ofrezcan tratamientos psicoterapéuticos, a fin de garantizar la integralidad, los criterios de calidad y el respeto de la dignidad y los Derechos Humanos de los pacientes. Dicha institución deberá estar integrada por personas especializadas en el tema.

Artículo 11. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias.

IX. Proposición

De acuerdo a lo expuesto los suscritos ponentes, solicitamos dese segundo debate al Proyecto de ley número 111 de 2010 Senado, *por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral de adictos a drogas lícitas e ilícitas y se dictan otras disposiciones*, con el texto propuesto a continuación:

De los honorables Senadores,

Gilma Jiménez Gómez, Teresita García Romero, Dilian Francisca Toro Torres, Senadoras de la República.

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA.

Bogotá, D. C., a los ocho (8) días del mes de junio 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 Segundo Debate y Texto Propuesto para Segundo Debate, en doce (12) folios, **al Proyecto de ley 111 de 2010 Senado**, *por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral de adictos a drogas lícitas e ilícitas y se dictas otras disposiciones*. Autoría del proyecto de ley del honorable Senador *Juan Manuel Galán Pachón*.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE

EN LA PLENARIA DEL SENADO AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 111 DE 2010 SENADO

por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral de adictos a drogas lícitas e ilícitas y se dictan otras disposiciones.

Artículo 1°. Igual al aprobado en primer debate.

Artículo 2°. Igual al aprobado en primer debate.

Artículo 3°. Igual al aprobado en primer debate.

Artículo 4°. Igual al aprobado en primer debate.

Artículo 5°. Igual al aprobado en primer debate.

Artículo 6°. Igual al aprobado en primer debate.

Artículo 7°. Igual al aprobado en primer debate.

Artículo 8°. Igual al aprobado en primer debate.

Artículo 9°. Igual al aprobado en primer debate.

Artículo 10. Igual al aprobado en primer debate.

Artículo 11. Igual al aprobado en primer debate.

Gilma Jiménez Gómez, Teresita García Romero, Dilian Francisca Toro Torres, Senadoras de la República.

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los ocho (8) días del mes de junio 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 Segundo Debate y Texto Propuesto para Segundo Debate, en doce (12) folios, **al Proyecto de ley 111 de 2010 Senado**, *por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral de adictos a drogas lícitas e ilícitas y se dictas otras disposiciones*. Autoría del proyecto de ley del honorable Senador *Juan Manuel Galán Pachón*.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

* * *

INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO 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.

Bogotá, D. C., 7 de junio de 2011

Honorable Senadora

TERESITA GARCÍA

Vicepresidenta

Comisión Séptima

Senado de la República

Ciudad

Ref.: Informe de Ponencia para Segundo 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 pa-*

cientes con enfermedades crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida.

Señora Presidente:

En cumplimiento de la designación que me fue encomendada, presento el informe de ponencia para segundo debate a la Plenaria del Senado de la República 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.*

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 de 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, 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**

INICIATIVA: honorable Senador *Álvaro Ashton Giraldo.*

PONENTE: honorable Senadora *Dilian Francisca Toro Torres.*

Publicación Proyecto: ***Gaceta del Congreso*** número 586 de 2010

Publicación ponencia para primer debate Senado: ***Gaceta del Congreso*** número 18 de 2011.

Número de artículos proyecto original: diecinueve (19) artículos.

Número de artículos texto propuesto: doce (12) artículos.

Número de artículos aprobados: doce (12) artículos.

Tiene Concepto del Ministerio de la Protección Social, publicado en la ***Gaceta del Congreso*** número 11 de 2011.

La relación completa del primer debate se halla consignada en el Acta número 25, de mayo veinticinco (25) de dos mil once (2011).

Conforme a lo dispuesto en el artículo 8° del Acto Legislativo número 001 de 2003 (último inciso del artículo 160 Constitución Política), el anuncio del Proyecto de ley número 138 de 2010 Senado, se hizo en las siguientes sesiones: Miércoles 16 de marzo de 2011, según Acta número 22; martes 29 de marzo de 2011, según Acta número 23; martes 12 de abril de 2011, según Acta número 24 y miércoles 4 de mayo de 2011, según Acta número 02 de Sesiones Conjuntas.

3.1. **TRÁMITE EN PRIMER DEBATE**

En Sesión Ordinaria de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, del veinticinco (25) de mayo de dos mil once (2011), fue considerado el informe de ponencia para Primer Debate y el Texto Propuesto al Proyecto de ley 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*, presentado por la honorable Senadora ponente, Dilian Francisca Toro Torres.

