



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CAMARA

(Artículo 36, Ley 5a. de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XVII - Nº 108

Bogotá, D. C., viernes 4 de abril de 2008

EDICION DE 16 PAGINAS

DIRECTORES:

EMILIO RAMON OTERO DAJUD
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariassenado.gov.co

JESÚS ALFONSO RODRIGUEZ CAMARGO
SECRETARIO GENERAL (E.) DE LA CAMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PUBLICO

SENADO DE LA REPUBLICA PROYECTOS DE LEY

PROYECTO DE LEY NUMERO 253 DE 2008 SENADO

por medio de la cual se adiciona un párrafo al artículo 20 del Decreto 1278 de 2002.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. Adiciónese un párrafo al artículo 20 del Decreto-ley 1278 de 2002 el cual quedará así:

Artículo 20. Estructura del escalafón docente. El Escalafón Docente estará conformado por tres (3) grados. Los grados se establecen con base en formación académica. Cada grado estará compuesto por cuatro (4) niveles salariales (A - B - C - D).

Quienes superen el periodo de prueba se ubicarán en el Nivel Salarial A del correspondiente grado, según el título académico que acrediten; pudiendo ser reubicados en el nivel siguiente o ascender de grado, después de tres (3) años de servicio, siempre y cuando obtengan en la respectiva evaluación de competencias el puntaje indicado para ello, según lo dispuesto en el artículo 36 del presente decreto.

Parágrafo. Todo docente que esté inscrito en el Escalafón Nacional Docente contemplado en el Decreto-ley 2277 de 1979 y se encuentre escalafonado en un grado superior al grado 7 del escalafón, tendrá derecho a que se le respete la Escala Salarial de este estatuto, siempre que esta sea superior al grado al cual se le vincula en el escalafón contemplado en el Decreto-ley 1278 de 2002, ya sea en período de prueba o posterior a dicho período.

Artículo 2°. *Vigencia y derogatoria.* La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las normas que le sean contrarias.

Jorge Eliécer Guevara,
Senador de la República.

EXPOSICION DE MOTIVOS

I. Justificación

Tradicionalmente se ha entendido que en el mundo del trabajo las relaciones se basan en la dependencia, subordinación, remuneración y en general aquellos elementos determinantes del contrato laboral. No obstante el trabajo va mucho más allá, porque lleva implícita la impronta de la necesidad social del trabajo, como base para el desarrollo, la realización personal, social y como elemento constitutivo de la justicia social.

Analizado en su integralidad, el derecho al trabajo debería proteger a quien ostenta la posición más débil en la relación contractual, pero la realidad ha empezado a generar la dinámica inversa. El discurso de proteger el capital en pro de la estabilidad del sistema capitalista y a costa de los derechos de los trabajadores viene siendo un obstáculo conceptual llevado a la realidad, que ha generado innumerables atascos en el sistema judicial colombiano, pues por un lado se demandan los derechos fundamentales y de otra parte se procura seguir induciendo en prácticas flexibilizantes que no tienen otro beneficiario diferente al capital.

De hecho, los regímenes denominados especiales y los anteriores regímenes determinados antes de la última reforma laboral dentro de las llamadas “Convenciones Colectivas del Trabajo” han venido siendo objeto constante de reformas flexibilizantes, que tienen por efecto desconocer logros económicos y reivindicantes, lo que ha causado que en muchos casos las demandas y procesos tanto de la jurisdicción ordinaria, como de la contenciosa administrativa generen responsabilidades económicas cuantiosísimas en desmedro del Estado.

El régimen de los docentes, entendido como especial (no privilegiado) no ha sido inmune a dichos cambios estructurales, lo que ha permitido establecer dinámicas legislativas que han dejado vacíos inmensos que deben ser llenados a instancia del mismo legislativo, en aras de una solución que permita descongestionar y a la vez desatiborrar de procesos al aparato jurisdiccional y por ende establecer una relación de equidad, equilibrio y solidaridad con los trabajadores de una parte y por la otra, evitar incontables demandas contra el Estado, que terminan en sentencias condenatorias con pago de perjuicios.

El régimen docente fue creado luego de un largo debate jurídico-social y aunque algunas normas fueron establecidas antes de 1979, es a partir del Decreto-ley 2277 de septiembre de 1979 cuando se determinó el régimen especial de carrera docente, que estableció las condiciones de “ingreso, ejercicio, estabilidad, ascenso y retiro de las personas que desempeñan la profesión docente”.

Por lo tanto, con esta adición al artículo 20 del Decreto 1278 de 2002, se busca que se respete la escala salarial que venían ostentando los docentes inscritos con el Decreto-ley 2277 de 1979 y que se desempeñaron en provisionalidad o por contrato u orden de prestación de servicios por muchos años, que se encuentren escalafonados en un gra-

do superior al grado 7 y la escala salarial contemplada en el mencionado (Decreto-ley 2277) sea superior al grado al cual se le vincula en el nuevo escalafón contemplado en el Decreto-ley 1278 de 2002, ya sea en periodo de prueba o posterior a dicho periodo, respetando así los derechos adquiridos y la favorabilidad a las cuales tienen derecho estos docentes.

En ponencia para segundo debate al Proyecto de ley 201 Cámara-199 Senado de 2007, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo, se encontraba el artículo 41 que protegía los derechos salariales, a continuación se transcribe.

(...) En el artículo 41. Derechos salariales, prestacionales y de escalafón de docentes:

Los derechos salariales prestacionales y de escalafón reconocidos por resolución a los educadores que mediante concurso se hayan vinculado o se vinculen al ejercicio de la profesión docente en los términos del decreto 1278 de 2002 se les mantendrá vigentes mientras se produce el proceso de asimilación que ordena el numeral 7 del numeral 111.2 del artículo 111 de la Ley 715 de 2001 y el artículo 2º del Decreto 1278 de 2002 (...).

Este texto anterior fue aprobado por mayoría en la plenaria del Senado pero fue negado en la plenaria de la Cámara, razón por la cual no fue conciliado, sin embargo la Ministra de Educación en carta dirigida a los ponentes del Proyecto del Plan Nacional de Desarrollo se comprometió que por medio de un decreto reglamentario, expediría la normatividad concerniente a la asimilación, que a la fecha no se ha realizado por cuanto las facultades reglamentarias otorgadas ya caducaron.

En virtud de lo anterior se transcribe la carta de la Ministra de Educación.

(...) Por medio de la presente me permito solicitar se retire el artículo 41 propuesto sobre derechos salariales, prestacionales y de escalafón, y nos comprometemos a por decreto reglamentario reglamentar lo establecido por el Decreto 1278 de 2002 en cuanto asimilación (...).

Es necesario recordar que el Decreto-ley 1278 de 2002, reconoció una nueva carrera docente. Es así como los maestros provisionales, vinculados por contratos u orden de prestación de servicios luego de ganar el concurso para ingreso, fueron vinculados al grado 2A del nuevo escalafón docente desconociéndose su escalafón legalmente reconocido conforme al Decreto-ley 2277 del 14 de septiembre de 1979 el cual sigue vigente, situación que se deriva de no haberse establecido un régimen de transición entre el antiguo y el nuevo estatuto, lo que conlleva al desconocimiento de la experiencia, capacitación y demás derechos o situaciones reconocidas con anterioridad.

En razón de lo anterior, se ve como una necesidad prioritaria aprobar este proyecto de ley para que haya justicia en el reconocimiento de los derechos adquiridos de estos docentes, basado en principios de equidad e igualdad, donde se respeten la antigüedad, capacitación y experiencia independientemente del tipo de vinculación (provisionalidad, contratos u orden de prestación de servicios) donde al ser vinculados con el nuevo estatuto docente (1278 de 2002) se les desconocería el escalafón legalmente adquirido bajo el Decreto-ley 2277 de 1979.

II. Marco legal

2.1. De la Constitución Nacional Artículos específicos

Artículo 53. El Congreso expedirá el estatuto del trabajo. La ley correspondiente tendrá en cuenta por lo menos los siguientes principios mínimos fundamentales:

*Igualdad de oportunidades para los trabajadores; remuneración mínima vital y móvil, proporcional a la cantidad y calidad de trabajo; estabilidad en el empleo; **irrenunciabilidad a los beneficios mínimos establecidos en normas laborales**; facultades para transigir y conciliar sobre derechos inciertos y discutibles; **situación más favorable al trabajador en caso de duda en la aplicación e interpretación de las fuentes formales de derecho**; primacía de la realidad sobre formalidades establecidas por los sujetos de las relaciones laborales; garantía a la seguridad social, la capacitación, el adiestramiento y el descanso necesario; protección especial a la mujer, a la maternidad y al trabajador menor de edad.*

El Estado garantiza el derecho al pago oportuno y al reajuste periódico de las pensiones legales.

Los convenios internacionales del trabajo debidamente ratificados, hacen parte de la legislación interna.

La ley, los contratos, los acuerdos y convenios de trabajo, no pueden menoscabar la libertad, la dignidad humana ni los derechos de los trabajadores.

Conc.: Artículos 1º, 25, 39, 43, 44, 48 a 54, 55, 56, 58, 60, 64, 87, 93, 123, 150-19 (e) y (f), 228, 230, T-57. CST, art. 1º y ss.; CPT; L. 74/68, arts. 7º, 8º; L. 54/87; Leyes 4ª, 13, 31 de 1992; Leyes 52, 55, 65, 76, 100 de 1993; Leyes 115, 136, 142, 146 de 1994; Leyes 410, 411 de 1997; L. 436/98; L. 515/99; L. 581/2000; Leyes 755, 789 de 2002; Leyes 797, 823, 828 de 2003.

Subrayado y negrilla fuera de texto.

2.2. Decreto-ley 2277 de 1979. Estatuto docente

El Decreto-ley docente determinó las condiciones de ingreso, permanencia y estableció el escalafón de 14 grados, conforme al artículo 10, a saber:

| GRADOS | TITULOS EXIGIDOS | CAPACITACION | EXPERIENCIA |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Al grado 1 | Bachiller Pedagógico. | --- | --- |
| Al grado 2 | a) Perito o experto en Educación Bachiller Pedagógico. | --- | 2 años en el grado 1 |
| Al grado 3 | a) Perito o experto en Educación; Bachiller Pedagógico. | Curso | 3 años en el grado 2 3 años en el grado 2 |
| Al grado 4 | a) Técnico o Experto en Educación; b) Perito o Experto en Educación; c) Bachiller Pedagógico. | Curso | 3 años en el grado 3 3 años en el grado 3 |
| Al grado 5 | a) Tecnólogo en Educación; b) Técnico o Experto en Educación; c) Perito o Experto en Educación. | --- | 4 años en el grado 4 3 años en el grado 4 |
| Al grado 6 | a) Profesional con título universitario diferente al de Licenciado en Ciencias de la Educación; b) Tecnólogo en Educación; c) Técnico o Experto en Educación; d) Perito o Experto en Educación; e) Bachiller Pedagógico. | Curso de ingreso Curso Curso | 3 años en el grado 5 3 años en el grado 5 3 años en el grado 5 3 años en el grado 5 |
| Al grado 7 | a) Licenciado en Ciencias de la Educación; b) Profesional con título universitario diferente al de Licenciado en Ciencias de la Educación; c) Tecnólogo en Educación; d) Técnico o Experto en Educación; e) Perito o Experto en Educación; f) Bachiller Pedagógico. | --- | 3 años en el grado 6 3 años en el grado 6 4 años en el grado 6 3 años en el grado 6 4 años en el grado 6 |
| Al grado 8 | a) Licenciado en Ciencias de la Educación; b) Profesional con título universitario diferente al de Licenciado en Ciencias de la Educación; c) Tecnólogo en Educación; d) Técnico o Experto en Educación; e) Perito o Experto en Educación; f) Bachiller Pedagógico. | Curso Curso Curso Curso | 3 años en el grado 7 3 años en el grado 7 4 años en el grado 7 3 años en el grado 7 4 años en el grado 7 3 años en el grado 7 |
| Al grado 9 | a) Licenciado en Ciencias de la Educación; b) Profesional con título universitario diferente al de Licenciado en Ciencias de la Educación; c) Tecnólogo en Educación; d) Técnico o Experto en Educación. | Curso Curso | 3 años en el grado 8 4 años en el grado 8 3 años en el grado 8 3 años en el grado 8 |
| Al grado 10 | a) Licenciado en Ciencias de la Educación; b) Profesional con título universitario diferente al de Licenciado en Ciencias de la Educación; c) Tecnólogo en Educación; d) Técnico o Experto en Educación. | --- | 3 años en el grado 9 3 años en el grado 9 3 años en el grado 9 4 años en el grado 9 |
| Al grado 11 | a) Licenciado en Ciencias de la Educación; b) Profesional con título universitario diferente al de Licenciado en Ciencias de la Educación; c) Tecnólogo en Educación. | Curso Curso | 3 años en el grado 10 3 años en el grado 10 4 años en el grado 10 |
| Al grado 12 | a) Licenciado en Ciencias de la Educación; b) Profesional con título universitario diferente al de Licenciado en Ciencias de la Educación. | --- | 4 años en el grado 11 4 años en el grado 11 |
| Al grado 13 | Licenciado en Ciencias de la Educación. | Curso | 3 años en el grado 12 |
| Al grado 14 | Licenciado en Ciencias de la Educación que no haya sido sancionado con exclusión del Escalafón Docente y que cumpla uno de los siguientes requisitos: Título de posgrado en Educación reconocido por el Ministerio de Educación Nacional o autoría de una obra de carácter científico, pedagógico o técnico. | Curso | 3 años en el grado 13 |

2.3. Comparación de los salarios con los dos escalafones.

| Decreto N 626 de 2008 (Decreto-ley 2277 de 1979) | | Decreto 714 del 6 de marzo de 2008 (1278 de 2002) | | | |
|-----------------------------------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------|-----------|
| A | 525.240 | Grado Escalafón | Nivel Salarial | Asignación Basica Mensual | |
| B | 581.850 | 1. Normalista superior o tecnólogo en educación | A | 804.993 | |
| 1 | 652.079 | | B | 1.058.216 | |
| 2 | 675.922 | | C | 1.420.328 | |
| 3 | 717.284 | | D | 1.760.746 | |
| 4 | 745.600 | | | | |
| 5 | 792.628 | | | | |
| 6 | 838.439 | 2. Licenciado o profesional no licenciado | Sin especialización | | |
| 7 | 938.315 | | A | 1.013.132 | 1.101.206 |
| 8 | 1.030.680 | | B | 1.421.428 | 1.510.735 |
| 9 | 1.141.779 | | C | 1.660.208 | 2.000.190 |
| 10 | 1.250.166 | | D | 1.983.948 | 2.367.092 |
| 11 | 1.427.513 | | Maestría | | |
| 12 | 1.698.112 | 3. Licenciado profesional no licenciado con maestría o con doctorado | Doctorado | | |
| 13 | 1.879.682 | | A. | 1.572.810 | 2.008.182 |
| 14 | 2.140.766 | | B. | 1.910.065 | 2.424.227 |
| | | | C. | 2.532.897 | 3.401.247 |
| | | | D. | 2.934.879 | 3.904.519 |

III. Alcance del ascenso en el escalafón

Cuando el Estado produce un acto administrativo por el principio de presunción de legalidad y seguridad jurídica, no lo puede desconocer. Un grupo de educadores que no fueron convocados a concurso, hasta el año 2002, por lo tanto no pudieron ser vinculados legalmente a la nómina, y se desempeñaron por largos años como maestros provisionales, por contrato o vinculados por Ordenes de Prestación de Servicios (OPS), con la experiencia acreditada, los estudios realizados y los cursos ingresaron al escalafón y por tanto a la carrera docente, conforme al Decreto-ley 2277 de 1979. Es así, como un grupo cercano a quince mil docentes (incluyendo los 8.500 provisionales) obtuvieron el grado 7 del escalafón docente y ascendieron a los grados siguientes (grados 8, 9, 10, 11 y 12).

El Decreto-ley 1278 de 2002, reconoció una nueva carrera docente tal como se manifestó en la exposición de motivos de este proyecto. Es así como los maestros provisionales luego de ganar el concurso para ingreso, fueron vinculados al grado 2A del nuevo escalafón docente desconociéndose su escalafón legalmente reconocido conforme al Decreto-ley 2277 del 14 de septiembre de 1979, situación que se deriva de no haberse establecido un régimen de transición entre el antiguo y el nuevo estatuto, lo que conlleva al desconocimiento de la experiencia, la capacitación de estos educadores y su consecuente rebaja salarial.

Este hecho provoca una gran injusticia pues un maestro provisional o por OPS con grado 10 en el escalafón que ganaba \$1.250.166 ha sido vinculado al grado 2A con un salario de \$1.013.132, lo que equivale a una pérdida de \$237.034, sin que su escalafón haya sido derogado.

Ponemos a consideración de los honorables Congresistas, el presente proyecto de ley como un acto de justicia de vital importancia para bien de la educación y del magisterio colombiano.

Jorge Eliécer Guevara,
Senador de la República.

SENADO DE LA REPUBLICA

Secretaría General (arts. 139 y ss Ley 5ª de 1992)

El día 3 de abril de 2008 se radicó en este Despacho el Proyecto de ley número 253 con todos y cada uno de los requisitos constitucionales y legales, por el honorable Senador *Jorge Guevara*.

El Secretario General,

Emilio Otero Dajud.

SENADO DE LA REPUBLICA

Sección de Leyes

Bogotá, D. C., 3 de abril de 2008

Señora Presidenta:

Con el fin de que se proceda a repartir el Proyecto de ley número 253 de 2008 Senado, *por medio de la cual se adiciona un parágrafo al*

artículo 20 del Decreto 1278 de 2002, me permito pasar a su despacho el expediente de la mencionada iniciativa que fue presentada en el día de hoy ante Secretaría General. La materia de que trata el mencionado proyecto de ley es competencia de la Comisión Sexta Constitucional Permanente, de conformidad con las disposiciones reglamentarias y de ley.

El Secretario General,

Emilio Otero Dajud.

PRESIDENCIA DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., 3 de abril de 2008

De conformidad con el informe de Secretaría General, dese por repartido el proyecto de ley de la referencia a la Comisión Sexta Constitucional y envíese copia del mismo a la Imprenta Nacional con el fin de que sea publicado en la *Gaceta del Congreso*.

Cúmplase.

La Presidenta del honorable Senado de la República,

Nancy Patricia Gutiérrez Castañeda.

El Secretario General del honorable Senado de la República,

Emilio Otero Dajud.

* * *

PROYECTO DE LEY NUMERO 254 DE 2008 SENADO

por medio de la cual se adiciona un numeral (ordinal 6) al artículo 317 de la Ley 906 de 2004 Código de Procedimiento Penal y se establece la libertad provisional para las mujeres cabezas de familia.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1º. El artículo 317 de la Ley 906 de 2004, quedará así:

Artículo 317. Causales de libertad. Las medidas de aseguramiento indicadas en los anteriores artículos tendrán vigencia durante toda la actuación. La libertad del imputado o acusado se cumplirá de inmediato y solo procederá en los siguientes eventos:

1. Cuando se haya cumplido la pena según la determinación anticipada que para este efecto se haga, o se haya decretado la preclusión, o se haya absuelto al acusado.

2. Como consecuencia de la aplicación del principio de oportunidad.

3. Como consecuencia de las cláusulas del acuerdo cuando haya sido aceptado por el juez de conocimiento.

4. Cuando transcurridos sesenta (60) días, contados a partir de la fecha de la formulación de imputación no se hubiere presentado el escrito de acusación o solicitado la preclusión. Los términos previstos en este numeral se contabilizarán en forma ininterrumpida.

5. Cuando transcurridos noventa (90) días, contados a partir de la fecha de la presentación del escrito de acusación, no se haya dado inicio a la audiencia de juicio oral.

Parágrafo. En los numerales 4 y 5 se restablecerán los términos cuando hubiere improbabación de la aceptación de cargos, de los preacuerdos o de la aplicación del principio de oportunidad. No habrá lugar a la libertad cuando la audiencia de juicio oral no se haya podido iniciar por maniobras dilatorias del imputado o acusado, o de su defensor, ni cuando la audiencia no se hubiere podido iniciar por causa justa o razonable.

“6. Cuando la imputada o acusada fuere madre cabeza de familia de hijo menor o que sufre incapacidad permanente, siempre y cuando haya estado bajo su cuidado. En ausencia de ella, el padre que haga sus veces tendrá el mismo beneficio.

Parágrafo. No habrá lugar a libertad provisional cuando la imputación se refiera a los siguientes delitos: Los de competencia de los jueces penales del circuito especializados o quien haga sus veces, tráfico de migrantes (C.P. artículo 188); Acceso carnal o actos sexuales con incapaz de resistir (C.P. artículo 210); Violencia intrafamiliar (C.P. artículo 229); Fabricación, tráfico y porte de armas

de fuego o municiones de uso personal, cuando concorra con el delito de concierto para delinquir (C.P. artículos 340 y 365), o los imputados registren sentencias condenatorias vigentes por los mismos delitos; Fabricación, tráfico y porte de armas y municiones de uso privativo de las fuerzas armadas (C.P. artículo 366); Fabricación, importación, tráfico, posesión y uso de armas químicas, biológicas y nucleares (C.P. artículo 367); Peculado por apropiación en cuantía superior a cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales (C.P. artículo 397); Concusión (C.P. artículo 404); Cohecho propio (C.P. artículo 405); Cohecho impropio (C.P. artículo 406); Cohecho por dar u ofrecer (C.P. artículo 407).

Artículo 2°. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga todas las normas que le sean contrarias.

La Autora del Proyecto,

Daira de Jesús Galvis,

honorable Senadora de la República de Colombia.

EXPOSICION DE MOTIVOS

El Congreso de la República de Colombia, ratificó La Convención sobre los Derechos de los Niños por medio de la ley número 12 de 1991 y la Asamblea Nacional Constituyente incluyó los principios de protección integral de la niñez (artículos: 13, 44, 45, 50 y 67 Constitución Política de Colombia, 1991), categorizándolos como: 1. Derecho a la vida. 2. **Derecho al desarrollo.** 3. Derechos de identidad. 4. Derecho a la participación. 5. **Derecho a ser protegido.** Con fundamento en ello, se amplían los alcances de la otrora figura de la sustitución de la detención preventiva por la domiciliaria, consagrada en el artículo 314 ordinal 5 para en dicho caso, en cambio, extenderla como una nueva causal de libertad provisional a elevar bajo la adición de un numeral, el 6 del artículo 317 del Código de Procedimiento Penal respectivamente.

La prioridad de este proyecto, parte de dos aristas: En la primera se implementa la libertad provisional o el derecho a la excarcelación de las madres cabeza de familia de quienes depende en lo absoluto, el futuro de la familia y el desarrollo fundamental del menor de edad; una segunda, que es de carácter fundamental, cuya justificación es **la prioridad de los derechos del menor. Que consiste en facilitarles el derecho constitucional y legal a los menores de edad en general, a estar protegidos mediante la compañía de su madre y/o padre (cabeza de hogar), así como también el libre y amplio derecho a su desarrollo.** Es decir estar asistido tanto en lo material como en lo moral, por la madre de quien depende su existir y un cabal futuro, que sea por lo menos digno, libre de traumatismos, de embarazos y limitaciones que aún se conciben y contraen de la lectura del tenor del ordinal 5° del artículo 314 del citado estatuto de procedimiento y de la experiencia vivida.

Este proyecto mediante la introducción del numeral 6° al artículo 317 del Código de Procedimiento Penal (**Ley 906 de 2004**), reconoce y ratifica que, para el Estado colombiano políticamente tienen prelación la familia, los niños, niñas y adolescentes menores de edad. La justificación es la de facilitar una puesta en práctica más amplia de los derechos que le vienen reconocidos en la Constitución Política, la ley y los tratados internacionales sobre Derechos Humanos ratificados por Colombia. Esta norma expande el espectro de la detención domiciliaria consagrada en el artículo 314.5 *ibídem*, que evidentemente denota limitaciones para el desarrollo del menor de edad, como es el caso de la situación indeseable de los actuales menores de tres años, que si bien tienen acceso a la madre reclusa, no lo es menos que de una u otra forma se encuentran reducidos, limitados y para decirlo de una vez aprensados junto con la misma, supeditados sus derechos a la condición gravosa en que se encuentra su progenitora; más no viceversa. Esto es, que sean los derechos de los menores los que se reconozcan y que a partir de ellos, se derive la condición bajo la cual queda su madre cabeza de familia.