VOTACIÓN DEL PROYECTO DE LEY CON PONENCIA ÚNICA FAVORABLE de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 5° del Acto Legislativo 01 de 2009, Votación Pública y Nominal y a la Ley 1431 de 2011, *por la cual se establecen las excepciones a que se refiere el artículo 133 de la Constitución Política*, se obtuvo la siguiente votación:

- Puesta a consideración la proposición con que termina el informe, esta fue aprobada con nueve (9) votos a favor y ninguno en contra, sobre un total de catorce (14) Senadores integrantes de la Comisión. Los honorables Senadores que votaron afirmativamente fueron:

Ballesteros Bernier Jorge Eliécer

Carlosama López Germán Bernardo

Delgado Ruiz Edinson

García Romero Teresita

Jiménez Gómez Gilma

Ospina Gómez Mauricio Ernesto

Ramírez Ríos Gloria Inés

Tamayo Tamayo Fernando Eustacio y

Toro Torres Dilian Francisca.

- Puesta a consideración la proposición de votación en bloque (propuesta por la Senadora Ponente, Dilian Francisca Toro Torres), la votación en bloque del articulado (con modificación en los artículos cuarto (4°) y quinto (5°), el título del proyecto y el deseo de la Comisión de que este proyecto tuviera segundo debate, se obtuvo su

aprobación con nueve (9) votos a favor y ninguno en contra, sobre un total de catorce (14) Senadores integrantes de la Comisión. Los honorables Senadores que votaron afirmativamente fueron:

Ballesteros Bernier Jorge Eliécer

Carlosama López Germán Bernardo

Delgado Ruiz Edinson

García Romero Teresita

Jiménez Gómez Gilma

Ospina Gómez Mauricio Ernesto

Ramírez Ríos Gloria Inés

Tamayo Tamayo Fernando Eustacio y

Toro Torres Dilian Francisca.

Las proposiciones aprobadas fueron las siguientes:

- El artículo 4°, tuvo proposición de modificación presentada por el honorable Senador, Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, referente al apoyo no sólo durante la enfermedad sino durante el duelo, quedando de la siguiente manera: "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, requieren, además del apoyo social y espiritual, de apoyo psicológico y familiar, durante la enfermedad y el duelo. 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".

- El artículo 5°., tuvo proposición aditiva, presentada por la honorable Senadora, Gilma Jiménez Gómez, en el sentido de adicionar un numeral relacionado con los derechos de los pacientes cuando estos son niños o adolescentes. Dicho numeral quedó como el siete (07), con el siguiente texto: "7. Derechos de los Niños y Adolescentes: Si el paciente que requiere cuidados paliativos es un niño o niña menor de 14 años, serán sus padres o adultos responsables de su cuidado quienes elevaron la solicitud. Si el paciente es un adolescente entre 14 y 18 años, él será consultado sobre la decisión a tomar".

Ambas proposiciones reposan en el expediente.

- El título del proyecto fue aprobado de la siguiente manera: *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*, tal como fue presentado en la ponencia para primer debate.

- Seguidamente fue designada ponente para Segundo Debate, en estrado, la honorable Senadora Dilian Francisca Toro Torres. Término reglamentario de quince (15) días calendario.

4. **JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO**

El propósito de este proyecto de ley 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 padecen 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 diagnóstico.

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 evalué este tipo de situaciones y que se disponga de Unidades de Cuidados Paliativos Interdisciplinarias.

"De acuerdo con 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 estadios 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 trasplante.

• 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 al movimiendo 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]

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.

Proposición final

Solicito a la honorable Plenaria del Senado de la República, debatir y aprobar en segundo debate, el **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*, con base en el texto propuesto que se adjunta y que forma parte integral del presente informe de ponencia.

Dilian Francisca Toro Torres,

Senadora de la República.

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los siete (7) días del mes de junio 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 Segundo Debate y Texto Propuesto para Segundo Debate, en quince (15) 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 Ashton Giraldo*.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO 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 1°. *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 2°. *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

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

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 3°. *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, requieren, además del apoyo social y espiritual, de apoyo psicológico y familiar, durante la enfermedad y el duelo. 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 5°. *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 e 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 los planes terapéuticos del cuidado paliativo.

7. **Derechos de los Niños y Adolescentes:** Si el paciente que requiere cuidados paliativos es un niño o niña menor de catorce (14) años, serán sus padres o adultos responsables de su cuidado quienes elevarán la solicitud. Si el paciente es un adolescente entre catorce (14) y dieciocho (18) años, él será consultado sobre la decisión a tomar.

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

Artículo 6°. *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 (6) 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 siete (7) días del mes de junio 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 Segundo Debate y Texto Propuesto para Segundo Debate, en quince (15) 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 Ashton Giraldo*.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

CONTENIDO

Gaceta número 393 - Miércoles, 8 de junio de 2011

SENADO DE LA REPÚBLICA

PONENCIAS

Págs.

Ponencia para segundo debate y Texto propuesto al Proyecto de ley número 111 de 2010 Senado, por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral de adictos a drogas lícitas e ilícitas y se dictan otras disposiciones..... 1

Informe de ponencia para segundo debate y Texto propuesto 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. 6

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA - 2011