Remitiéndonos a los “Lineamientos para la Planeación del Desarrollo de la Infancia y la Adolescencia”, desde el punto de vista ético, es

una prelación pública que radica en la protección de los menores, amén de dignificarnos como nueva sociedad, además que garantiza el desarrollo humano actual y futuro, por lo tanto conlleva hacia la construcción de una mejor sociedad obligada a responder por esa prioridad. Por esas mismas razones, se señalan dentro de dichos lineamientos, como justificaciones jurídicas, que parte de reconocimientos fundamentales y que se traducen en una serie de normas que constituyen esas garantías a niños, niñas y adolescentes y que obviamente, imparten sanciones a quienes las desconocen.

Es evidente que si partimos del reconocimiento de los derechos de los menores, para condicionar la situación de la madre cabeza de hogar, hoy reclusa, estamos asegurando en hacer realidad el imaginario de que los niños, niñas y adolescentes colombianos, **no sean discriminados** puedan gozar de una seguridad social y **disfrutar de alimentación, vivienda, recreo** y servicios médicos adecuados, **a recibir atención y cuidados especiales cuando el niño sufre de impedimento físico, mental o social, al amor y a la familia, a la educación**, a ser los primeros en recibir atención en situaciones de emergencia, **al buen trato, a la protección contra todo tipo de discriminación y a la educación en la tolerancia frente a las diferencias**, obligaciones que debe procurar el Estado colombiano, que conlleven a patrocinar que durante el período de su crecimiento y formación puedan convivir con sus padres y a su vez, estar asistidos moral y materialmente por estos en cumplimiento de sus obligaciones frente a los menores, pues la Constitución reconoce no sólo la índole fundamental de los derechos de los infantes, sino también la protección de la cual deben ser objeto y la responsabilidad de la familia, de la sociedad y del Estado de asistirlos, con fin de garantizarles un desarrollo correcto en su vida y el ejercicio pleno y sin límites de sus derechos.

Se justifica esta protección especial y el particular reconocimiento de los derechos de los menores en cuanto se trata de una población en estado de clara vulnerabilidad y fragilidad, que se encuentra en proceso de formación y como tal se hace merecedora de una atención especial. La honorable Corte Constitucional ha argumentado a favor de la especial protección de la infancia fundamentándose en:

“i) el respeto de la dignidad humana que, conforme a lo previsto en el art. 1° de la Constitución, constituye uno de los fundamentos del Estado Social de Derecho Colombiano; ii) su indefensión o vulnerabilidad, por causa del proceso de desarrollo de sus facultades y atributos personales, en su necesaria relación con el entorno, tanto natural como social, y, iii) el imperativo de asegurar un futuro promisorio para la comunidad, mediante la garantía de la vida, la integridad personal, la salud, la educación y el bienestar de los mismos”¹.

La Convención sobre los Derechos de los Niños es un conjunto de normas aceptadas universalmente para la protección de la infancia y les otorga un papel principal en la construcción y el desarrollo de una sociedad justa y pacífica. Es un conjunto de compromisos acordados por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. Desde entonces ha sido ratificado por 191 Estados y tiene por base cuatro principios fundamentales:

1. La no discriminación (artículo 2°).
2. El interés superior del niño (artículo 3°).
3. El derecho del niño a la vida, la supervivencia y el desarrollo (artículo 6°).
4. El respeto por las opiniones del niño (artículo 12).

La Convención detalla los derechos humanos de los menores en todas partes del mundo, como el derecho a la supervivencia; al desarrollo pleno; a la protección contra las influencias perniciosas, el abuso y la explotación; y a la participación plena en la vida familiar, cultural y social.

En la Constitución Nacional se consagra la protección de los menores en los siguientes artículos:

¹ Corte Constitucional sentencia C-318 de 2003.

Artículo 44

Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia.

La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores. Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.

Artículo 45

El adolescente tiene derecho a la protección y a la formación integral. El Estado y la sociedad garantizan la participación activa de los jóvenes en los organismos públicos y privados que tengan a cargo la protección, educación y progreso de la juventud.

En el artículo 44 de la Carta se establece el carácter prioritario y prevalente de los menores frente a los derechos de los demás, por lo tanto al permitirles a las madres y/o al padre cabeza de familia, procesados o condenados por la justicia penal la posibilidad de acompañar a sus hijos en el proceso de formación, se cumple.

Por las razones anteriormente expuestas me permito presentar a consideración del honorable Congreso de la República de Colombia el presente proyecto de ley, *por medio de la cual se adiciona un numeral (ordinal 6) al artículo 317 de la Ley 906 de 2004 Código de Procedimiento Penal y se establece la libertad provisional para las mujeres cabeza de familia.*

Atentamente,

La Autora del Proyecto,

Daira de Jesús Galvis, Méndez,

Honorable Senadora de la República de Colombia.

SENADO DE LA REPUBLICA

Secretaría General (arts. 139 y ss Ley 5ª de 1992)

El día 4 de abril de 2008 se radicó en este despacho el Proyecto de ley número 254 con todos y cada uno de los requisitos constitucionales y legales, por la honorable Senadora *Daira Galvis*.

El Secretario General,

Emilio Otero Dajud.

SENADO DE LA REPUBLICA

Sección de Leyes

Bogotá, D. C., 4 de abril de 2008

Señora Presidenta:

Con el fin de que se proceda a repartir el Proyecto de ley número 254 de 2008 Senado, *por medio de la cual se adiciona un numeral (ordinal 6) al artículo 317 de la Ley 906 de 2004 Código de Procedimiento Penal y se establece la libertad provisional para las mujeres cabeza de familia*, me permito pasar a su despacho el expediente de la mencionada iniciativa que fue presentada en el día de hoy ante Secretaría General. La materia de que trata el mencionado Proyecto de ley es competencia de la Comisión Primera Constitucional Permanente, de conformidad con las disposiciones reglamentarias y de ley.

El Secretario General,

Emilio Otero Dajud.

PRESIDENCIA DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., 4 de abril de 2008

De conformidad con el informe de Secretaría General, dese por repartido el Proyecto de ley de la referencia a la Comisión Primera Constitucional y envíese copia del mismo a la Imprenta Nacional con el fin de que sea publicado en la **Gaceta del Congreso**.

Cumplase.

La Presidenta del honorable Senado de la República,

Nancy Patricia Gutiérrez Castañeda.

El Secretario General del honorable Senado de la República,

Emilio Otero Dajud.

PONENCIAS

PONENCIA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 28 DE 2007 SENADO

por la cual se establecen medidas especiales de protección para las personas que padecen epilepsia y se dictan los principios y lineamientos para la atención integral de las mismas.

Bogotá, D. C., marzo de 2008

Doctor

JESUS MARIA ESPAÑA VERGARA

Secretario Comisión Séptima

Honorable Senado de la República

E. S. D.

Ref: Informe de Ponencia Primer Debate al Proyecto de ley número 28 de 2007 Senado, *por la cual se establecen medidas especiales de protección para las personas que padecen epilepsia y se dictan los principios y lineamientos para la atención integral de las mismas.*

En cumplimiento a la designación hecha por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Primera Constitucional de Senado, remito a usted en original y tres copias impresas y medio magnético, el Informe de Ponencia para Primer Debate del Proyecto de la referencia.

Atentamente,

Claudia Rodríguez de Castellanos,

Senadora de la República,

Ponente.

PONENCIA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 28 DE 2007 SENADO

por la cual se establecen medidas especiales de protección para las personas que padecen epilepsia y se dictan los principios y lineamientos para la atención integral de las mismas.

Bogotá, D. C., marzo de 2008

Doctora

GLORIA INES RAMIREZ

Vicepresidente

Comisión Séptima Constitucional de Senado

Ciudad

Respetada doctora:

De conformidad con la designación hecha por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional de Senado, procedo a presentar el Informe de Ponencia para Primer Debate del **Proyecto de ley número 28/07 Senado**, *por la cual se establecen medidas especiales de protección para las personas que padecen epilepsia y se dictan los principios y lineamientos para la atención integral de las mismas.*

1. Requisitos del proyecto de ley.

Esta iniciativa legislativa es autoría de los honorables Congresistas Senadores Alexandra Moreno Piraquive, Manuel Virgüez P. y la Representante a la Cámara Gloria Stella Díaz, radicado ante la Secretaría Ge-

neral del Senado de la República el día 30 de julio de 2007 y publicado en la *Gaceta del Congreso* número 345 de 2007, de conformidad con los artículos 144, 145 y 147 de la Ley 5ª de 1992.

2. Propósito del proyecto

El proyecto de ley en mención propone:

Garantizar y optimizar la protección integral de las personas que padecen epilepsia.

Consagrar principios y lineamientos para el proceso del manejo integral de estas personas.

3. Estructura de la iniciativa

La ordenación del proyecto de ley está dispuesto en cuatro capítulos así:

• CAPITULO I. **Objeto, principios, prohibición e infraestructura y reglamentación.**

• CAPITULO II. **Lineamientos de protección integral para las personas que padecen epilepsia.**

• CAPITULO III. **Derechos y deberes de las personas con epilepsia.**

• CAPITULO IV. **Vigilancia y control.**

4. Justificación de la iniciativa

Los autores del Proyecto de ley 28 de 2007, Senado sustentan su propuesta así:

• En la necesidad que padecen las personas con Epilepsia, ya que su condición lo inhibe para lograr su desarrollo en la sociedad, haciéndolas cada vez más dependientes de sus familias y entornos más próximos.

• Se requiere por parte del Estado Colombiano, el garantizar a estas personas una calidad de vida acorde con su problemática protegiéndoles su vida, dignidad y demás derechos constitucionales.

• Brindar una protección integral en virtud a que el Estado carece de políticas que suplan o mengüen de alguna manera las necesidades que se derivan de esta enfermedad.

• Educar a la sociedad en el conocimiento de esta enfermedad, a fin de evitar el rechazo en las escuelas y sitios de trabajo, por las falsas creencias y concepciones que se tienen de la misma.

• Lograr una adecuada prescripción médica, que permita a la persona afectada gozar de los mismos derechos y deberes de todo colombiano.

• Brindar una protección al enfermo y a su familia al permitir que en virtud a su problema se elimine todo tipo de discriminación.

• Existencia de discriminación para el ingreso al Sistema General de Salud, a las personas que padecen de epilepsia, al determinarse como una preexistencia.

• La Ley 100 de 1994 no define claramente la cobertura integral para quienes padecen de algún tipo de discapacidad, lesionando los derechos de estas personas.

Hay un gran rezago de nuestro país frente a las directrices internacionales, lo que *“le imprime urgencia a la toma de medidas legislativas coherentes con la evolución del derecho de la humanidad, máxime cuando el artículo 13 de nuestra Constitución Política indica, “... El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan”, entendiéndose entonces que, la Dignidad y Valía de la persona son condiciones inherentes a todos los seres, independientemente de su edad, sexo, religión, cultura, color de piel, condición o ideologías, es decir, todos tenemos derechos por el sólo hecho de ser humanos”*¹.

5. Conceptualización de la epilepsia:

Dentro de la justificación de la iniciativa, los autores dan alcance al contenido de La epilepsia, según la definición dada por la Organización Mundial de la Salud, la cual se constituye *“en un trastorno neurológico de causas diversas, caracterizada por crisis recurrentes, debidas a una descarga excesiva de las neuronas cerebrales, asociadas eventualmen-*

te con diversas manifestaciones clínicas y paraclínicas, originando severos problemas físicos, psicológicos, sociales y económicos agravados por los niveles de pobreza. No todas las personas que padecen una crisis epiléptica se diagnostican de epilepsia. Se consideran personas con epilepsia (epilépticos) cuando padecen por lo menos dos o más crisis (convulsiones²), no ligadas a otros eventos (tumor cerebral, infecciones o hemorragias).

De igual manera, se precisan las características de la enfermedad ya que la misma es crónica, y tiene diversas causas que la provocan, se manifiesta mediante crisis, ataques periódicos o recurrentes, con pérdida de la conciencia, movimientos automáticos, caídas al suelo con graves daños del cerebro y de los órganos, de la economía, se producen cambios involuntarios de movimiento que los hacen confundir con trastornos psiquiátricos sin serlo, su duración varía y existen multitud de tipos diferentes de crisis epilépticas. En los niños existen desconexiones de la realidad fugaces con pérdida de la conciencia en múltiples ocasiones diarias, por lo que son rechazados por “ineptos” dada la ignorancia de los maestros y docentes. La adolescencia, edad sumamente crítica de estos pacientes, se acompaña de depresión e irritabilidad grave, abandonando con frecuencia los estudios y marginándose de la sociedad. La familia queda sola responsable del paciente sin protección clara.

Las crisis van acompañadas de la pérdida de conciencia, caída repentina y convulsiones que, en la mayoría de los casos son malinterpretados por las personas que observan estos eventos críticos de quienes padecen la enfermedad, tildándolos de poseídos o psicóticos o contagiosos. De igual manera dependiendo del lugar donde pueda ocurrir una crisis deviene en aspectos mucho más graves como son las fracturas craneoencefálicas y esqueléticas, obstrucciones respiratorias y neumonías por aspiración de alimentos, entre otros. La cronicidad de las crisis produce lo llamado encefalopatía epiléptica que lleva al paciente a un estado de inferioridad mental que lo hará incapaz para defenderse en la vida. Esto constituye ya un estado irreversible por falta de prevención y tratamiento oportuno.

Es de anotar como se argumenta la necesidad por parte de los autores, de la ausencia de una detección y tratamiento adecuado que permita disminuir los efectos sociales y económicos que esta falencia genera en el mismo Sistema de Seguridad Social.

Desde el punto de la mortalidad en la población afectada por esta enfermedad, se especifica por parte de los autores, como alta frente al resto de la población no hay estadísticas claras, pero se supone es el doble de la población general, especialmente la llamada Muerte Súbita e Inesperada en Epilepsia (Síndrome Sudep) que sucede por un paro abrupto cardíaco lo que implica que ante un mejor diagnóstico y atención con tratamiento apropiado, daría un control apropiado a las crisis que redundan en el mejoramiento de la calidad de vida de estas personas.

6. Cifras sobre enfermos de epilepsia

A nivel mundial hay 50 millones de personas con epilepsia (Susan Lund, Presidenta del Buró Internacional de la Epilepsia -IBE-). En Latinoamérica se calcula que aproximadamente 5 millones de personas padecen la enfermedad, de los cuales más de tres millones no reciben tratamiento.

Para Colombia según el estudio realizado por un grupo liderado por el doctor Jaime Gómez González del Instituto Neurológico de Colombia se halló un 20 x mil de prevalencia, iguales resultados se encontraron en los estudios realizados por el doctor Jaime Fandiño Franky de la Liga Colombiana contra la Epilepsia en los departamentos de la Costa Caribe, en el estudio dirigido por el doctor Gustavo Pradilla, en Santander del Sur, y en el estudio realizado en Medellín por el doctor Iván Jiménez, quien encontró entre la clase más pobre una prevalencia del 37 x mil.

Con los datos anteriores se calcula que actualmente pueden existir cerca de 810.000 personas con epilepsia y que a juicio de los autores *“si*

1 Exposición de motivos Proyecto de ley 28 de 2007 Senado.

2 Ibidem.

cada persona con epilepsia tiene influencia directa sobre 10 más, que es el promedio del círculo familiar colombiano, debemos convencernos que hay 8.100.000 personas comprometidas directamente en la problemática de la epilepsia en Colombia”.

El 30% de las personas que padecen la enfermedad (243.000) poseen incapacidad para llevar una vida normal (Reporte del Buró Internacional de la Epilepsia (IBE), de la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE) y de publicaciones científicas diversas (Germann Stefan In: Neurology Edited by Dieter Schmidt 2000).

En cuanto a la medicación contenida en el Plan Obligatorio de Salud del sector subsidiado y Contributivo, en su mayoría produce efectos secundarios, los que se reflejan en el aspecto físico de quien padece la enfermedad.

En cuanto a los costos del manejo de la enfermedad, son calculados en una tabla por los autores así:

| MEDICACIONES | COSTOS PARCIALES | COSTO ANUAL ³ |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Genéricos básicos (3 dosis diarias) | \$500 x 3 = \$1.500 1.500 x 810.000 = 1.215 millones de pesos | \$1.215 millones x 360 días = \$437.400 millones de pesos ⁽¹⁾ |
| Consultas y exámenes de laboratorio indispensables ⁽²⁾ | | \$405.000 millones de pesos |
| Primera consulta (especialista- electroencefalograma-TAC cerebral y exámenes de laboratorio) | \$200.000.00 (tarifa pos) x 810.000 = \$162.000 millones de pesos | |
| Tres consultas más en un año con un nivel sérico ⁽³⁾ y un hemograma (valor de cada una \$100.000.00). | \$100.000.00 x 810.000 = \$81.000 millones x 3 = \$243.000. millones de pesos | |
| Rehabilitación ⁽⁴⁾ (Educación especial, fisioterapia, fonoaudiología, psicología). | | \$1 millón x 243.000 pacientes = \$243.000 millones de pesos |
| Costos indirectos ⁽⁵⁾ | | |
| TOTAL IMPACTO ECONÓMICO | | \$1.085.400 millones de pesos ⁴ |

³ * Fuente: Liga Colombiana Contra la Epilepsia, Cartagena de Indias, marzo de 2007.

A nivel normativo solo se tiene el Acuerdo 117 de 1998, del Ministerio de Salud, en donde se incluyó la Epilepsia como una de las enfermedades de prioridad en salud pública, la cual redefine un protocolo de manejo y tratamiento de las personas que la padecen, pero a pesar de considerarse una prioridad en salud pública nunca se hizo una ley para protegerlos.

7. Marco constitucional y legal

Constitución Política

TITULO I

DE LOS PRINCIPIOS FUNDAMENTALES

“Artículo 1°.

Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.

Artículo 2°.

Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo.

Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares.

Artículo 13.

Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica.

El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados.

El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.

Artículo 47.

El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran.

Artículo 48.

La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley.

Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.

El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la ley.

Artículo 49.

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

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

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

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

Acuerdo 228 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Esta norma consagra la cobertura de medicamentos NO POS, en donde el asegurador debe cubrir hasta el valor de la opción que se encuentre incluida en el POS y recobrar el excedente al Fosyga.

En igual sentido el artículo 2°, numeral 3.2, frente al POS, indica la cobertura para los pacientes que requieran atención quirúrgica para afecciones del Sistema Nervioso Central.

(1) Naturalmente, buena parte de este valor es costado por el sistema de salud. Sin embargo, una gran cantidad de pacientes se ven obligados a costear la medicación, porque no se la proporcionan, provocando una ruina diaria para las familias.

(2) Para poder diagnosticar el tipo de epilepsia, el síndrome y la etiología (causa) es fundamental hacer mínimo estos exámenes.

(3) Medición de la droga en la sangre.

(4) Se requiere en el 30% de las personas con epilepsia (informe del IBE) o sea 243.000.

(5) No se tienen en cuenta costos indirectos como transporte, lucro cesante del acompañante y consultas de “descompensación” durante el año. Tampoco otros exámenes que surgen de esta última eventualidad. Tampoco los honorarios médicos que los suponemos dentro de estos gastos, que no son honorarios privados.

El Tratamiento quirúrgico se integra a través de la Resolución 5261 de 1994, o manual de procedimientos e intervenciones.

8. Resultado Foro “La Indiferencia No Ayuda”

Teniendo en cuenta la importancia de contar con aportes de todos los sectores, el autor y la ponente del proyecto de ley, determinaron la importancia de realizar un foro, en donde además de contar con la participación de expertos en el tema el Ministro de la Protección Social, Diego Palacio, los doctores Hanneke de Boer, Presidenta de la Academia Europea de Epilepsia; Carlos Acevedo MD, Vicepresidente del Buró Internacional de la Epilepsia (IBE); Jaime Fandiño-Franky MD, Liga Colombiana Contra la Epilepsia y la Secretaría de Salud del Distrito, el doctor Carlos Medina Malo de la Liga Central contra la Epilepsia, lográndose recopilar insumos importantes que den alcance a las verdaderas necesidades de las personas que padecen este Síndrome, de tal evento se pudo concluir que:

1. La discriminación tiene dos grupos grandes:

a) Las personas normales que tienen epilepsia y que son las víctimas claras pues le hacen el despidio o persecución cuando tienen una crisis;

b) Las personas discapacitadas con epilepsia que no las reciben en una institución de educación especial o centro de rehabilitación porque tienen epilepsia;

c) Luchar contra la discriminación en todos los ambientes, especialmente en los centros educativos y sitios de trabajo.

2. Los derechos humanos de la persona con epilepsia, que en su gran mayoría es normal, no deben confundirse con el genérico de discapacitado.

3. La epilepsia no es una enfermedad; es un trastorno en la actividad eléctrica del cerebro que se controla con medicamentos apropiados, pero que puede repetir en momentos inesperados, que son los fatídicos para la relación con sus jefes, superiores y compañeros.

4. La epilepsia no es una discapacidad. Hay algunos discapacitados que tienen epilepsia y que son rechazados de los institutos de rehabilitación por esta causa, no por su discapacidad.

5. Se requiere la intervención y la colaboración de los gobiernos, autoridades de salud, médicos especialistas, educadores, medios de comunicación, familias, pacientes y del público en general para corregir esta realidad que a diario viven muchas familias colombianas.

6. Fortalecer el cuidado en la prevención, diagnóstico y tratamiento, para evitar las profundas consecuencias físicas, psicológicas y sociales, que padecen las personas que sufren esta enfermedad.

7. Proteger los derechos fundamentales de las personas con epilepsia para que recobren su dignidad humana, previniendo su deterioro y darle **oportunidad de un desarrollo funcional óptimo para que** se sientan parte de una sociedad que los comprenda.

8. La mujer que sufre epilepsia, antes de quedar embarazada, debe tener conocimiento sobre cuál es el tiempo que debe disponer para suprimir o reemplazar medicamentos a fin de reducir posibles trastornos neonatales.

Pliego de modificaciones

En el estudio de este proyecto de ley se han tenido en cuenta, los argumentos y el apoyo técnico brindado por la Liga Colombiana contra la Epilepsia, la Liga Central Contra la Epilepsia, lo cual nos permite a todas luces conocer el espíritu mismo de los autores al presentar la iniciativa legislativa, así como los aportes que surgieron del 1er Foro Mundial Contra la Epilepsia “La Indiferencia No Ayuda”, pliego modificador que se anexa a la presente ponencia para primer debate ante la Comisión Séptima Permanente de Senado.

Proposición

Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones, propongo a la Comisión Séptima de Senado, dar primer debate al **Proyecto de ley número 028 de 2007 Senado**, por la cual se establecen medidas especiales de protección para las personas que padecen epilepsia y se dictan los principios y lineamientos para la atención integral de las mismas, con su pliego de modificaciones.

Claudia Rodríguez de Castellanos,
Senadora Ponente.

COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., a los veinticinco (25) días del mes de marzo año dos mil ocho (2008).

En la presente fecha se autoriza la publicación en la *Gaceta del Congreso* de la República, Informe de Ponencia para Primer Debate, Pliego de Modificaciones y Texto Propuesto para Primer Debate en veintiuno (21) folios, al **Proyecto de ley número 28/07 Senado**, por la cual se establecen medidas especiales de protección para las personas que padecen epilepsia y se dictan los principios y lineamientos para la atención integral de las mismas”. Proyecto de ley de autoría de los honorables Congresistas *Alexandra Moreno Piraquive, Manuel Virgüez y Gloria Stella Diaz*.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE

por la cual se establecen medidas para garantizar la protección y atención integral de las personas que padecen epilepsia y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

CAPITULO I

Objeto, principios, prohibición e infraestructura y reglamentación

Artículo 1°. *Objeto*. La presente ley tiene por objeto garantizar la protección y atención integral de las personas que padecen epilepsia.

Parágrafo. Para el cumplimiento de lo dispuesto en esta ley, el Sistema General de Salud a través de los organismos competentes, establecerán los recursos técnicos, científicos y humanos necesarios para brindar un manejo multidisciplinario, continuo y permanente a las personas que sufren esta enfermedad.

Artículo 2°. *Definiciones*. Para la aplicación de la presente ley, se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

Epilepsia: Enfermedad crónica de causas diversas, caracterizada por crisis recurrentes, debidas a una descarga eléctrica excesiva de las neuronas, considerada como un trastorno neurológico, asociada eventualmente con diversas manifestaciones clínicas y paraclínicas.

Atención Integral: Conjunto de servicios de promoción, prevención y asistenciales (diagnóstico, tratamiento, intervenciones quirúrgicas, rehabilitación y readaptación), incluidos los medicamentos requeridos, que se prestan a una persona o a un grupo de ellas que padecen epilepsia, en su entorno biopsicosocial, para garantizar la protección de la salud individual y colectiva.

Proceso de Atención Integral: Toda actividad destinada a diagnosticar y atender en forma oportuna, eficaz, continua y permanente, a todos los pacientes con epilepsia, a fin de brindar un tratamiento multi e interdisciplinario, que incluya ayudas diagnósticas invasivas, el servicio médico general, especializado y subespecializado, farmacológico y/o quirúrgico, el acceso a grupos de apoyo con personal idóneo entrenado en el manejo de problemas del desempeño psiconeurológico; para la adaptación y rehabilitación del paciente.

Como parte fundamental del proceso del manejo integral, se brindará al cuidador o grupo familiar acceso a procesos de capacitación, educación, asesoría y acompañamiento para que pueda asistir al paciente en calidad de primer respondiente.

Sistema armonizado institucional: Es un conjunto de entidades públicas del nivel nacional, departamental, municipal y distrital organismos e instituciones públicos y privados, equipos de profesionales competentes que integrarán sus actividades y recursos con el fin de garantizar la accesibilidad a la atención integral continua y de calidad, utilizando mecanismos y sistemas de coordinación.

Prevención: Integración de acciones dirigidas a la detección temprana de la epilepsia, su control para impedir que se produzcan daños físicos, mentales y sensoriales, disminuir la aparición de complicacio-

nes o secuelas que agraven la situación de la salud o el pronóstico del paciente que padece esta patología.

Así mismo incluye la asistencia y apoyo técnico, científico y psicológico al cuidador y grupo familiar como primer respondiente en la atención inicial del paciente con epilepsia, para contribuir de manera eficaz y profesional a su calidad de vida.

Rehabilitación: Es un proceso de duración limitada, con un objetivo definido, dirigido a garantizar que una persona con epilepsia alcance el nivel físico, mental, social y funcional óptimo de acuerdo a su condición.

Accesibilidad: Ausencia de barreras. Generación y continuidad de condiciones de máxima calidad y favorabilidad para que los pacientes con epilepsia reciban los servicios necesarios en el manejo integral de su patología, la capacitación y apoyo al cuidador para su adecuada atención que le permitan incorporarse a su entorno familiar, social y laboral con calidad.

Limitación en la actividad: Dificultad que una persona con epilepsia puede tener en el desempeño o realización de una actividad o empleo.

Artículo 3°. **Prohibición.** Se prohíbe a toda persona natural o jurídica, que realice o propicie cualquier acto discriminatorio, en cualquiera de sus formas, que con ocasión a su enfermedad, se presente contra la persona que padezca de epilepsia.

Artículo 4°. **Principios.** Se tendrán como principios rectores de la protección integral de las personas que padecen epilepsia:

Universalidad: El Estado garantizará a todas las personas que padecen epilepsia, el acceso y continuidad en igualdad de condiciones a la atención integral en el marco de las definiciones adoptadas por la presente ley.

Solidaridad: En cumplimiento al principio de solidaridad, la sociedad en general, las organizaciones, instituciones, la familia y demás entes especializados nacionales e internacionales, participarán en acciones conjuntas para prevenir, promover, educar y proteger a todas las personas que padecen epilepsia.

La Dignidad Humana: El Gobierno Nacional propiciará ambientes favorables a todas las personas que padezcan epilepsia y a sus familias garantizando un desarrollo armónico permitiéndole su incorporación a la sociedad mediante políticas públicas, estrategias y acciones que logren el respeto y aplicación de los derechos humanos.

El Derecho a la Igualdad: El Gobierno Nacional, promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de todas las personas que padezcan epilepsia, para que estas gocen de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación.

Integración. Las autoridades de salud, las organizaciones que hacen parte del Sistema de Seguridad Social en Salud y la sociedad civil, propenderán que en todas las instancias tanto públicas como privadas en las que se relacione el paciente con epilepsia, reciba trato preferente y con calidad en el marco de los principios rectores de la atención integral, basado en el respeto a los derechos humanos.

CAPITULO II

Crterios para una política pública de atención integral

Artículo 5°. **Directrices de política.** En la formulación, adopción, ejecución, cumplimiento, evaluación y seguimiento de una Política Pública de atención integral a las personas que padecen epilepsia se tendrán en cuenta los siguientes criterios que en el presente capítulo se disponen, los cuales están bajo la responsabilidad del Ministerio de Protección Social.

Artículo 6°. **Programas integrales de protección a las personas que padecen epilepsia.** El Ministerio de la Protección Social exigirá a todos los entes e instituciones de salud del país, la implementación de programas Integrales de protección a las personas con epilepsia, en los cuales se incluirá un capítulo especial dirigido a la investigación, detección, tratamiento, rehabilitación, registro y seguimiento a la atención médica integral que se debe brindar a las personas que padecen epilepsia, para tal fin el Ministerio de la Protección social reglamentará la materia.

Parágrafo. Las instituciones educativas, centros de investigación comités de Salud Ocupacional y demás instituciones que tengan que ver con la salud, adoptarán las disposiciones establecidas en la presente ley y sus normas reglamentarias a fin de otorgar a quienes padecen epilepsia y a sus familias acciones acordes para su integración en la sociedad.

Artículo 7°. **Concientización para el trabajo conjunto.** Para el logro de los objetivos de esta ley, en particular en cumplimiento del principio de solidaridad, las autoridades de salud, implementarán programas de divulgación, concientización y participación ciudadana destinadas a la promoción, educación y prevención a grupos específicos de ciudadanos, tendientes a crear conciencia sobre la enfermedad y alertar sobre la necesidad de proporcionar un tratamiento integral así como garantizar los derechos fundamentales de las personas con epilepsia.

Parágrafo. Las Entidades Territoriales dentro de la autonomía que les otorga la Constitución y la ley, podrán establecer disposiciones y políticas especiales, tendientes a integrar, proteger, atender y rehabilitar a esta población vulnerable.

Artículo 8°. **Cooperación internacional.** El Gobierno Nacional podrá establecer estrategias de cooperación internacional, para facilitar el logro de los fines de la presente ley, así como, para implementar mecanismos que permitan el desarrollo de proyectos estratégicos con otros Estados para promover el tratamiento integral para las personas que padecen epilepsia; para tal fin, se podrá contar con el apoyo y asistencia técnica de la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE), la Liga Colombiana contra la Epilepsia, la Fundación para Rehabilitación de las Personas con Epilepsia (FIRE), la Academia Nacional de Medicina, las Asociaciones de Neurología, Neurocirugía y Neuropediatría.

Artículo 9°. **Financiación.** El Gobierno Nacional podrá crear una cuenta con distintas fuentes o aportes: privados, públicos o de recursos de la cooperación internacional para la prevención, investigación, atención médica integral oportuna y permanente, asegurando la disponibilidad de equipamiento moderno, la capacitación del recurso humano involucrado en la atención integral del paciente con epilepsia.

Las personas que no se encuentran afiliadas a uno de los regímenes en el momento del diagnóstico su atención integral quedarán a cargo de las entidades territoriales, en forma inmediata y efectiva, a través de la Secretaría de Salud, entre tanto se define la afiliación del paciente. En caso de incumplimiento o dilación de la prestación del servicio sin justa causa se aplicarán las sanciones pertinentes por parte de las entidades de Vigilancia y Control.

Artículo 10. El Gobierno Nacional deberá adicionar al manual de medicamentos contemplado en los Planes Obligatorios de Salud (POS) de los sectores Contributivo y Subsidiado, los fármacos que aún no se han incluido y que han sido aprobados por las entidades competentes, cuyo suministro **está científicamente comprobado por la medicina basada en la evidencia**, proporcionando al paciente una mejor respuesta terapéutica, evitando la polifarmacia y disminuyendo los efectos secundarios.

Artículo 11. El literal a) del artículo 33 de la Ley 1122 de 2007 quedará así: **Plan Nacional de Salud Pública.** El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar. Este plan debe incluir:

a) El perfil epidemiológico, identificación de los factores protectores de riesgo y determinantes, la incidencia y prevalencia de las principales enfermedades que definan las prioridades en salud pública. Para el efecto se tendrán en cuenta las investigaciones adelantadas por el Ministerio de la Protección Social y cualquier entidad pública o privada. En materia de vacunación, salud sexual y reproductiva, salud mental con énfasis en violencia intrafamiliar, drogadicción, suicidio y la prevalencia de la epilepsia en Colombia.

Parágrafo. El Ministerio de la Protección Social podrá coordinar con el apoyo y asistencia técnica de la Liga Internacional contra la Epi-

lepsia (ILAE), la Liga Colombiana contra la Epilepsia, la Fundación para Rehabilitación de las Personas con Epilepsia (FIRE), la Academia Nacional de Medicina, las Asociaciones de Neurología, Neurocirugía y Neuropediatría, estudios de prevalencia de la epilepsia en Colombia, para poder tener claros motivos para la inversión, la investigación y la prevención de la Epilepsia.

Artículo 12. El Gobierno Nacional por intermedio del Ministerio de la Protección Social llevará a cabo las acciones necesarias para darle cumplimiento al objeto de la presente ley, especialmente las que tienen que ver con:

1. Generar la investigación, docencia, información, prevención, educación, promoción, diagnóstico, tratamiento integral, sistemas de vigilancia epidemiológica y salud pública.

2. Dictar las normas que desde el ámbito de su competencia permitan el mejor cumplimiento del objeto de la presente ley.

3. Llevar adelante campañas educativas destinadas a la comunidad en general y a grupos específicos en especial a la familia del paciente.

4. Gestionar la ayuda científica y técnica a las autoridades de salud de las entidades territoriales a fin de elaborar sus programas regionales.

5. Promover la concertación de acuerdos internacionales, para la formulación y desarrollo de programas comunes relacionados con los fines de esta ley.

6. Realizar convenios de mutua colaboración en la materia, entre el poder central y las entidades territoriales.

7. Asegurar a los pacientes carentes de recursos económicos, con y sin cobertura médico asistencial, beneficiarios o no del Sisbén 1, 2 y 3; la asistencia médica integral y oportuna, en los términos de la presente ley, así como también, el tratamiento integral de forma gratuita de la medicación requerida y la intervención quirúrgica a las personas que no puedan asumirla por su condición económica.

8. Interponer las sanciones respectivas a los profesionales de la salud o los entes prestadores del servicio de salud, si se comprueba la práctica indebida del ejercicio profesional.

9. Realizar todas las demás acciones procedentes de lo dispuesto en la presente ley y su reglamentación.

CAPITULO III

Derechos y deberes de las personas con epilepsia

Artículo 13. Las personas con epilepsia, sin distinción alguna, tendrán derecho a la vida, a la igualdad, al trabajo, a la dignidad Humana y a la Salud.

Artículo 14. La epilepsia no será considerada impedimento para la postulación, el ingreso y desempeño laboral, deportivo o escolar en condiciones dignas y justas.

Parágrafo 1º. El programa de salud ocupacional debe incluir actividades dirigidas a los trabajadores en general y específicamente a las personas con epilepsia, para garantizar la salud, la higiene y la seguridad durante las actividades que estos desempeñen.

Artículo 15. Las personas con epilepsia, sus familiares y las comunidades tienen derecho a estar suficientemente informados acerca de los diferentes aspectos de su padecimiento, a recibir información completa y actualizada, **por todos los medios apropiados, de los derechos con los que cuentan.**

Artículo 16. Las personas con epilepsia estarán protegidas de toda forma de explotación y regulación discriminatoria, abusiva o de naturaleza denigrante.

Artículo 17. Las organizaciones legalmente constituidas de personas con epilepsia podrán ser consultadas sobre los asuntos relacionados con sus derechos y obligaciones, así como sobre los desarrollos normativos que se pretenden realizar.

Artículo 18. El Gobierno Nacional velará porque las personas con epilepsia se integren y puedan participar en las actividades culturales, deportivas y recreativas, en condiciones de igualdad.

Artículo 19. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de la Protección Social, asegurará la adecuada formación y capacitación de todo

el personal que participa en la planificación y el suministro de servicios y programas a las personas con epilepsia.

Artículo 20. La persona con epilepsia que se rehúse a aceptar el tratamiento ordenado por el médico, no podrá realizar actividades peligrosas que entrañen un riesgo para la sociedad.

Artículo 21. El Sistema de Seguridad Social no podrá negar, en ningún caso, la afiliación a salud, riesgos profesionales y pensión a las personas que padezcan epilepsia.

Las instituciones prestadoras del servicio de salud (IPS), desde el segundo nivel, deberán tener los medios para el diagnóstico de la epilepsia, tales como equipos de EEG, laboratorio para Niveles Séricos, Equipos de imágenes y personal capacitado para su diagnóstico y tratamiento. Los Centros de Epilepsia habilitados o acreditados oficialmente, serán instituciones obligatoriamente consultantes para los casos de difícil manejo o intratables médicamente. Los puestos de salud deberán obligatoriamente remitir estos pacientes a los hospitales y centros de epilepsia, después de prestar la primera atención.

Artículo 22. **Aquellos jóvenes que tengan epilepsia y dependan** económicamente de sus padres tendrán derecho a ser beneficiarios del Sistema de Salud hasta tanto cambie esta condición.

Artículo 23. El Ministerio de la Protección Social en coordinación con el Ministerio de Educación diseñarán un programa especial para capacitar a los médicos generales y al personal docente en la detección temprana de los síntomas que pueden dar lugar a una enfermedad neurológica entre ellas la epilepsia.

CAPITULO IV

Vigilancia y Control

Artículo 24. En caso de violación de las prohibiciones definidas en la presente ley, las autoridades competentes impondrán las sanciones administrativas, penales o disciplinarias a que haya lugar, sin perjuicio de la responsabilidad que sea imputable por daños originados a la salud física y psicológica de la persona que padece epilepsia y de sus familiares.

Artículo 25. La autoridad de salud de la respectiva jurisdicción deberá cumplir las funciones propias de prevención, inspección, vigilancia y control para el debido cumplimiento del objeto de la presente ley.

Artículo 26. *Vigilancia epidemiológica.* El Gobierno Nacional establecerá políticas que garanticen el registro y reporte de los casos de epilepsia a toda entidad, institución o similares que hagan el diagnóstico para establecer estadísticas de control y seguimiento.

Artículo 27. *Reglamentación.* El Ministerio de la Protección Social reglamentará el contenido de la presente ley. No obstante, atenderá la protección propuesta en las normas internacionales de derechos humanos y por las organizaciones especializadas, tanto nacionales como internacionales.

Artículo 28. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Claudia Rodríguez de Castellanos,

Ponente.

COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., a los veinticinco (25) días del mes de marzo año dos mil ocho (2008).

En la presente fecha se autoriza la publicación en la *Gaceta del Congreso* de la República, Informe de Ponencia para Primer Debate, Pliego de Modificaciones y Texto Propuesto para Primer Debate en veintiuno (21) folios, al **Proyecto de ley número 28/07 Senado**, por la cual se establecen medidas especiales de protección para las personas que padecen epilepsia y se dictan los principios y lineamientos para la atención integral de las mismas. Proyecto de ley de autoría de los honorables Congresistas *Alexandra Moreno Piraquive, Manuel Virgüez y Gloria Stella Díaz.*

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

**PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY
NUMERO 112 DE 2006 CAMARA, 077 DE 2007 SENADO**

por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio profesional de la terapia respiratoria en Colombia..

Bogotá, D. C., marzo 26 de 2007

Doctor

MILTON ARLES RODRIGUEZ SARMIENTO

Presidente

Comisión Séptima Constitucional Permanente

Honorable Senado de la República

Estimado doctor Rodríguez:

Por medio de la presente remito a su despacho para su trámite pertinente, la ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 112 de 2006 Cámara – 077 de 2007 Senado, *por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio profesional de la terapia respiratoria en Colombia.*

Respetuosamente,

Jorge Eliécer Ballesteros Bernier,

Senador de la República.

**PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY
NUMERO 112 DE 2006 CAMARA, 77 DE 2007 SENADO**

por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio profesional de la terapia respiratoria en Colombia.

Honorables Senadores:

Cumpliendo el encargo para el cual fui designado por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del honorable Senado de la República, presento a ustedes la ponencia para primer debate del **Proyecto de ley número 112 de 2006 Cámara - 77 de 2007 Senado**, *por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio profesional de la terapia respiratoria en Colombia*”.

Este proyecto de ley de iniciativa de los Representantes a la Cámara Carlos Germán Navas Talero, Germán Enrique Reyes Forero, Jorge Ignacio Morales Gil, Elías Raad Hernández, Roy Barrera, busca otorgar un marco jurídico concreto dentro del cual se desarrollen las dimensiones humanísticas, científicas, materiales y de responsabilidad deontológica en el ejercicio profesional de la Terapia Respiratoria.

Comencemos diciendo que la Terapia Respiratoria es una profesión del área de la salud con formación universitaria, cuyo objeto de estudio es el cuidado cardiorrespiratorio, a través de actividades encaminadas a la promoción, prevención, valoración, tratamiento y rehabilitación de alteraciones cardiorrespiratorias presentes en las diferentes etapas de la vida. El Terapeuta Respiratorio actúa interdisciplinariamente en áreas de desempeño clínico, comunitario y administrativo-empresarial.

El proyecto de ley consta de 51 artículos disgregados en seis títulos, así:

Títulos I. Desarrolla los principios y valores éticos de la terapia respiratoria.

Título II. Establece los fundamentos deontológicos del ejercicio de la terapia respiratoria; contempla las condiciones morales y materiales que deben mediar entre el terapeuta, el paciente y la institución sanitaria.

Título III. Las condiciones laborales y las responsabilidades de los profesionales de terapia respiratoria por las que se debe gobernar la disciplina.

Título IV. Establece los tribunales éticos de la especialidad y reglamenta la forma en que adelantarán su labor de control sobre los Terapeutas Respiratorios.

Título V. Se determina el proceso deontológico disciplinario profesional, y finalmente.

Título VI. Vigencia y derogatoria.

Son varias las razones por las que este proyecto de ley merece nuestro aval. En primer lugar está la oportunidad que representa para reglamentar por parte del Congreso las instancias éticas y deontológicas de la profesión de Terapia Respiratoria. Con respecto a este tipo de reglamentaciones, la Corte Constitucional, en Sentencia C-251 de 1998, expresó que la función de expedir reglamentos de las profesiones es una atribución que el legislador siempre podrá ejercer, y corresponde a su función ordinaria. En lo pertinente, la providencia mencionada dijo:

“La función de expedir los reglamentos de las profesiones supone que el Estado, partiendo de la garantía constitucional de su ejercicio, y sin que por ello perturbe su núcleo esencial, introduzca las reglas mínimas que salvaguarden el interés de la comunidad y simultáneamente el de los profesionales del ramo correspondiente. Esa atribución [expedir reglamentos de las profesiones] siempre podrá ser ejercida por el legislador, en cumplimiento de la disposición contenida en el artículo 26 de la Carta, como algo ordinario y no excepcional (...)” (C-251 de 1998, Magistrados ponentes: doctores Alejandro Martínez Caballero y José Gregorio Hernández Galindo).

Así mismo consideramos que el proyecto de ley sirve para reconocer tanto la trayectoria histórica como el auge reciente de la Terapia Respiratoria en Colombia. En efecto, esta disciplina que se ha practicado en nuestro ámbito desde mediados del siglo pasado, ha conocido en los años recientes un auge considerable, impulsada por el aumento de pacientes con cuadros cardiorrespiratorios. Es importante reconocer el valor de esta disciplina dentro del ejercicio multidisciplinario de atención sanitaria.

En este sentido resulta conveniente que para la Terapia Respiratoria se recuperen todas las virtudes presentes en la Ley 23 de 1981 sobre ética médica.

El régimen deontológico que se propone, promueve el perfil del profesional como miembro de un equipo de trabajo, con sólida formación humanística, biosicosocial, ética y gran calidad científica, que está en capacidad de analizar, responder e intervenir sobre los problemas cardiorrespiratorios que afectan a un individuo o comunidad, o en cualquiera de los niveles de atención en salud o a nivel particular en los diferentes grupos profesionales.

Los cambios que proponemos al articulado del proyecto de ley son menores y que se circunscriben tan solo a la forma y al estilo. No tenemos ninguna objeción frente a las consideraciones de fondo y de materia.

En razón a lo expuesto, presentamos a consideración de los integrantes de la Comisión Séptima de honorable Senado de la República la siguiente

Proposición

Dese primer debate al Proyecto de ley número 112 de 2006 Cámara, 77 de 2007 Senado, *por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio profesional de la terapia respiratoria en Colombia*, junto con el pliego de modificaciones y el texto que se propone para primer debate adjuntos.

Con todo respeto y consideración,

Jorge Eliécer Ballesteros Bernier,

Senador de la República,

Ponente.

**COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE
DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA**

Bogotá, D. C., a los veintiséis (26) días del mes de marzo año dos mil ocho (2008).

En la presente fecha se autoriza la publicación en la *Gaceta del Congreso* de la República, Informe de Ponencia para Primer Debate, Pliego de Modificaciones y Texto Propuesto para Primer Debate, en diecinueve (19) folios, al **Proyecto de ley número 077 de 2007 Senado, número 112 de 2007 Cámara**, *por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio profesional de la terapia respiratoria en Colombia.* Proyecto de ley de autoría de

los honorables Representantes *Germán Navas Talero, Germán Reyes Correa, Jorge Morales Gil, Elías Raad Hernández y Roy Barrera.*

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

PLIEGO DE MODIFICACIONES PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 112 DE 2006 CAMARA, 77 DE 2007 SENADO

por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio profesional de la terapia respiratoria en Colombia.

En el artículo 6° eliminar la expresión: "...a los grupos comunitarios...", quedando el artículo así:

Artículo 6°. El profesional de Terapia Respiratoria deberá informar y solicitar el consentimiento a la persona, a la familia antes de la realización del cuidado de Terapia Respiratoria con el objeto de que conozcan su conveniencia y sus posibles efectos no deseados a fin de que puedan manifestar su aceptación o su oposición a ellas. De igual manera deberá proceder cuando ellos sean sujetos de prácticas de docencia o investigación de Terapia Respiratoria.

• **Al artículo 21 se le adiciona un párrafo nuevo, quedando como párrafo 2, así:**

“**Parágrafo 2°.** El Tribunal Nacional de Etica de Terapia Respiratoria, se dará su propio reglamento de funcionamiento, así como el de los Tribunales Departamentales”.

• **En el artículo 22 se elimina el literal b).**

• **En el artículo 27 se modifica, quedando así:**

Artículo 27. Plazo y decisión de la averiguación preliminar. La averiguación preliminar se realizará en el término máximo de 2 meses vencidos, tras los cuales se dictará resolución de apertura de investigación formal o resolución inhibitoria.

• **En el artículo 39 cambiar la palabra “Departamental” por “Nacional”, quedando el artículo así:**

Artículo 39. Recibido el proceso en el Tribunal *Nacional* Etico de Terapia Respiratoria será repartido y el magistrado oponente dispondrá de treinta días hábiles, contados a partir de la fecha de entrada a su despacho para presentar el proyecto, y el tribunal dé otros 30 días hábiles para decidir.

• **En el artículo 41 cambiar la expresión “Tribunal Departamental” repetida, por la expresión “Tribunal Nacional”; quedando el artículo así:**

Artículo 41. Al juicio del Tribunal Departamental Etico de Terapia Respiratoria y el Tribunal Nacional, contra las faltas deontológicas proceden las siguientes sanciones:

• **En el artículo 47 se modifica el término de prescripción de la acción deontológica de 5 años a 4 años, quedando así:**

Artículo 47. La acción deontológica disciplinaria profesional prescribe a los 4 años, contados desde el día en que se cometió la última acción u omisión constitutiva de falta contra la deontología profesional.

Respetuosamente,

Jorge Eliécer Ballesteros Bernier,
Senador de la República,
Ponente.

COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE
DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., a los veintiséis (26) días del mes de marzo año dos mil ocho (2008).

En la presente fecha se autoriza la publicación en la *Gaceta del Congreso* de la República, Informe de Ponencia para Primer Debate, Pliego de Modificaciones y Texto Propuesto para Primer Debate, en diecinueve (19) folios, al **Proyecto de ley número 077 de 2007 Senado, número 112 de 2007 Cámara**, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio profesional de la terapia respiratoria en Colombia. Proyecto de ley de autoría de

los honorables Representantes *Germán Navas Talero, Germán Reyes, Jorge Morales Gil, Elías Raad Hernández y Roy Barrera.*

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 112 DE 2006 CAMARA, 77 DE 2007 SENADO

por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio profesional de la terapia respiratoria en Colombia.

TITULO I

PRINCIPIOS Y VALORES ÉTICOS DE LA TERAPIA RESPIRATORIA

Artículo 1°. *Respeto a la vida, a la dignidad y a los derechos humanos.* Sin distinción de sexo, edad, credo, raza, lengua, cultura, condición socio económica o ideología política; el respeto a la vida, a la dignidad y a los derechos humanos son los principios y valores que orientan al profesional de Terapia Respiratoria.

Artículo 2°. *De los principios éticos y bioéticos.* Los principios éticos de veracidad, igualdad, autonomía, beneficencia, mal menor, no maleficencia, totalidad y causa de doble efecto orientarán la responsabilidad de la Terapia Respiratoria en Colombia.

Parágrafo 1°. La veracidad es la coherencia entre lo que es, piensa, dice y hace la persona que ejerce la profesión de Terapia Respiratoria. Se debe manifestar oportunamente la verdad a los atendidos por parte de quienes ejercen la profesión.

Parágrafo 2°. La igualdad implica reconocer a todos el mismo derecho a la atención y a la buena calidad, diferenciándose el trato individual de acuerdo a cada necesidad.

Parágrafo 3°. La autonomía es la capacidad para deliberar, decidir y actuar. Las decisiones personales, siempre que no afecten desfavorablemente a sí mismo y/o a los demás, deberán ser respetadas. El afectado, o en su defecto su representante legal, es quien debe autónomamente decidir sobre la conveniencia y oportunidad de los actos que atañen principalmente a sus intereses y derechos.

Parágrafo 4°. La beneficencia implica brindar a cada ser humano lo más conveniente, donde predomina el cuidado sobre el más débil y/o necesitado, procurando el mayor beneficio y la menor demanda de esfuerzo en términos de riesgos y costos. La cronicidad, gravedad o incurabilidad de la enfermedad no constituyen motivo para privar de la asistencia proporcionada a ningún ser humano.

Parágrafo 5°. El mal menor consiste en elegir la alternativa que genere consecuencias menos graves de las que se deriven de no actuar, y en obrar sin dilación en relación con la opción seleccionada, evitando transgredir el derecho a la integridad del atendido.

Parágrafo 6°. La no-maleficencia consiste en que el personal de Terapia Respiratoria realice acciones que, aunque no generen algún beneficio sí puedan evitar daños.

La omisión de estas acciones será sancionada cuando se desencadene o se ponga en peligro de una situación lesiva.

Parágrafo 7°. La totalidad significa que los órganos o partes de un individuo puedan ser eliminados en servicio del organismo, siempre y cuando sea necesario para la conservación de su salud. Para aplicarlo, se debe tener en cuenta:

a) Que el órgano o parte, por su alteración o funcionamiento, constituya una seria amenaza o daño a todo el organismo;

b) Que este daño no pueda ser evitado o al menos disminuido notablemente;

c) Que el porcentaje de eficacia de la mutilación, según el avance científico y recursos del momento, haga deducir que es razonable la acción;

d) Que se prevea por la experiencia y los recursos con que se cuenta.

Parágrafo 8°. La causa de doble efecto significa que es éticamente admisible realizar una acción que en sí misma sea buena o indiferente y que pueda producir un efecto bueno o uno malo.

Artículo 3°. *Del cuidado del terapeuta respiratorio.* El acto del cuidado del terapeuta respiratorio se fundamenta en sus principios científicos, investigativos, tecnológicos y de conocimientos actualizados en las ciencias biológicas y humanísticas.

En las consideraciones y juicio de valor que se tomen para el plan de cuidado de Terapia Respiratoria, se tendrán en cuenta el estado de salud, el entorno del paciente y las consideraciones de los demás profesionales de la salud que sobre su tratamiento y cuidados intervengan. Se tendrá como objetivo, el desarrollar las potencialidades individuales y colectivas, a la vez que se promueve la vida y se previene la enfermedad.

TITULO II

FUNDAMENTO DEONTOLOGICO DEL EJERCICIO DE TERAPIA RESPIRATORIA

CAPITULO I

Ambito de la aplicación

Artículo 4°. *Ambito de aplicación.* Esta ley regula en todo el territorio de la República de Colombia la responsabilidad deontológica del terapeuta respiratorio nacional o extranjero en el ejercicio de la profesión de Terapia Respiratoria.

CAPITULO II

Condiciones para el ejercicio de la terapia respiratoria

Artículo 5°. *Condiciones.* Entiéndase por condiciones para el ejercicio del terapeuta respiratorio el conjunto de requisitos e infraestructura física, dotación técnica y administrativa, registros para el sistema de información, auditoría de servicios y medidas de seguridad y bioseguridad que le permitan al profesional de Terapia Respiratoria actuar con autonomía profesional, calidad e independencia y sin los cuales no podrá dar garantía del cuidado de Terapia Respiratoria.

Parágrafo. El profesional deberá informar por escrito a las instancias de Terapia Respiratoria y de control de la institución el déficit en esas condiciones y exigirá su cambio para evitar que esta situación se convierta en una condición permanente que deteriore la calidad técnica y humana de los servicios de Terapia Respiratoria.

Artículo 6°. El profesional de Terapia Respiratoria deberá informar y solicitar el consentimiento a la persona, a la familia antes de la realización del cuidado de Terapia Respiratoria con el objeto de que conozcan su conveniencia y sus posibles efectos no deseados a fin de que puedan manifestar su aceptación o su oposición a ellas. De igual manera deberá proceder cuando ellos sean sujetos de prácticas de docencia o investigación de Terapia Respiratoria.

Artículo 7°. El profesional de Terapia Respiratoria responderá por el cuidado directo o por la administración del cuidado de Terapia Respiratoria a los pacientes que le sean asignados, siempre y cuando el número de estos y la complejidad de sus casos sean tales:

- a) Se permita disminuir los posibles riesgos;
- b) Sea posible cumplir con estándares de calidad;
- c) Sea posible un cuidado oportuno.

Artículo 8°. El profesional de Terapia Respiratoria, con base en los análisis de tiempo, modo y lugar, podrá delegar los actos de cuidado cuando, de acuerdo con su juicio, no ponga en riesgo la integridad física o mental de la persona o grupos de personas que cuida y siempre y cuando pueda ejercer supervisión.

TITULO III

RESPONSABILIDAD DEL PROFESIONAL DE TERAPIA RESPIRATORIA

CAPITULO I

Responsabilidad del profesional de Terapia Respiratoria en la práctica clínica

Artículo 9°. El profesional de Terapia Respiratoria dentro de la práctica del cuidado debe procurar el respeto de los derechos de los seres

humanos, especialmente de grupos vulnerables o que estén limitados en el ejercicio de su autonomía.

Artículo 10. El profesional de Terapia Respiratoria debe garantizar cuidados de calidad a quien realice sus servicios con la Terapia Respiratoria.

Artículo 11. El profesional de Terapia Respiratoria no debe participar en tratos crueles o inhumanos. Respetará el principio de la dignidad humana, y el derecho a la integridad espiritual, física y síquica. En lo relacionado con los medicamentos de Terapia Respiratoria, el profesional los administrará mediante protocolos establecidos y previa fórmula médica correcta, legible y actualizada.

Artículo 12. La actitud del profesional de Terapia Respiratoria estará sujeta al cuidado y será de apoyo teniendo prudencia y adecuada comunicación en su formación.

Artículo 13. El profesional de Terapia Respiratoria no hará a los usuarios o familiares pronósticos de las intervenciones y tratamientos prescritos por otros profesionales.

Parágrafo. Entiéndase por secreto o sigilo profesional la reserva que debe guardar el terapeuta respiratorio para garantizar el derecho de la intimidad del sujeto.

CAPITULO II

Responsabilidad del profesional de Terapia Respiratoria y otros miembros de recurso humano en salud

Artículo 14. La relación del terapeuta respiratorio con los demás miembros del recurso humano en salud o del orden administrativo deberá fundamentarse en el respeto mutuo e independencia del nivel jerárquico.

CAPITULO III

Responsabilidad del profesional en Terapia Respiratoria con las instituciones y la sociedad

Artículo 15. Es deber del profesional de Terapia Respiratoria conocer la entidad en donde preste sus servicios e informarse de sus derechos y deberes para trabajar con lealtad y contribuir al fortalecimiento de la calidad del terapeuta respiratorio, de la imagen profesional y de la institución.

Artículo 16. El profesional de Terapia Respiratoria en desarrollo de la actividad académica contribuirá a la formación integral del estudiante como persona, como ciudadano responsable y como futuro profesional idóneo, estimulando el pensamiento crítico, la creatividad, el interés por la investigación científica y la educación permanente para fundamentar la toma de decisiones a la luz de la ciencia, de la ética y de la ley en todas las actividades responsables y profesionales.

Artículo 17. El profesional de Terapia Respiratoria deberá respetar la dignidad del estudiante y sus derechos a recibir la enseñanza acorde con las premisas del proceso educativo en el nivel académico correspondiente, basadas en estudios de investigación relacionados con el avance científico y tecnológico.

El profesional de terapia respetará la propiedad intelectual de los estudiantes, colegas y demás profesionales que compartan sus funciones de investigación y de docencia.

CAPITULO IV

Responsabilidad del profesional de Terapia Respiratoria frente al registro de Terapia Respiratoria

Artículo 18. *Registro.* Entiéndase por registro los documentos específicos que hacen parte de la historia clínica en los cuales se describen cronológicamente la situación, evolución y seguimiento del estado de salud e intervenciones de promoción de la vida y prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que el profesional de terapia brinda.

Artículo 19. *Historia clínica.* La historia clínica es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por el

paciente, el personal sanitario que lo atiende, por terceros previa autorización del paciente o de su representante legal, o según lo previsto por la ley.

El profesional de terapia exigirá y adoptará los formatos y medios de registro que respondan a las necesidades de información.

El profesional de terapia diligenciará los registros de historia clínica en forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco y sin utilizar siglas distintas a las internacionalmente aprobadas.

Cada anotación debe llevar la fecha y la hora de realización, el nombre completo, la firma y el registro profesional del responsable.

TITULO IV

DE LOS TRIBUNALES DE ETICA DE TERAPIA

CAPITULO I

Objeto y competencia

Artículo 20. El Tribunal Nacional de Etica de Terapia Respiratoria y los Tribunales Departamentales de Etica de Terapia Respiratoria están instituidos como autoridad para conocer los procesos disciplinarios éticos profesionales que se presentan en la práctica de quienes ejercen la profesión de Terapia Respiratoria en Colombia, sancionar las faltas deontológicas establecidas en la presente ley y dictar sus propios reglamentos.

En sus jurisdicciones los Tribunales Departamentales conocerán en primera instancia de los procesos éticos profesionales. El Tribunal Nacional será órgano de segunda instancia.

CAPITULO II

Organización

Artículo 21. El Tribunal Nacional de Etica de Terapia Respiratoria estará integrado por siete (7) miembros profesionales de Terapia Respiratoria de reconocida idoneidad profesional ética y moral con no menos de 10 años de experiencia en el ejercicio de la profesión.

Parágrafo 1°. Los Tribunales Departamentales de Etica de Terapia Respiratoria se organizarán y funcionarán preferiblemente por regiones, pudiendo agrupar varios departamentos y al Distrito Capital.

Parágrafo 2°. El Tribunal Nacional de Etica de Terapia Respiratoria, se dará su propio reglamento de funcionamiento, así como el de los Tribunales Departamentales.

TITULO V

PROCESO DEONTOLOGICO DISCIPLINARIO PROFESIONAL

CAPITULO I

Normas y disposiciones generales

Artículo 22. El profesional de Terapia Respiratoria que sea investigado por presuntas faltas a la deontología tendrá derecho al debido proceso, de acuerdo con las normas establecidas en las leyes preexistentes al acto que se le impute, con observancia del proceso deontológico disciplinario previsto en la presente ley y teniendo en cuenta las siguientes reglas:

a) Solo será sancionado el profesional de Terapia Respiratoria cuando por acción u omisión en la práctica de terapia incurra en faltas a la ética;

b) El profesional de Terapia Respiratoria, tiene derecho a ser asistido por un abogado durante todo el proceso y a que se le presuma inocente mientras no se declare responsable en el fallo ejecutoriado;

c) La duda razonable se resolverá a favor del profesional inculpado;

d) Los Tribunales de Etica de Terapia Respiratoria tienen la obligación de investigar tanto lo favorable como lo desfavorable del profesional inculpado;

e) El superior no podrá agravar la sanción cuando el sancionado sea apelante único;

f) Toda providencia interlocutoria podrá ser apelada por el profesional de terapia, salvo las excepciones prevista por la ley;

g) El profesional de Terapia Respiratoria tiene derecho a la igualdad ante la ley;

h) La jurisprudencia, doctrina y equidad son criterios auxiliares de interpretación de la ley en el juzgamiento.

Artículo 23. *Circunstancia de atenuación.* La sanción disciplinaria se atenuará teniendo en cuenta las siguientes circunstancias:

a) Ausencia de antecedentes disciplinarios en el campo deontológico profesional durante los cuatro años anteriores a la comisión de falta;

b) Demostración previa de buena conducta y debida diligencia en la prestación de los servicios de Terapia Respiratoria tanto en el campo laboral como en el clínico.

Artículo 24. *Circunstancia de agravación.* La sanción disciplinaria se agravará cuando concurren algunas de las siguientes circunstancias:

a) Existencia de antecedentes disciplinarios en el campo ético y deontológico profesional durante los cuatro años anteriores a la comisión de la falta;

b) Reincidencia en la comisión de la falta de investigación dentro de los cuatro años siguientes a su sanción;

c) Aprovecharse de la posición de autoridad que ocupa para afectar el desempeño de los integrantes del equipo de trabajo.

Artículo 25. *Iniciación.* El proceso deontológico disciplinario profesional se iniciará:

a) De oficio;

b) Por queja escrita presentada personalmente ante los Tribunales Eticos de Terapia Respiratoria;

c) Por solicitud escrita dirigida al respectivo Tribunal Etico de Terapia Respiratoria, por cualquier entidad pública o privada.

Parágrafo. El quejoso o su apoderado tendrá derecho a interponer ante el Tribunal Departamental Etico de Terapia Respiratoria el recurso de apelación contra la providencia inhibitoria.

Artículo 26. *Procedencia de la averiguación preliminar.* En caso de duda sobre la procedencia de la iniciación del proceso deontológico disciplinario profesional, el magistrado instructor ordenará adelantar una averiguación preliminar, que tendrá por finalidad establecer si la conducta se ha realizado, si es o no es constitutiva de materia deontológica e individualizar al profesional de Terapia Respiratoria que en ella haya incurrido.

Artículo 27. *Plazo y decisión de la averiguación preliminar.* La averiguación preliminar se realizará en el término máximo de dos meses vencidos, tras los cuales se dictará resolución de apertura de investigación formal o resolución inhibitoria.

Artículo 28. El Tribunal Etico Departamental de Terapia Respiratoria se abstendrá de abrir investigación formal o dictará resolución de preclusión durante el curso de la investigación en los siguientes casos:

1. Si se demuestra que la conducta no ha existido.
2. Cuando la conducta no es constitutiva de falta deontológica.
3. Por muerte del investigado.

CAPITULO II

Investigación formal o instructiva

Artículo 29. La investigación formal o instructiva, que será adelantada por el magistrado instructor, comienza con la resolución de la apertura de la investigación en la que además de ordenar la iniciación del proceso, se dispondrá la comprobación de sus credenciales como profesional de Terapia Respiratoria, la recepción de declaraciones libres y espontáneas, la práctica de todas las diligencias para el esclarecimiento de los hechos y la demostración de la responsabilidad o la inocencia deontológica de su autor y partícipes.

Artículo 30. El término de la investigación no podrá exceder de 4 años contados desde la fecha de su iniciación.

Artículo 31. Vencido el término de la investigación, o antes si la misma investigación estuviere completa, el Secretario del Tribunal Departamental pasará el expediente al Despacho del Magistrado Instructor para que en el término de 15 días hábiles elabore el proyecto de calificación.

Artículo 32. El Tribunal Departamental de Ética de Terapia Respiratoria dictará resolución de cargos cuando esté establecida la falta deontológica y existan indicios graves o pruebas que ameriten serios motivos de credibilidad sobre la responsabilidad deontológica disciplinaria del profesional de Terapia Respiratoria.

CAPITULO III

Descargos

Artículo 33. La etapa de descargos se inicia con la notificación de la resolución de cargos al investigado o a su apoderado. A partir de este momento el expediente quedará en la Secretaría del Tribunal Departamental Ético de Terapia Respiratoria a disposición del profesional de Terapia Respiratoria acusado, por un término de 15 días hábiles, quien podrá solicitar las copias deseadas.

Artículo 34. El profesional de Terapia Respiratoria rendirá descargos ante la sala probatoria del Tribunal Departamental Ético de Terapia Respiratoria en la fecha y hora señaladas por este para los efectos y deberá entregar al término de la diligencia un escrito que resuma los descargos.

Artículo 35. Al rendir descargos, el profesional de terapia implicado por sí mismo o a través de su representante legal podrá aportar y solicitar al Tribunal Departamental Ético de Terapia Respiratoria las pruebas que considere convenientes para su defensa, las que se decretarán siempre y cuando fueren conducentes, pertinentes y necesarias.

De oficio, la sala probatoria del Tribunal Departamental Ético de Terapia Respiratoria podrá decretar y practicar las pruebas que considere necesarias y conducentes, las cuales se deberán practicar dentro del término de 20 días hábiles.

Artículo 36. Rendidos los descargos y practicadas las pruebas, según el caso, el magistrado ponente dispondrá del término de 15 días hábiles para presentar el proyecto de fallo, y el tribunal de 15 días hábiles para su estudio y aprobación. El fallo será absolutorio o sancionatorio.

El fallo se notificará personalmente y en subsidio por edicto y contra el mismo procede el recurso de apelación, el cual deberá interponerse y sustentarse personalmente dentro de los cinco días siguientes a su notificación o a la desfijación del edicto.

Artículo 37. No se podrán dictar fallos sancionatorios sino cuando exista certeza fundamentada en plena prueba sobre el hecho violatorio de los principios y disposiciones deontológicas contemplados en la presente ley y sobre la responsabilidad del profesional de Terapia Respiratoria disciplinado.

Artículo 38. Cuando el fallo sancionatorio amerite la suspensión temporal en el ejercicio profesional y no se interponga recurso de apelación, el expediente se enviará a consulta al Tribunal Nacional Ético de Terapia Respiratoria.

CAPITULO IV

Segunda instancia

Artículo 39. Recibido el proceso en el Tribunal Nacional Ético de Terapia Respiratoria será repartido y el magistrado oponente dispondrá de treinta días hábiles, contados a partir de la fecha de entrada a su despacho para presentar el proyecto, y el tribunal de otros 30 días hábiles para decidir.

Artículo 40. Con el fin de aclarar dudas el Tribunal Nacional de Ética de Terapia Respiratoria podrá decretar pruebas de oficio, las que se deberán practicar en el término de 30 días hábiles.

CAPITULO V

Sanciones

Artículo 41. Al juicio del Tribunal Departamental Ético de Terapia Respiratoria y el Tribunal Nacional, contra las faltas deontológicas proceden las siguientes sanciones:

- a) Amonestación verbal de carácter privado;
- b) Amonestación escrita de carácter privado;
- c) Censura escrita de carácter público;
- d) Suspensión temporal del ejercicio de Terapia Respiratoria.

Artículo 42. La suspensión consiste en la prohibición del ejercicio de la Terapia Respiratoria por un término hasta de tres (3) años. La providencia sancionatoria se dará a conocer al Ministerio de Protección Social, a la Secretaría Departamental de Salud, al Tribunal Nacional Ético de Terapia Respiratoria y a los demás Tribunales Departamentales.

Artículo 43. La violación de la presente ley, calificada en ella misma como grave, será sancionada a juicio del Tribunal Departamental Ético de Terapia, con suspensión del ejercicio de terapia hasta de tres (3) años, teniendo en cuenta la gravedad, las modalidades y circunstancias de la falta, los motivos determinantes, los antecedentes personales, profesionales, las atenuantes o agravantes y la reincidencia.

Parágrafo. Se entiende por reincidencia la comisión de las mismas faltas en un período de 4 años después de haber sido sancionado disciplinariamente.

CAPITULO VI

Recursos, nulidades, prescripción y disposiciones complementarias

Artículo 44. Se notificará personalmente al profesional de terapia o a su apoderado la resolución inhibitoria, la apertura de investigación, el dictamen de peritos, la resolución de cargos y el fallo.

Artículo 45. Contra las decisiones disciplinarias impartidas por los Tribunales Departamentales Éticos de Terapia Respiratoria procederán los recursos de reposición, apelación y de hecho.

Artículo 46. Son causales de nulidad del proceso deontológico disciplinario las siguientes:

- a) La incompetencia del Tribunal Departamental de Ética de Terapia Respiratoria para adelantar la etapa de descargos y para resolver durante la instrucción. No habrá lugar a nulidad por falta de competencia por factor territorial;
- b) La vaguedad o ambigüedad de los cargos o la omisión o imprecisión de las normas deontológicas en que se fundamenten;
- c) La existencia de irregularidades sustanciales que afecten el debido proceso;
- d) La violación de derecho de defensa.

Artículo 47. La acción deontológica disciplinaria profesional prescribe a los 4 años, contados desde el día en que se cometió la última acción u omisión constitutiva de falta contra la deontología profesional.

Parágrafo. La formulación de pliegos de cargos de falta contra la deontología interrumpe la prescripción, la que se contará nuevamente desde el día de interrupción, caso en el cual el término de prescripción se reducirá a dos años.

La sanción prescribe a los tres (3) años contados desde la fecha de la ejecutoria de la providencia que la imponga.

Artículo 48. La acción disciplinaria por falta a la deontología profesional se ejecutará sin perjuicio de la acción penal, civil o contencioso administrativa a que hubiere lugar o de las acciones adelantadas por la Procuraduría o por las entidades oficiales, por infracción a otros ordenamientos jurídicos.

Artículo 49. El proceso deontológico disciplinario está sometido a reserva hasta que se dicte auto inhibitorio o fallo debidamente ejecutoriado.

Artículo 50. En el proceso que se investigue la idoneidad profesional para realizar el acto del ejercicio de terapia se deberá contar con la debida asesoría técnica pericial. La elección del perito se hará de las listas de peritos de los Tribunales de Terapia Respiratoria.

TITULO VI
VIGENCIA Y DEROGATORIA

Artículo 51. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Respetuosamente,

Jorge Eliécer Ballesteros Béniér,
Senador de la República,
Ponente.

COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE
DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., a los veintiséis (26) días del mes de marzo año dos mil ocho (2008).

En la presente fecha se autoriza la publicación en la *Gaceta del Congreso* de la República, informe de ponencia para primer debate, pliego de modificaciones y texto propuesto para primer debate, en diecinueve (19) folios, al **Proyecto de ley número 077 de 2007 Senado, número 112 de 2007 Cámara, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológico para el ejercicio profesional de la terapia respiratoria en Colombia.** Proyecto de ley de autoría de los honorables Representantes *Germán Navas Talero, Germán Reyes Correa, Jorge Morales Gil, Elías Raad Hernández y Roy Barrera.*

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

C O N T E N I D O

Gaceta número 108 - Viernes 4 de abril de 2008
SENADO DE LA REPUBLICA

Pág.

PROYECTOS DE LEY

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Proyecto de ley número 253 de 2008 Senado, por medio de la cual se adiciona un párrafo al artículo 20 del Decreto 1278 de 2002..... | 1 |
| Proyecto de ley número 254 de 2008 Senado, por medio de la cual se adiciona un numeral (ordinal 6) al artículo 317 de la Ley 906 de 2004 Código de Procedimiento Penal y se establece la libertad provisional para las mujeres cabezas de familia..... | 3 |

PONENCIAS

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Ponencia primer debate y texto propuesto al Proyecto de ley número 28 de 2007 Senado, por la cual se establecen medidas especiales de protección para las personas que padecen epilepsia y se dictan los principios y lineamientos para la atención integral de las mismas..... | 5 |
| Ponencia para primer debate, pliego de modificaciones y texto propuesto al Proyecto de ley número 112 de 2006 Cámara, 077 de 2007 Senado, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio profesional de la terapia respiratoria en Colombia. | 11 |